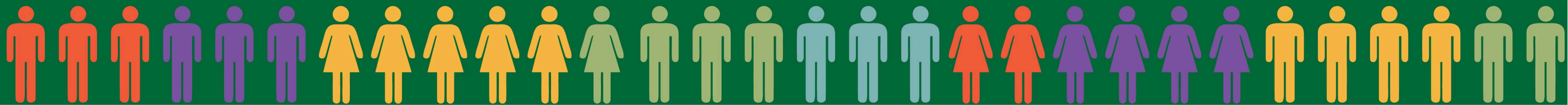


รายงานฉบับย่อ บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการประเมินผล

การประเมินผลการรักษา ดูแลและการช่วยเหลือ
สนับสนุนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ของประเทศไทย



คณะทำงาน

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข
องค์กรพัฒนาเอกชน
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บริหารจัดการโดย

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
สนับสนุนโดย
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 978-616-279-438-4

รายงานฉบับย่อ

โครงการ “การประเมินผลการรักษา ดูแลและการช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย”

คณะผู้ประเมินประกอบด้วย

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	ที่ปรึกษา
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล	
1. แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร	หัวหน้าทีมประเมิน
2. ดร.บังอร เทพเทียน	
3. นางสาวกัญญา อภิพรชัยสกุล	
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข	
1. นายแพทย์ ดร. ภูษิต ประคองสาย	
2. ดร. เสาวลักษณ์ ฮุนนางกุล	
3. นางสาวกุมารี พัทณี	
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพักรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร	
2. นางอุมาพร อุดมทรัพย์กุล	
สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข	
นายแพทย์วีร์วัฒน์ มโนสุทธิ	
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
อาจารย์วิภา ด้านธำรงกุล	
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	
นายอนันต์ เมืองมูลชัย	
องค์กรพัฒนาเอกชน	
นางสาวสุรียรัตน์ ตรีมรรคา	

ISBN : 978 – 616 – 279 – 438 -4



คำนำ

กรมควบคุมโรค โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติได้กำหนดให้มีโครงการประเมินผลการดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์และข้อเสนอแนะสำคัญที่จะพัฒนาระบบบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับบริการปรึกษา การดูแลรักษาเอชไอวีและเอดส์ อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดบริการฯ และผลลัพธ์ของการดูแลรักษา การส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทสนับสนุนให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการปรึกษา และการรักษา และการกินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยการประเมินในครั้งนี้ กรมควบคุมโรคได้มีมติให้ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และองค์กรภาคี เป็นทีมประเมินผลการดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยดังกล่าว

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to zero) การส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นมาตรการสำคัญที่จะเชื่อมระหว่างการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลรักษาสุขภาพแต่เนิ่นๆ หากตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ยังมีสุขภาพดี (Early detection) ขณะเดียวกันก็จะนำไปสู่การเข้ารับบริการรักษาแต่เนิ่นๆ เมื่อถึงเกณฑ์รับยา เพื่อลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิต (Early treatment) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการดำเนินงานดังกล่าว ยังไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก และมีประเด็นท้าทายการเข้าถึงบริการด้านการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวียังไม่เพิ่มมากขึ้นซึ่งอาจเกิดจากช่องว่างของระบบบริการที่ทำให้ประชาชนไม่มารับบริการ อาทิ ขั้นตอนการให้บริการที่ใช้เวลานาน โดยเฉพาะในส่วนของบริการภาครัฐ หรือความกังวลที่ไม่อยากให้คนอื่นทราบว่ามาตรวจหาเชื้อเอชไอวีหรือไม่คิดว่าตนเองเสี่ยง ระยะเวลาในการรอฟังผลนาน เป็นต้น ผู้ที่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษายังคงเป็นกลุ่มที่มีอาการป่วยหนักและมีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ต่ำ ภาวะของระบบบริการ เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสมีสะสมเพิ่มขึ้น รวมทั้งบทบาทและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในงานด้านการบริการปรึกษา และการดูแลรักษาที่ลดน้อยลงทั้งหมดจึงเป็นที่มาของคำถามในการประเมินครั้งนี้

รายงานผลการประเมิน “โครงการประเมินผลการดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย” ประกอบด้วยรายงานผลการประเมินและรายงานสรุปผลการประเมินภาคภาษาไทยและอังกฤษ นอกจากนี้มีรายงานภาคผนวกจำนวน 4 เล่มคือ 1. รายงานการศึกษาระบบการให้คำปรึกษาและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดกรณีศึกษาและการศึกษาผู้ให้บริการปรึกษาและดูแลรักษาต้านเอชไอวี/เอดส์ 2. รายงานการศึกษารับบริการปรึกษาและดูแลรักษาต้านเอชไอวี/เอดส์ 3. รายงานผลการสำรวจกลุ่มประชากรทั่วไป/กลุ่มประชากรเฉพาะและชุมชนออนไลน์ และ 4. รายงานเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลทั้งหมด

คณะผู้ประเมินโครงการฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลที่ได้จากการประเมินในครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงนโยบายและการดำเนินงานด้านบริการปรึกษา การดูแลรักษา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ อันจะนำไปสู่เป้าหมายการลดการเสียชีวิตจากเอดส์ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2559

คณะผู้ประเมิน
มิถุนายน 2557



กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ประเมินโครงการ “โครงการประเมินผลการดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย” ขอขอบคุณกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความไว้วางใจให้เป็นผู้ดำเนินการในเรื่องนี้ ขอขอบคุณ คณะกรรมการวิชาการ (TRP) ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของการประเมิน

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในส่วนกลาง ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม รวมถึงเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือ ตอนบนที่ให้ข้อมูลและให้นักวิจัยได้เข้าร่วมการประชุมของเครือข่ายในระดับภาค ผู้ให้ข้อมูลจากภาคประชาสังคมไม่ว่าจะเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ที่ทำงานในส่วนกลางและในพื้นที่ ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและข้อมูลผลลัพธ์จากการดำเนินงาน ด้านบริการปรึกษา การดูแลรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ทีมประเมินขอขอบพระคุณผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเอดส์ในสำนักงานจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามแผนฯในระดับจังหวัดเป้าหมายที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่ทีมประเมินเป็นอย่างดี

คณะผู้ประเมิน
มิถุนายน 2557



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	iii
กิตติกรรมประกาศ	iv
1. ความเป็นมาของโครงการ	1
1.1 วัตถุประสงค์การประเมิน	1
1.2 ขอบเขตการประเมินผล	1
1.3 กรอบแนวคิดการประเมิน	2
2. ระเบียบวิธีการประเมินผล	4
2.1 การศึกษาเอกสารและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ	5
2.2 การศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ	6
3. ข้อค้นพบหลัก	13
3.1 ผลดำเนินงานโดยรวม	13
3.2 การเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	14
3.3 การเข้าถึงด้านการดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	24
3.4 ด้านทัศนคติ และความรู้สึกต่อการตีตรา	34
4. ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะ	36
4.1 ข้อเสนอแนะ	36
4.2 ข้อเสนอแนะโดยรวมต่อทุกประเด็น	37
4.3 ข้อเสนอแนะต่อการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	38
4.4 ข้อเสนอแนะต่อการจัดระบบดูแล รักษาและสนับสนุนผู้ติดเชื้อ	39
4.5 ข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและภาคประชาสังคม	41
4.6 ข้อเสนอแนะต่อระบบข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินคุณภาพของระบบ	42
เอกสารอ้างอิง	44



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ผลการดำเนินงานของจังหวัดเป้าหมายในแต่ละภาค	6
2	ประเด็นสาระการศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการที่กินและไม่กินยาต้านไวรัส	8
3	ประเด็นการศึกษาระบบบริการเชิงคุณภาพ แหล่งข้อมูล และวิธีการ	9
4	แสดงกลุ่มเป้าหมาย วิธีการสุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มเป้าหมาย	10
5	กระบวนการศึกษา เพื่อตอบคำถามการประเมินผลการรักษา ดูแลและการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย	11
6	ลักษณะและเหตุผลผลการมารับบริการ HCT ใน 21 รพ. ที่ศึกษา	19
7	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดในปีหน้าจำแนกตามกลุ่มที่เคย – ไม่เคยตรวจเลือด ในรอบปีที่ผ่านมาโดยการวิเคราะห์ logistic Regression จากข้อมูลการสำรวจประชากร ใน 7 จังหวัด, ธ.ค.2555-พ.ค. 2556	21
8	อัตราการเสียชีวิตที่เวลาต่างๆ หลังลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส แยกตามปีงบประมาณที่ลงทะเบียน (วิเคราะห์เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ณ วันลงทะเบียน)	26
9	ร้อยละของการได้รับการติดตามให้มาตามนัด ในกลุ่มยังไม่รับยาต้านฯ และกลุ่มรับยาต้านฯ	31



สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการประเมินผล	2
2	ระเบียบวิธีการประเมินผล	4
3	ภาพรวมจำนวนประชากร และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับผลการดำเนินงานด้านการตรวจเลือด บริการดูแล รักษา ในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2550-2555)	13
4	ร้อยละการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ จากการสำรวจ (ก.พ.- พ.ค 56)	15
5	แสดงความครอบคลุมในการรับยาต้านไวรัสในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2549-2554	24
6	Baseline CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป แยกตามปีงบประมาณที่ลงทะเบียนเข้าคลินิกยาต้านไวรัส ข้อมูลในระดับประเทศ (เลือกเฉพาะ naïve cases)	25
7	โอกาสรอดชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส ปีงบประมาณ 2551-2555	27
8	ภาพรวมกระบวนการจัดบริการดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	29
9	ร้อยละของการขาดหายไปจากระบบฯ ในแต่ละช่วงของการดูแลและรักษา	31



รายงานสรุป

การประเมินผลการรักษา ดูแลและช่วยเหลือสนับสนุน
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย

มิถุนายน 2557

1. ความเป็นมาของโครงการ

กรมควบคุมโรค โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติได้กำหนดให้มีโครงการประเมินผลการรักษา ดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์และข้อเสนอแนะสำคัญที่จะพัฒนาระบบบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับบริการปรึกษา การดูแลรักษาเอชไอวีและเอดส์ อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดบริการฯ และผลลัพธ์ของการดูแลรักษา การส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทสนับสนุนให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการปรึกษา และการรักษา และการกินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

1.1 วัตถุประสงค์การประเมิน

วัตถุประสงค์หลักของการประเมินผลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานด้านบริการปรึกษา การดูแลรักษา และสนับสนุน ระดับประเทศ ในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2551 - 2555
2. เพื่อค้นหาปัจจัยเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการเริ่มรักษาเอชไอวีตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยมุ่งเน้นที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการ การออกแบบ และการดำเนินงาน
3. เพื่อประเมินระบบบริการปัจจุบันว่ามีความสอดคล้อง ผสมผสาน (ระหว่างการป้องกันและการดูแลรักษา) และเป็นองค์รวม (มิติทางด้านร่างกาย จิต และสังคม) การเข้าถึงบริการ (เช่น รูปแบบ วิธีการ และคุณภาพ) ด้านการปรึกษา การดูแลรักษาและสนับสนุน ในทุกระดับ สำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ โดยมุ่งเน้นในกลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มเปราะบาง (เช่น พนักงานบริการหญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แรงงานข้ามชาติ และคู่ของแต่ละกลุ่ม)
4. เพื่อประเมินบทบาทและการสนับสนุนจากภาคประชาสังคม (รวมทั้งกลุ่ม/เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี) ในการพัฒนานโยบายและการจัดบริการปรึกษา การดูแลรักษาและสนับสนุน
5. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายและการดำเนินงานด้านบริการปรึกษา การดูแลรักษา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ อันจะนำไปสู่เป้าหมายการลดการเสียชีวิตจากเอดส์ลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2559

1.2 ขอบเขตการประเมินผล

ขอบเขตการศึกษาเป็นการประเมินผลการดำเนินงานด้านบริการปรึกษา เรื่องโรคเอดส์ การดูแลรักษาและสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆของประเทศไทยในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2551-2555 ได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ กองทุนโลกและอื่นๆโดยมีประเด็นหลักในการประเมินตามกรอบคำถามหลักใน TOR ของการประเมินฯ ครั้งนี้ ได้แก่

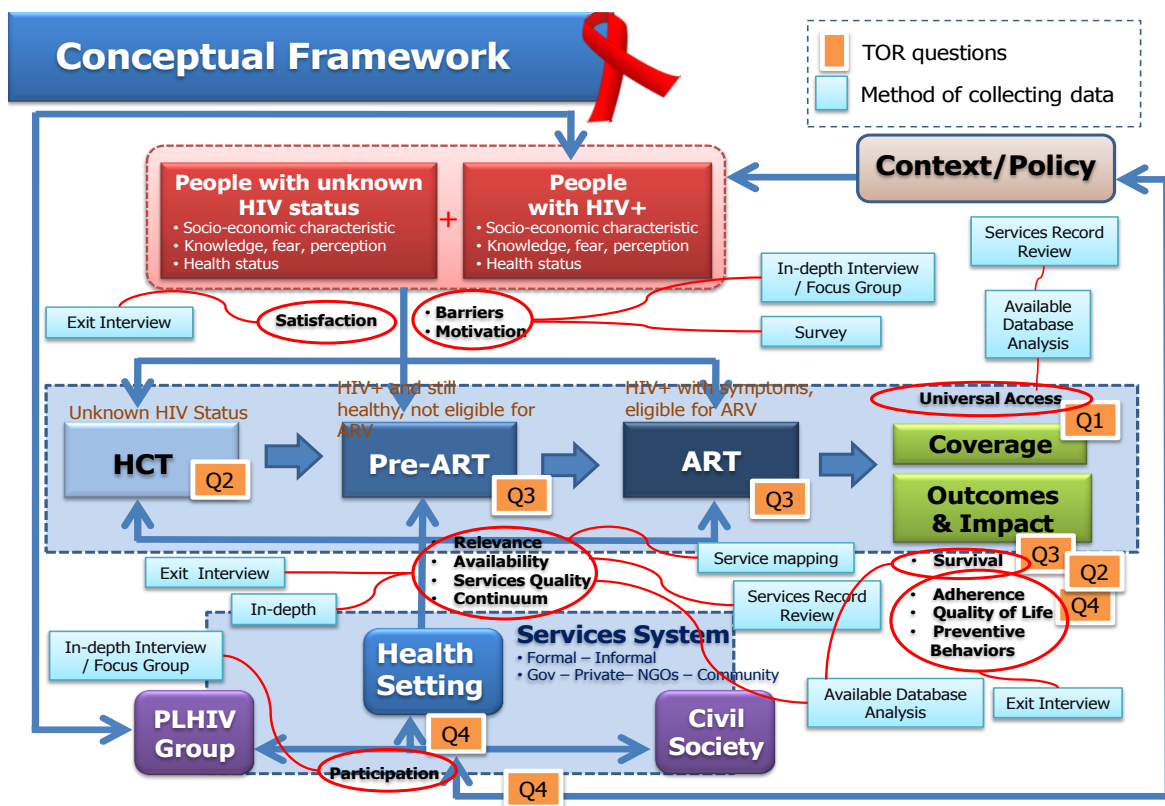
- ผลสำเร็จในภาพรวม
- การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
- ผลลัพธ์และผลกระทบของการดูแลและรักษา
- การมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและภาคประชาสังคม
- การมุ่งสู่เป้าหมาย ไม่มีการเสียชีวิตจากเอดส์ ภายในปี พ.ศ. 2559



1.3 กรอบแนวคิดการประเมิน

จากประเด็นท้าทายและช่องว่างของระบบบริการโดยเฉพาะความครอบคลุมของการบริการที่ยังไม่สามารถส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพโดยเร็ว อันจะนำไปสู่การลดการเสียชีวิตและเพิ่มการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในอีกทางหนึ่ง และคำถาม TOR ของการประเมินผล ทีมผู้ประเมินฯ ได้นำมากำหนดกรอบแนวคิดการประเมินผลดังแผนภาพที่ 1 โดยพิจารณาช่องว่างในประเด็นหลักได้แก่ ระบบบริการ กลุ่มเป้าหมายของบริการ บริบทแวดล้อมและนโยบาย รวมถึง ความครอบคลุม และผลลัพธ์ผลกระทบของการดำเนินงานที่ผ่านมา

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผล



1.3.1. ระบบบริการ (Service system)

ระบบบริการแบ่งได้เป็นทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือแบ่งตามประเภทของหน่วยบริการ คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน โดยที่การประเมินผลครั้งนี้มุ่งเน้นหน่วยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการปรึกษา ดูแลรักษาและสนับสนุน ใน 2 กลุ่มหลัก คือ

1.1 หน่วยบริการสุขภาพ ทั้งที่เป็นภาครัฐและเอกชน และทุกระดับไปจนถึงระดับชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินรูปแบบ ลักษณะ และกระบวนการจัดบริการตามแนวคำถามใน TOR ข้อ 2 และ 3



1.2 ภาคประชาสังคม เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรหรือกลุ่มในชุมชน เป็นต้น และกลุ่มหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยดูบทบาทการมีส่วนร่วมของหน่วยงานเหล่านี้และประสิทธิผลของการดำเนินงานตาม TOR ข้อ 4 ทั้งในบทบาทด้านการป้องกันโรค และการดูแล รักษา และสนับสนุน

1.3.2. กลุ่มเป้าหมายของบริการ

กลุ่มประชากรเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ยังไม่ทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มผู้ที่ทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี

▶ **กลุ่มผู้ที่ยังไม่ทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี** ทั้งที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพ (เช่น คู่ที่คนใดคนหนึ่งทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี) และคนที่อยู่นอกสถานบริการสุขภาพ ทีมผู้ประเมินฯ จะมุ่งเน้นที่การค้นหาว่าเงื่อนไขสำคัญอะไรบ้างที่ทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ไม่มารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งๆ ที่มีความพยายามในการส่งเสริมให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทั้งในเรื่องของการกำหนดให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์และมีการรณรงค์กว้างในระดับหนึ่ง (เอ็ดส์รู้เร็ว...รักษาได้) มีเงื่อนไขใดบ้างที่สำคัญ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงานโครงการและระบบบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

▶ **กลุ่มผู้ที่ทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี** แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

■ **กลุ่มที่ยังมีสุขภาพดี** มุ่งเน้นเพื่อประเมินหรือค้นหาเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคหรือสนับสนุนให้มาติดตามการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ยังมีสุขภาพดี และมีเงื่อนไขหรือปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถปรับแก้ไขเพื่อนำมาปรับปรุงแผนงานโครงการและระบบบริการ เพื่อลดจำนวนผู้ที่มาเมื่ออาการหนักหรือ CD4 ต่ำ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลง

■ **กลุ่มที่มีอาการป่วย** มุ่งเน้นการค้นหาสาเหตุการเสียชีวิตว่าอะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิต มีสาเหตุใดบ้างที่สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้ เพื่อนำไปปรับแก้ไขแผนงานโครงการและระบบบริการดูแลรักษา เพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในกลุ่มที่รับยาต้านไวรัสและไม่ได้รับยาต้านไวรัส โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 100 cells/mm³ ซึ่งสูงถึงประมาณครึ่งหนึ่งของคนที่เข้าสู่ระบบบริการทั้งหมด

1.3.3 บริบทแวดล้อม และนโยบาย

บริบทแวดล้อม และนโยบายเป็นเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการจัดระบบบริการ และการมาใช้บริการของประชากรเป้าหมาย เช่น การสนับสนุนทางสังคม (Social support) นโยบาย และกฎระเบียบของทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพ (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ) หรือกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (เช่น ยาเสพติด)

1.3.4 ความครอบคลุม และผลลัพธ์ผลกระทบ

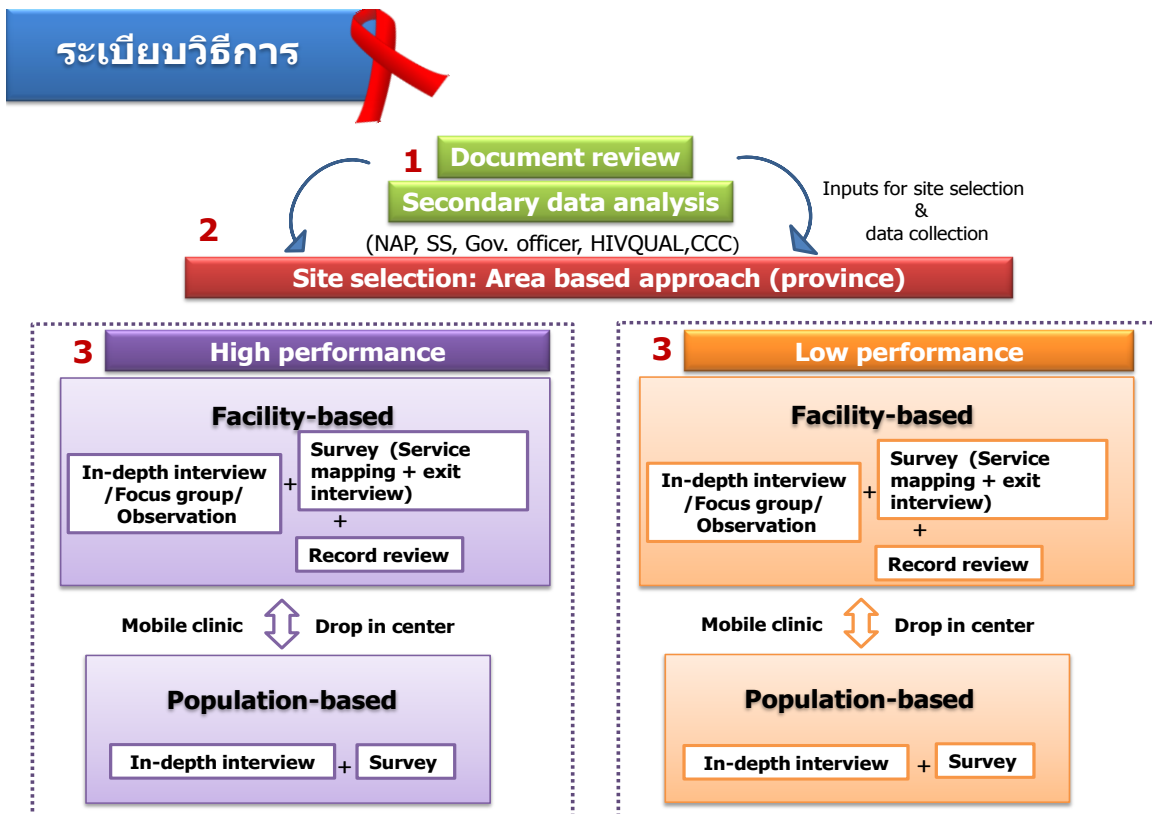
ความครอบคลุม และผลลัพธ์ผลกระทบ ของการดำเนินงานตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2551-2555 ที่สำคัญได้แก่ ความครอบคลุมตามเป้าหมาย Universal Access อัตราการรอดชีพ คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และความร่วมมือในการกินยา



2. ระเบียบวิธีการประเมินผล

การประเมินผลฯ ครั้งนี้ ใช้วิธีการศึกษาแบบ Mixed methods ทั้งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่รอบด้าน ทั้งในภาพรวมและระดับลึก และมีการตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้ (Triangulation) เพื่อตอบคำถามตาม TOR และที่สำคัญคือ เพื่อจัดทำข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและปรับปรุงแผนงานและการดำเนินงานด้านการปรึกษา การดูแลรักษาและสนับสนุนเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ ตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2555-2559 ระเบียบวิธีการประเมินผลแสดงในแผนภาพที่ 2 โดยมีกระบวนการศึกษาจำแนกเป็น 1) การศึกษาเอกสารและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ 2) การศึกษาและรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิและ 3) การศึกษาชุมชนออนไลน์

แผนภาพที่ 2 ระเบียบวิธีการประเมินผล



2.1 การศึกษาเอกสารและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ

2.1.1 การศึกษาเอกสาร

การศึกษาทบทวนเอกสารเพื่อให้ทราบถึงนโยบาย มาตรการหลัก และแนวทางการดำเนินงานในช่วงปีงบประมาณ 2551 - 2555 ในประเด็นบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การดูแลรักษาและสนับสนุน และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ

ซึ่งได้แก่ โครงการ แผนงาน แนวทางการดำเนินงาน รายงาน งานวิจัย ฯลฯ

2.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (เชิงปริมาณ)

โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ดังนี้ (1) ฐานข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(National AIDS Program database; NAP database) ซึ่งครอบคลุมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสประมาณร้อยละ 66 (2) ฐานข้อมูลประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม (3) ฐานข้อมูล HIVQUAL และ (4) ฐานข้อมูลของศูนย์องค์รวม (CCC) ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง ในระดับภาพรวมของประเทศและระดับพื้นที่ (จังหวัด) ที่เป็นตัวอย่างในการประเมินผลครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นการตอบคำถามหลักตาม TOR ข้อ 1) ในประเด็นผลสำเร็จในภาพรวมของโปรแกรม ข้อ 2) ในประเด็นบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และข้อ 3) ในประเด็นผลลัพธ์และผลกระทบของการดูแลและรักษา โดยครอบคลุม

- คุณลักษณะทั่วไปของผู้มารับบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวนและแนวโน้มของการมารับบริการฯ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2551-2555) เป็นต้น

- ผลที่เกิดขึ้นทางคลินิกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (2551-2555)ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ติดเชื้อทั้งที่ได้รับยาต้านไวรัส (ART) และยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส (Pre-ART) ซึ่งได้แก่ การรอดชีพ/การเสียชีวิต การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาล้มเหลว รวมถึงการมาติดตามการรักษา การเข้าถึงและได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ฯลฯ และปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อผลที่เกิดขึ้น นอกจากนี้จะพยายามเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อระหว่างฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม เพื่อตรวจสอบความต่อเนื่องของการดูแลรักษา ในกรณีและผู้ติดเชื้ออาจมีการเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล เป็นต้น

นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ จะบ่งชี้เบื้องต้นของพื้นที่ที่มีปัญหาหนักและน้อย หรือคุณลักษณะทางประชากรที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการและผลต่อคุณภาพบริการ และเป็นข้อมูลนำเข้าในการเลือกพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูลปฐมภูมิ และต่อยอดประเด็นที่ต้องการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อย่างไรก็ตาม นอกจากฐานข้อมูลทั้ง 3 แหล่งดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีฐานข้อมูลของศูนย์องค์รวมซึ่งบันทึกเกี่ยวกับการบริการที่ศูนย์องค์รวมให้การดูแลเพื่อนสมาชิก เช่น การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน ฯลฯ ทีมประเมินได้ทำการวิเคราะห์เบื้องต้นเช่นกันเพื่อให้เห็นภาพการทำงานของศูนย์องค์รวมสำหรับเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการศึกษาต่อไป



2.2. การศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ

2.2.1. พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ใช้หน่วยการเลือกเป็นระดับจังหวัด แบบเจาะจงจากจังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2555-2559 จำนวน 7 จังหวัดจาก 31 จังหวัด โดยใช้ตัวชี้วัด อัตราการเสียชีวิตในช่วง 12 เดือนแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส อัตราการเสียชีวิตในภาพรวม การขาดการติดตามรักษา เป็นเกณฑ์ในการเลือกและจัดกลุ่มจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานในระดับสูงและระดับต่ำ ให้กระจายแต่ละภาค รวมทั้งความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆเพื่อให้เกิดความหลากหลายของเงื่อนไขที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้น (ตารางที่ 1) ในแต่ละจังหวัดคัดเลือกโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) หรือโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 2 แห่ง รวมทั้งสิ้น 21 แห่ง

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานของจังหวัดเป้าหมายในแต่ละภาค

ภาค	ผลการดำเนินงานในระดับสูง	ผลการดำเนินงานในระดับต่ำ
กลาง/ตะวันออก	P5	P4
เหนือ	P1	P2
ใต้	-	P6 ,P7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	-	P3

2.2.2 แหล่งข้อมูลและวิธีการศึกษา

ในการศึกษาข้อมูลปฐมภูมิจำแนกประเด็นการศึกษาตามเนื้อหาสาระ กลุ่มประชากรเป้าหมาย วิธีการศึกษา และแหล่งข้อมูล จำแนกได้เป็น 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 การศึกษาด้านผู้รับบริการ ส่วนที่ 2 การศึกษาด้านระบบบริการ และส่วนที่ 3 การศึกษาประชากรในชุมชน

2.2.2.1 การศึกษาด้านผู้รับบริการ

การศึกษาด้านผู้รับบริการ ประกอบด้วย การศึกษากลุ่มผู้มารับบริการปรึกษาตรวจการติดเชื้อและผู้มารับบริการติดตาม ดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีทั้งที่กินยาและยังไม่กินยาต้านไวรัส ณ จุดสิ้นสุดบริการ วิเคราะห์บันทึกข้อมูลการรับบริการปรึกษาตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และ วิเคราะห์บันทึกข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รายละเอียดวิธีการศึกษามีดังนี้

■ การศึกษาผู้รับบริการปรึกษาตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับบริการปรึกษาตรวจการติดเชื้อเอชไอวี คัดเลือกผู้ป่วยนอกหรือผู้ที่เข้ามาใช้บริการด้วยความสมัครใจ และ เป็นผู้ที่ย่านออก เขียนได้ มีความพร้อมที่จะตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ไม่รวมผู้รับบริการตามนโยบายของรัฐ ได้แก่ หญิงที่มาฝากครรภ์ตามระบบ เป็นต้น รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ซึ่งดำเนินการหลังจากผู้รับบริการได้รับการปรึกษา จากผู้ให้การศึกษา ในแต่ละสถานพยาบาลที่มีหน่วยหรือจุดให้บริการปรึกษาที่มีระบบบริการและบริบทแตกต่างกัน ทั้งบุคลากรและสถานที่ เช่น ห้องให้การ



ปรึกษาซึ่งเป็นจุดบริการเดียวกับคลินิกยาต้านฯ หรือ งานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรืองานฝากครรภ์ (กรณีให้การปรึกษาของผู้หญิงฝากครรภ์) บางจังหวัดรวบรวมโดย รพ.สต. ภาคประชาสังคม และ บริการเชิงรุก ในรูปแบบ MOBILE CLINIC เป็นต้น และกำหนดขนาดกลุ่มเป้าหมายใน รพท./รพศ 100 ราย ใน รพช. 50 ราย

เนื้อหาของการศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะประชากร สิทธิการรักษา และการรับรู้ข้อมูล ความรู้ ที่มาและสาเหตุของการมารับบริการตรวจการติดเชื้อฯ ความกังวลใจที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการ การได้รับข้อมูลคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากผู้ให้การปรึกษา รวมทั้งความคิดเห็นต่อผู้ให้การปรึกษาและวิธีการ ความ รวมถึงพึงพอใจ และทัศนคติในการเข้ารับบริการตรวจฯ

■ **ศึกษาผู้มารับบริการติดตาม ดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ณ.จุดสิ้นสุดบริการ**

การศึกษากลุ่มผู้มารับบริการติดตาม ดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ยังไม่กิน และกินยาต้านไวรัส รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์เป็นเจ้าหน้าที่ ใน สถานพยาบาลหรือเครือข่าย ซึ่งไม่ได้ให้บริการงานที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีเอดส์ หรือ พนักงานสนาม ภาคประชา สังคม ซึ่งไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้บริการในสถานพยาบาลนั้นๆ ผู้สัมภาษณ์จะได้รับการอบรม ชี้แจงทำความเข้าใจเนื้อหาสาระ ทั้งวิธีการและทักษะการสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ในวันที่กลุ่มเป้าหมายมารับบริการ เช่น มา ตรวจหรือมาฟังผล CD4 หรือมาพบแพทย์ เป็นต้น โดยผู้รับผิดชอบคลินิกยาต้านฯเป็นผู้คัดเลือก ชี้แจงและขอ ความยินยอม นอกจากนี้มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยทีมคณะประเมิน โดยสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายบุคคล ที่ได้รับและไม่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลละ 3-5 คน ในประเด็นปัญหา/ความต้องการบริการ เงื่อนไขที่เป็น อุปสรรคหรือสนับสนุนให้มา รับบริการติดตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เหตุผลที่ตัดสินใจไม่กินยาต้านไวรัส ปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอ ฯลฯ

เกณฑ์การคัดเลือกและจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีรายละเอียดดังนี้

● **ผู้รับบริการที่ยังไม่กินยาต้านไวรัส**

กลุ่มประชากรตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อที่ขึ้นทะเบียน ณ. โรงพยาบาลเป้าหมาย และมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยคัดเลือกผู้ที่ยังไม่กินยาหรือรับยาครั้งแรกในวันที่สัมภาษณ์ และเนื่องจากกระบวนการเก็บข้อมูลเกิดขึ้นหลัง การมีนโยบายการให้ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ที่มีค่า CD4<350 เซลล์/ลบ.มม จึงให้รวมผู้ที่กินยาไม่เกิน 1 เดือนเป็น กลุ่มตัวอย่างด้วยซึ่งไม่มีผลกระทบต่อกระบวนการศึกษา กำหนดขนาดกลุ่มเป้าหมายจาก รพท./รพศ. แห่งละไม่ เกิน 100 ราย และ รพช. แห่งละไม่เกิน 50 ราย ซึ่งเนื้อหาการศึกษาแสดงในตารางที่ 2

● **ผู้รับบริการที่กินยาต้านไวรัส**

กลุ่มประชากรตัวอย่าง เป็นผู้รับบริการที่กินยาต้านไวรัส ณ. โรงพยาบาล เป้าหมาย และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยคัดเลือกผู้ที่กินยา มาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 5 ปี กำหนดขนาดกลุ่มเป้าหมาย จาก รพท./รพศ. แห่งละไม่เกิน 150 ราย และ รพช. แห่งละไม่เกิน 50 ราย โดยกระจายใน 3 กลุ่ม คือ 1) ต่ำกว่า 1 ปี 2) 1 ปี – 3 ปี และ 3) 3 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 5 ปี



ตารางที่ 2 ประเด็นสาระการศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการที่กินยาและไม่กินยาต้านไวรัส

ประเด็นสาระการศึกษา	ไม่ได้กินยาต้านไวรัส	กินยาต้านไวรัส
ข้อมูลทั่วไปการได้รับข้อมูล ความรู้ รับรู้สิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการ	●	●
การดำเนินโรคและประวัติการกินยาต้านไวรัส	-	●
ความคิดเห็นและทัศนคติต่อผลจากการกินยาและความมั่นใจในการกินยาด้านๆ ได้ถูกต้อง วินัยการกินยา	-	●
การติดตามสุขภาพและการให้บริการ	●	●
การได้รับการปรึกษา สนับสนุน ช่วยเหลือจากภาคส่วนอื่นๆ	●	●
ทัศนคติและความคิดเห็นต่อการติดเชื้อฯ	●	●
การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและพฤติกรรม	●	●
ผลกระทบจากการติดเชื้อและการรับรู้ของบุคคลในครอบครัว	●	●
การประเมินคุณภาพชีวิต	●	●

■ **วิเคราะห์บันทึกข้อมูลการรับบริการปรึกษาตรวจการติดเชื้อเอชไอวี**

บททวนสมุดบันทึกการให้บริการปรึกษาที่หน่วยบริการสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการมารับบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การบอกผลเลือด รวมถึงระยะเวลาตั้งแต่ตรวจเลือดจนถึงฟังผลเลือด การส่งต่อผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อไปรับบริการดูแลรักษา ฯลฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการปรึกษาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่คลินิกให้คำปรึกษาในปีงบประมาณ 2555 (ไม่รวมผู้มาฝากครรภ์, ไม่รวมต่างด้าว) โดยคัดเลือกทั้งหมดหรือสุ่มอย่างเป็นระบบ กรณีสุ่ม จำนวนกลุ่มเป้าหมายใน รพท./รพศ. และ รพช.กำหนด 200 ราย และ 100 ราย ตามลำดับ รวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนข้อมูลย้อนหลังรายบุคคล จากสมุดบันทึกของผู้ให้คำปรึกษา และ/หรือแบบบันทึกอื่นๆที่มีข้อมูลตัวแปรต่างๆ ที่ต้องการ โดยผู้ให้คำปรึกษาหรือพยาบาลดูแลคลินิกยาด้านไวรัสเป็นผู้ดำเนินการ

■ **วิเคราะห์บันทึกข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**

บททวนเวชระเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิต ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่อายุมากกว่า 15 ปี และลงทะเบียนในช่วงปีงบประมาณ 2551-2555 และเสียชีวิต โดยสุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน บันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และ discharge summary ที่หน่วยบริการสุขภาพภาครัฐในระดับ รพศ./รพท. และ รพช. ของจังหวัด ที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในกรณีที่ข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียนไม่ชัดเจน ใช้วิธีสอบถามจากแพทย์หรือบุคลากร ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม นอกจากนี้การทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ยังเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน ของแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ในฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมและ/หรือสวัสดิการข้าราชการอีกด้วย

2.2.2.2 การศึกษาระบบบริการ

การศึกษาระบบการให้บริการ รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ 1) แบบบันทึกระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ใน รพ. (Service mapping) เนื้อหาประกอบด้วย ขนาดและ



โครงสร้าง รพ. และบุคลากรที่ทำงานด้านเอ็ดส์ การให้บริการปรึกษา ข้อมูลผู้ติดเชื้อและการให้บริการ สูตริยาที่ใช้ในการรักษา และการจัดองค์กรและระบบข้อมูล โดยมีผู้ประสานงานเอ็ดส์ผู้รับผิดชอบจัดการให้ได้ข้อมูลจากส่วนงานที่เกี่ยวข้อง 2) แบบสอบถามตนเองสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการ (Provider Survey) เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ หรือผู้เกี่ยวข้องฯ สารประกอบด้วย technical competent, การพัฒนาศักยภาพ, motivation, การสนับสนุน, ทักษะคิดต่อการทำงาน, ภาระงาน, factor service system et al และสัมภาษณ์เชิงลึก รายกลุ่มและรายบุคคล ซึ่งมีทั้งบุคลากรระดับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งทำงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด โรงพยาบาล และสถานพยาบาลเครือข่าย จังหวัดละ ประมาณ 10-12 คน รวมทั้งองค์กรภาคประชาสังคม เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ เป็นต้น ประเด็นการศึกษาระบบบริการเชิงคุณภาพ และ แหล่งข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเด็นการศึกษาระบบบริการเชิงคุณภาพ แหล่งข้อมูล และวิธีการ

ประเด็นการศึกษาระบบบริการเชิงคุณภาพ	ผู้ให้ข้อมูล/วิธีการ
งานบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	
<ul style="list-style-type: none"> - การจัดวางระบบบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของสถานบริการสุขภาพ - การเชื่อมประสานหรือผสมผสานงานบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาทั้งภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน - บทบาทและกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี - คุณภาพการบริการ การกระจายบริการ และการเข้าถึงบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในประชากรทั่วไปและกลุ่มเฉพาะ - ศักยภาพและภาระของระบบบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการปรึกษา หรือผู้รับผิดชอบใน รพ. และรพ.สต. - แกนนำกลุ่ม/ชมรม/เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ องค์กรพัฒนาเอกชน ฯลฯ - ใช้การสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม
งานบริการดูแลและรักษาด้วยยาต้านไวรัส	
<ul style="list-style-type: none"> - การจัดวางระบบบริการสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เข้าเกณฑ์รับยาต้านไวรัส และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส ของสถานบริการสุขภาพ - การเชื่อมประสานหรือผสมผสานกับงานด้านการป้องกัน ทั้งภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน - บทบาทและกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม (รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี) 	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ฯลฯ ที่เกี่ยวข้องฯ - ใช้การสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม
<ul style="list-style-type: none"> - คุณภาพการบริการ การกระจายบริการ และการเข้าถึงบริการ ทั้งในคนที่ติดเชื้อทั่วไป และคนติดเชื้อซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเฉพาะ - ศักยภาพและภาระของระบบบริการในการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เข้าเกณฑ์รับยาต้านไวรัส เพื่อให้ผู้รับบริการมาติดตามภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสแล้ว - ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานโดยเฉพาะประเด็นการไม่มาติดตามการดูแลรักษา แต่เนิ่นๆ และการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี 	<ul style="list-style-type: none"> - แกนนำกลุ่ม/ชมรม/เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ องค์กรพัฒนาเอกชน ฯลฯ ที่มีส่วนร่วมในการจัดบริการฯ - ใช้การสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม



2.2.2.3 การศึกษาประชากรในชุมชน

ประชากรในชุมชนที่สำรวจในครั้งนี้นำประกอบด้วย พนักงานในสถานประกอบการ และประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ พนักงานบริการหญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ประเด็นการศึกษาประกอบด้วยข้อมูลทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่หรือหน่วยบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อใกล้บ้านทัศนคติต่อการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ประสิทธิภาพการรับบริการปรึกษาและตรวจเลือดรวมทั้งสาเหตุที่ตัดสินใจไป/ไม่ไปรับบริการหาหน่วยบริการปรึกษาและตรวจเลือดที่กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจเลือกใช้พร้อมทั้งเหตุผล การรับรู้ผลการตรวจ ฯลฯ นอกจากนี้มีการศึกษาเชิงลึกประชากรกลุ่มเฉพาะจำนวน 2-3 คนต่อกลุ่ม ในสาระที่เป็นปัญหา/ความต้องการบริการ ความรู้ ทัศนคติ ความกลัวเกี่ยวกับเรื่องเพศ เอดส์ และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ประสิทธิภาพการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคหรือสนับสนุนให้รับบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หรือสนใจต้องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น กลุ่มเป้าหมาย วิธีการสุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงกลุ่มเป้าหมาย วิธีการสุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมาย	วิธีการสุ่มสถานที่	การคัดเลือกตัวอย่าง
พนักงานในสถานประกอบการ	สุ่มเลือกโรงงานขนาดใหญ่ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 200 คนขึ้นไปในแต่ละจังหวัดด้วยวิธี (Probability Proportional to Size (PPS) cluster sampling	สุ่มเลือกด้วยวิธี quota sampling/จังหวัดละ 300 ราย
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	เลือกสถานที่ที่กลุ่มเป้าหมายมารวมกันในแต่ละจังหวัดด้วยวิธี time location sampling : TLS	สุ่มเลือกด้วยวิธี quota sampling/จังหวัดละ 50 ราย
พนักงานบริการหญิง	เลือกสถานประกอบการ ด้วยวิธี time location sampling : TLS	
ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด	เลือกสถานที่ที่กลุ่มเป้าหมายมารวมกัน นอกกระบบโรงพยาบาล เช่น Drop in center หรือ ชุมชน ด้วยวิธี time location sampling : TLS	สุ่มเลือกด้วยวิธี quota sampling/จังหวัดละ 50 ราย (ศึกษา 2 จังหวัด)

2.2.2.4 การสำรวจชุมชนออนไลน์ (Online Survey)

การสำรวจชุมชนออนไลน์เป็นการศึกษาเพื่อต้องการทราบว่าในชุมชนออนไลน์มีการใช้บริการปรึกษาการหาข้อมูล เกี่ยวกับการตรวจเลือด และการรับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากน้อยเพียงไร มีวิธีการหลายขั้นตอน ได้แก่ 1) สำรวจเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว 2) เลือกเว็บไซต์ที่มีการถาม-ตอบ ให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 3) ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลทั้งเนื้อหา แหล่งอ้างอิง และความต่อเนื่องในการให้ข้อมูล 4) ประสานกับผู้ดูแลเพื่อสร้างเวบบอร์ด สืบหาข้อมูลข้อคิดเห็น ให้ตอบทางออนไลน์ และ 5) สร้างแบบสอบถามบริการ เรื่องความพึงพอใจ และความต้องการเนื้อหาที่เกี่ยวข้องรวมทั้งข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาบริการเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการมากขึ้น และนำแบบสอบถามไปวางบนหน้าเว็บไซต์ 6 เว็บ จำนวนตัวอย่าง 300 ราย ใช้ระยะเวลาประมาณ 6 เดือน



ในการประเมินผลการดูแล รักษาและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ทีมประเมินฯ ได้กำหนดวิธีการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้การศึกษาหลายวิธีร่วมกัน (Mixed methods) และยึดหลักการวิเคราะห์แบบ triangulation analysis เพื่อลดความลำเอียงและให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุด โดยมีกระบวนการศึกษาเพื่อตอบคำถามการประเมินฯ แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 กระบวนการศึกษา เพื่อตอบคำถามการประเมินผลการรักษา ดูแลและการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย

ประเด็นการศึกษา	วิธีการศึกษา	จำนวนตัวอย่าง	ตอบคำถามการประเมิน			
			Q1	Q2	Q3	Q4
ข้อมูลทุติยภูมิ						
การเข้าถึงบริการปรึกษาตรวจ การติดเชื้อเอชไอวีและการ ดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	วิเคราะห์ฐานข้อมูล NAP ของ สป.สช. (VCT/Non-ART/ART)	ผู้เข้ารับบริการ ทั้งหมดระหว่าง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2555	/	/	/	/
การศึกษาคุณภาพการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ ของสถานพยาบาล	HIVQUAL Database ของกรมควบคุมโรค (Non-ART/ART)	ผู้เข้ารับบริการ ระหว่าง ปีงบประมาณ 2551-2555	/		/	
ข้อมูลปฐมภูมิ						
ศึกษาผู้มารับบริการปรึกษาตรวจ การติดเชื้อเอชไอวี ณ.จุดสิ้นสุด บริการ	แบบสอบถามตอบเอง	956 ราย (21 รพ.)	/	/	/	/
ศึกษาผู้มารับบริการที่ยังไม่กินยา ต้านไวรัส ณ.จุดสิ้นสุดบริการ	แบบสอบถามด้วยวิธีการ สัมภาษณ์	462 ราย (21 รพ.)			/	/
ศึกษาผู้มารับบริการที่กินยาต้าน ไวรัส ณ.จุดสิ้นสุดบริการ	แบบสอบถามด้วยวิธีการ สัมภาษณ์	1420 ราย (21 รพ.)			/	/
วิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการ ปรึกษาตรวจการติดเชื้อเอชไอวี	ประมวลข้อมูลจาก บันทึกการให้บริการ ในปีงบประมาณ 2555	4,463 ราย (19 รพ.)	/	/		
วิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการ เสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	ประมวลข้อมูลจาก ประวัติของผู้ติดเชื้อที่ เสียชีวิต ซึ่งขึ้นทะเบียน ระหว่างปี 2551-2555	1,243 ราย (20 รพ.)			/	



ตารางที่ 5 กระบวนการศึกษา เพื่อตอบคำถามการประเมินผลการรักษา ดูแลและการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา	วิธีการศึกษา	จำนวนตัวอย่าง	ตอบคำถามการประเมิน			
			Q1	Q2	Q3	Q4
ระบบการให้บริการ (Service System -Service Mapping / Provider Survey-	แบบตอบเอง / สัมภาษณ์เชิงลึก	21 รพ.	/	/	/	
การสำรวจกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการ	แบบสอบถามตอบเอง	1,937 ราย	/	/		/
การสำรวจประชากรกลุ่มเฉพาะ (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการหญิง และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด)	ใช้แบบสอบถาม ด้วยวิธีสัมภาษณ์	MSM (317 ราย) FSW (334 ราย) IDU (100 ราย)	/	/		/
สำรวจประชาชนทั่วไปที่เข้าเวปไซต์ต่างๆ	แบบสอบถามตอบเอง บน 6 เวปไซต์	300 ราย	/	/		/

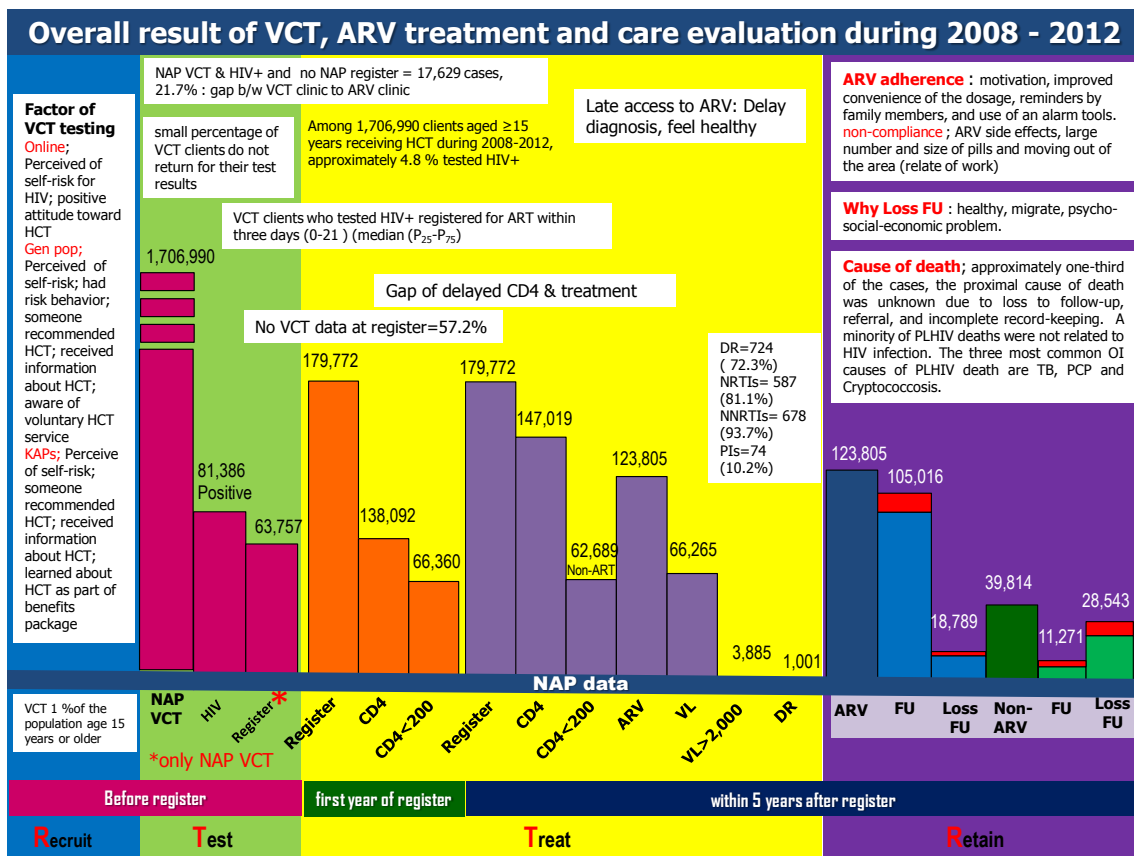


3. ข้อค้นพบหลัก

3.1 ผลดำเนินงานโดยรวม

ในภาพรวมการดำเนินงานด้านบริการปรึกษาเรื่องเอ็ดส์ การดูแล และช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอ็ดส์ของประเทศไทย ในช่วงระหว่าง 5 ปีงบประมาณ (1 ตุลาคม 2550 – 30 กันยายน 2555 เฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป) มีผลการดำเนินงานในแต่ละระยะ (แสดงดังภาพที่ 3) ตั้งแต่การเผยแพร่ข้อมูลให้ประชากรได้เข้ามาใช้บริการตรวจเลือดหาเชื้อเอ็ดส์พร้อมรับบริการปรึกษาได้ร้อยละ 1 ของประชากรทั้งหมดที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ประชากรที่ได้รับการตรวจเลือดได้ผลตรวจเป็นบวกร้อยละ 4.8 และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.3) ของผู้ที่มีผลเลือดบวกได้ถูกส่งต่อเข้าระบบลงทะเบียน เพื่อดูแลรักษาต่อเนื่อง แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 21.7) ไม่ได้รับการลงทะเบียนรักษา ขาดหายไป

แผนภาพที่ 3 ภาพรวมจำนวนประชากร และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับผลการดำเนินงานด้านการตรวจเลือด บริการดูแล รักษาในช่วงระหว่าง 5 ปีงบประมาณ (1 ตุลาคม 2550 – 30 กันยายน 2555, อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป)



ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล NAP สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551-2555

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าครึ่งหนึ่ง (57.2%) ไม่ได้รับการตรวจเลือด (VCT database) ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และเข้ามาสู่ระบบบริการสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยแล้ว ในช่วงระหว่าง 5 ปีงบประมาณ (1 ตุลาคม 2550 – 30 กันยายน 2555) มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 15 ปีได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนทั้งหมด 179,772 คน



ในกลุ่มผู้ลงทะเบียนนี้ร้อยละ 76.8 ได้รับการตรวจ CD4 ในหนึ่งปีแรกหลังการลงทะเบียน และร้อยละ 81.7 ได้รับการตรวจในระยะ 5 ปี ซึ่งผลประมาณครึ่งหนึ่งมีผล $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ซึ่งหมายถึงเข้ามาใช้บริการรักษาซ้ำ (ร้อยละ 35 ที่มี $CD4 < 200 \text{ cell/mm}^3$ ที่ยังไม่ได้รับยา ARV) และในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา ARV 123,805 คน ได้รับการตรวจ viral load จำนวน 66,265 คน (คิดเป็นร้อยละ 53.5) โดยมีผล VL $> 2,000 \text{ copies/ml}$. จำนวน 3,885 คน (5.86 %) ผู้ที่มีผล VL $> 2,000 \text{ copies/ml}$ ได้ส่งตรวจ drug resistance จำนวน 1,001 คน และเป็นผู้มีภาวะดื้อยาจำนวน 724 คน

ผู้รับยา ARV มารับบริการต่อเนื่องจำนวน 105,015 คน (คิดเป็นร้อยละ 84.8) ซึ่งในกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งเสียชีวิต มีกลุ่มที่ขาดการติดตามต่อเนื่องในกลุ่มรับยา จำนวน 18,789 คน (คิดเป็นร้อยละ 15.2) และมีกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยาจำนวน 39,814 คน ในกลุ่มนี้ยังมารับบริการต่อเนื่อง 11,271 คน (ร้อยละ 28.3) และที่ขาดการติดตามต่อเนื่อง จำนวน 28,543 คน ซึ่งมีส่วนหนึ่งที่เสียชีวิต แต่ส่วนใหญ่ยังไม่มีความเสี่ยงต่อการติดตามเพราะเหตุใด และอยู่ในระบบการรักษาภายใต้ระบบประกันสุขภาพอื่นๆ หรือไม่

รายละเอียด ผลการดำเนินงานแต่ละด้าน ในแต่ละระยะของการดูแล สรุปได้ดังนี้

3.2 การเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

3.2.1 ผลลัพธ์

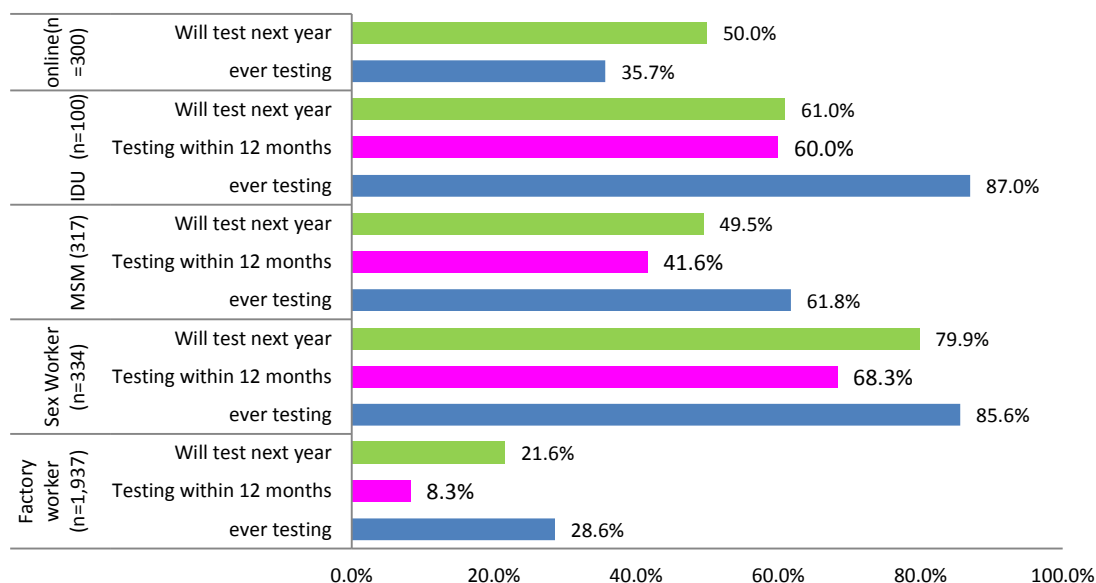
จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูล VCT NAP ของ สปสช. พบว่าแนวโน้มของจำนวนผู้มารับบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีจะมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จาก 173,233 คนในปีงบประมาณ 2551 เป็น 571,235 คน ในปีงบประมาณ 2555 ซึ่งสามารถครอบคลุมประชากรเพียงร้อยละ 1 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป

ร้อยละของผลเลือดบวกของผู้มารับบริการ VCT ทั้งหมด มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 4.85 และ 3.83 ในปีงบประมาณ 2553 และปีงบประมาณ 2554 เหลือเพียงร้อยละ 2.96 ในปีงบประมาณ 2555 นอกจากนี้พบว่า ในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2551 - 2555 ประมาณร้อยละ 55 - 65 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ไม่ได้ผ่านระบบการบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีตามระบบปกติ (HCT) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบเมื่อมีอาการหรือมีระดับ CD4 ที่ค่อนข้างต่ำ มีอาการไม่สบายแล้ว ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นจุดอ่อนของระบบ VCT ในปัจจุบัน ที่ยังไม่สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มเฉพาะและครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ค่อนข้างน้อย

จากข้อมูลการสำรวจในกลุ่มประชากร (Population-based survey) ใน 7 จังหวัดที่ศึกษาพบว่า ประชากรกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการ พนักงานหญิงบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติด ชนิดฉีด เคยไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 8.3, 68.3, 41.6 และ 60.0 ตามลำดับ (แผนภาพที่ 4) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปเข้าถึงบริการไม่สูง แต่กลุ่มที่เป็นกลุ่มเฉพาะที่มีความเสี่ยงสูงมีการเข้าถึงบริการ HCT ค่อนข้างสูงแต่ก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ต้องการ



แผนภาพที่ 4 ร้อยละการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ จากการสำรวจ (ก.พ.- พ.ค 2556)



แหล่งข้อมูล : Population Survey ใน 7 จังหวัดที่ศึกษา

กลุ่มคนที่มารับบริการ VCT ที่โรงพยาบาลส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์ตรวจมาแล้วประมาณร้อยละ 38 (จากข้อมูล exit interview ในกลุ่มผู้มารับบริการ VCT ในพื้นที่ศึกษา 7 จังหวัด) แต่หากเป็นกลุ่มจำเพาะ ได้แก่ พนักงานหญิงบริการ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จะเคยมีประสบการณ์ตรวจมาก่อนแล้วในสัดส่วนที่สูงกว่าประมาณร้อยละ 60-80 (จากข้อมูลการสำรวจในพื้นที่เดือนพฤษภาคม 2556)

เหตุผลของการมาตรวจเลือดที่สถานพยาบาล ส่วนหนึ่งมาเพื่อตรวจสุขภาพตามระเบียบของหน่วยงาน ส่วนหนึ่งมาเพราะคิดว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยง และส่วนหนึ่งแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ส่งมาเพื่อตรวจเช็คโรคในกรณีมีอาการสงสัย

กลุ่มที่มารับบริการ VCT ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.7) จะมารับฟังผลเลือด เนื่องจากตั้งใจมาตรวจและอยากรทราบผล ทั้งกลุ่มที่มีผลบวก และผลลบ (จาก VCT log book review) กลุ่มที่มีผลลบ ส่วนใหญ่จะรับทราบผลในวันเดียวกันจำนวน 12 รพ. จาก 18 รพ. แต่กลุ่มที่มีผลบวก จะรับทราบผลภายในวันเดียวกัน (one day result) ได้มี 9 รพ. จาก 18 รพ. ที่เป็นพื้นที่ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ที่เหลือจะรับผลภายใน 3 - 12 วัน

3.2.2 ระบบบริการให้คำปรึกษาและการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

ระบบที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคำปรึกษาและการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี มีส่วนที่เกี่ยวข้องหลัก ใน 3 จุด หรือ 3 ขั้นตอนสำคัญ คือ

- 1) ระบบที่เกี่ยวข้องกับการเผยแพร่ข้อมูลบริการฯ และสื่อสารชักชวนให้กลุ่มเฉพาะมาใช้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นระบบที่อยู่นอกสถานพยาบาล และเป็นบริการข้อมูลทั่วไป รวมทั้งการบอกบริการ ด้วยกลุ่มอาสาสมัครลักษณะต่างๆ



2) จุดให้บริการคำปรึกษา (pre-test counseling) และส่งต่อไปรับบริการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ซึ่งปัจจุบันเป็นระบบที่อยู่ในสถานพยาบาลทั้งหมด ซึ่งแต่ละแห่งมีขั้นตอนหลักคล้ายกัน แต่แนวปฏิบัติมีขั้นตอนย่อยและผู้ให้บริการที่แต่ละจุดย่อยแตกต่างกัน

3) จุดที่เป็นบริการให้คำปรึกษาหลังรู้ว่าผลเป็นบวก (post-test counseling) และส่งต่อเข้าสู่ระบบลงทะเบียน (Registration) เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

จากการศึกษาพบว่า ระบบในขั้นตอนแรกที่เป็นเผยแพร่ข้อมูลการให้บริการเป็นส่วนที่สำคัญที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจเลือดของประชากรกลุ่มต่างๆ ปัจจุบันการดำเนินการด้านนี้ยังทำได้จำกัดมาก ครอบคลุมได้น้อย ในส่วนบริการจากสถานพยาบาลรัฐจะมีการดำเนินการเชิงรุกเพียงปีละ 1 ครั้งในโรงเรียน หรือในพื้นที่กลุ่มเสี่ยงเท่านั้น มีการดำเนินงานมากขึ้นเฉพาะในโครงการที่ดำเนินการภายใต้โครงการพิเศษเช่น กองทุนโลก หรือโครงการวิจัยต่างๆ ซึ่งจะเน้นเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง

ส่วนจุดบริการในขั้นที่สองซึ่งเป็นบริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี พบว่า เกือบทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ส่วนระดับตำบลยังมีบทบาทด้านนี้น้อย มีที่เป็นหน่วยงานอื่นนอกพร.รัฐ เช่น 1) หน่วยงานของสภาวิชาชีพที่เชียงใหม่ ที่ให้บริการทั้งให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี หากผลเป็นบวกจะแนะนำส่งต่อให้ไปใช้บริการต่อที่โรงพยาบาล 2) แผนกพันธุจีโนม สภาคริสต์จักรแห่งประเทศไทย ที่เชียงใหม่ที่ทำหน้าที่ pre and posttest counseling แต่จะส่งคนไข้ไปตรวจเลือดที่หน่วยกาชาด เชียงใหม่ หากผลเป็นบวกจะแนะนำให้ไปใช้บริการที่หน่วยบริการสุขภาพ ตามสิทธิ์ 3) โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่รับดูแลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพ

ผู้มารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี นั้น จะต้องผ่านขั้นตอนบริการตามระบบปกติของสถานพยาบาล ที่เริ่มจากจุดแรกของการแสดงตัวขอรับบริการ ต้องแจ้งต่อจุดแรกของการมารับบริการว่าต้องการมาตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี และยื่นบัตรประชาชนในการมาขอรับบริการ ไม่มีระบบที่เป็น anonymous ในพร.รัฐปัจจุบัน ยกเว้นที่ รพ. PH5 แต่มีคนไปรับบริการน้อย และมีรพ.บางแห่ง ที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน มีระบบมารับผู้รับบริการที่ต้องการตรวจเลือดจากห้องบัตรได้เลย โดยไม่ต้องผ่านการลงทะเบียนก่อน แต่เมื่อบริการเสร็จแล้วต้องรายงานเข้าระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลต่อไป

เมื่อผ่านจตุรกายงานตัวจุดแรก ซึ่งเป็นจุดห้องบัตร และจุดคัดกรองบริการแล้ว จึงจะส่งต่อไปยังจุดที่ให้บริการคำปรึกษาก่อนการส่งไปตรวจเลือดหาเชื้อ ซึ่งจุดบริการให้คำปรึกษาส่วนใหญ่จะมีห้องที่ให้บริการชัดเจน แต่พบว่าบางโรงพยาบาลที่จุดบริการนี้ไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสถานที่ และผู้ให้บริการซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ และคุณภาพการให้บริการ นอกจากนี้จุดให้บริการคำปรึกษาอาจมีจุดอื่นที่นอกเหนือจากจุดที่ผู้ป่วยนอก ได้แก่ คลินิกฝากครรภ์ คลินิกวินโรค หอผู้ป่วยใน ซึ่งให้บริการแก่กลุ่มจำเพาะแต่ละกลุ่ม แต่ส่วนที่รับบริการที่เข้ามาตรวจโดยสมัครใจ เป็นจุดบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก

ผู้ให้บริการคำปรึกษาก่อนตรวจเลือด ในพื้นที่ที่ศึกษาทั้งหมด 21 รพ. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการฝึกอบรมพื้นฐานในด้านการให้คำปรึกษา มีเพียงบางคนที่มีพื้นฐานความรู้เพิ่มเติมในด้านจิตวิทยา ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการให้คำปรึกษาที่เป็นผู้มีปัญหาซับซ้อน และมี 1 รพ. ที่มีแพทย์ด้านจิตเวช ร่วมให้บริการด้วยใน



บางครั้ง ระยะเวลาที่ให้บริการคำปรึกษาโดยเฉลี่ย 15-30 นาที มีการให้ข้อมูลตามมาตรฐานการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือด (pre-test counseling)

ขั้นตอนต่อจากการให้คำปรึกษา คือ ส่งผู้รับบริการไปรับการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการ ซึ่งบางแห่งเจาะเลือดโดยตรงเลยจากผู้ให้คำปรึกษา บางแห่งส่งไปเจาะเลือดที่ห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจจะบันทึกในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล จะไม่มีการแจ้งผ่านผู้รับบริการ ในกระบวนการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล โดยวิธีการตรวจส่วนใหญ่เจาะเลือดครั้งแรก ตรวจด้วย 1 วิธีการ ถ้าผล non-reaction แจ้งผลเป็นลบได้เลย แต่ถ้าผล reaction โรงพยาบาลจะตรวจอีก 2 วิธีที่หลักการต่างกัน โดยมีจังหวัดหนึ่งมีการจัดระบบว่าต้องตรวจยืนยันด้วย ELISA ที่โรงพยาบาลจังหวัดก่อน ดังนั้นหากพบผลเลือดบวกโรงพยาบาลชุมชนต้องเจาะเลือดผู้รับบริการครั้งที่สอง และส่งเลือดไปตรวจยืนยันกับทางโรงพยาบาลจังหวัดอีกครั้ง

ระยะเวลาตั้งแต่รับบริการปรึกษาก่อนตรวจหาเชื้อเอชไอวีจนถึงการทราบผลโดยผ่านกระบวนการให้การปรึกษาหลังการตรวจหาเอชไอวีในแต่ละแห่งแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการจัดวางระบบของหน่วยบริการนั้นและของจังหวัด โดยแตกต่างกันไปตั้งแต่ 1 วันจนถึง 2 เดือนกว่าจะทราบผลว่าติดเชื้อเอชไอวี แต่ส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 สัปดาห์จากการศึกษาระบบงานของหน่วยบริการทั้งหมดในพื้นที่ 21 รพ. พบว่า

- กรณีที่ผลเป็นลบ ส่วนใหญ่จะรู้ผลในวันเดียว และไม่มีปัญหาเรื่องระยะเวลานานในการทราบผล มีเพียง 1 จังหวัดที่ใช้เวลา 1 สัปดาห์ในการแจ้งผลกรณีเป็นลบ เนื่องจากเป็นระบบการจัดการของทั้งจังหวัด
- กรณีผลบวก ส่วนใหญ่จะแจ้งผลภายใน 1 สัปดาห์ หน่วยที่ตรวจและแจ้งผลได้ใน 1 วันมักเป็นโรงพยาบาลใหญ่ (5 รพ.) ที่มีจำนวนผู้รับบริการมาก สามารถตรวจและรู้ผลได้ในไม่กี่ชั่วโมง หรือตรวจเพียง 3 วิธีก็แจ้งผลได้ทันที ทั้งนี้เป็นการตรวจด้วยวิธีการที่โรงพยาบาลสามารถตรวจเองได้
- ส่วนที่ฟังผลนานถึง 1-2 เดือน เป็นเรื่องของการจัดวางระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการแจ้งผลของทั้งโรงพยาบาลและจังหวัด เช่น จังหวัดกำหนดว่าต้องเจาะเลือดครั้งที่สอง เพื่อตรวจยืนยันด้วยวิธีการ Elisa ที่โรงพยาบาลจังหวัด การจัดระบบการแจ้งผลการตรวจที่ต้องแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น ไม่มีการแจ้งผ่านโทรศัพท์ หรือการลงผลทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น เมื่อบวกกับการจัดระบบของโรงพยาบาลเอง ทำให้ใช้เวลานานกว่าผู้รับบริการจะทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี กรณีที่เป็นผลบวก

การส่งต่อจากจุดบริการ VCT ไปยังระบบลงทะเบียน NAP

ขั้นตอนระหว่างการแจ้งผลบวกแก่ผู้ติดเชื้อ เข้าสู่ระบบลงทะเบียน ARV ในรพ.ใหญ่ จะดำเนินการโดยผู้รับผิดชอบคนละหน่วย ยกเว้น 3 รพ. จาก 7 รพ. ทำให้อาจมีช่องว่างของการส่งต่อข้อมูล และส่งต่อผู้ติดเชื้อ และปัจจุบันยังไม่มีระบบตรวจสอบการขาดหายไป ณ จุดนี้

กรณีที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน จุดแจ้งผลบวก กับ ARV คลินิก อยู่จุดเดียวกัน ดำเนินการโดยทีมงานในแผนกเดียวกัน ทำให้ช่องว่างส่วนนี้จะน้อย ยกเว้นเพียง 3 รพ. จาก 14 รพ. ที่อาจมีช่องว่างของผู้ติดเชื้อที่ขาดหายไปไม่เข้าสู่คลินิกบางส่วนได้



ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ จากฐานข้อมูล NAP พบว่ากลุ่มที่มารับบริการที่มีผลเป็นบวกแล้ว แต่ไม่ได้เข้าสู่ระบบลงทะเบียนในระยะ 5 ปีงบประมาณนี้มีจำนวนถึง 17,629 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 ของผู้มารับบริการที่เป็นผลบวกทั้งหมด

ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อบริการ HCT

จากข้อมูลการสำรวจ exit interview พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับข้อมูล คำแนะนำ หรือคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ให้การปรึกษา ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ การได้รับคำแนะนำวิธีการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์บริการตรวจการติดเชื้อและดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อ และ การนัดหมายมาฟังผลการตรวจเลือด มีเพียงเล็กน้อย ไม่เกินร้อยละ 10 ที่รายงานว่าไม่ได้รับ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเด็นและประเภทสถานพยาบาล กล่าวคือสาระที่ไม่ได้รับมากที่สุดได้แก่การประเมินพฤติกรรมที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีและข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์บริการฯ มีประมาณร้อยละ 10 และผู้รับบริการใน รพท. ไม่ได้รับ มากกว่า ผู้รับบริการใน รพช. สำหรับสาระอื่นๆไม่แตกต่างกัน สำหรับการเดินทางมารับบริการ ส่วนใหญ่ รายงานว่าสะดวก ร้อยละ 95 และเวลาที่ใช้ในการให้บริการมีความเหมาะสม ร้อยละ 96 และอัตราไม่แตกต่างระหว่างประเภทสถานพยาบาล

ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการในระดับ มากถึงมากที่สุด ร้อยละ 88 ไม่มีความแตกต่างระหว่าง รพท. และ รพช. เมื่อพิจารณาประเด็นความเชื่อมั่นในการเก็บความลับข้อมูลส่วนตัวหลังได้รับบริการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเชื่อมากถึงมากที่สุดร้อยละ 88 และส่วนใหญ่ร้อยละ 86 รายงานว่าการมารับบริการในครั้งนี้ผู้ให้บริการไม่ได้แสดงกริยา วาจา หรือการปฏิบัติกับตนเองที่แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป ในกลุ่มที่มีความรู้สึก ส่วนใหญ่รายงานในประเด็น การมีคู่นอน สามี ภรรยา ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง รองลงมาเป็นประเด็นการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และ การให้บริการทางเพศ เป็นต้น

ผู้ให้ความเห็นในการปรับปรุงระบบการให้บริการปรึกษาถึงร้อยละ 62.3 โดยประเด็นที่เสนอให้มีการปรับปรุงมากที่สุด คือ ขั้นตอนการมารับบริการ VCT ในโรงพยาบาลร้อยละ 35 รองลงมาคือ ความเป็นส่วนตัวของสถานที่ร้อยละ 33 ความเป็นกันเองของผู้ให้คำปรึกษาร้อยละ 31 และคำแนะนำหรือข้อมูลเพื่อการปฏิบัติตัวร้อยละ 23

โดยสรุป ระบบบริการด้านการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี และการให้คำปรึกษา ยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการได้ง่าย ส่วนคุณภาพของบริการตรวจเลือดได้ผลรวดเร็วตามเป้าหมายที่กำหนด ด้านคุณภาพการให้คำปรึกษาได้ระดับที่ให้ข้อมูลในการปฏิบัติตนเองเบื้องต้น ผู้รับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจ แต่ระดับความลึกซึ้งที่แนะนำการปฏิบัติตัว และการติดตามกลุ่มที่เป็นผลบวก ยังเป็นจุดที่ต้องมีการพัฒนาต่อ

3.2.3 ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการ HCT

จากการพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมารับบริการ จากข้อมูลการสำรวจ exit interview พบว่า การมารับบริการครั้งนี้มีบุคคลที่แนะนำและให้การปรึกษาร้อยละ 57 ที่เหลือตัดสินใจมาเอง และบุคคลที่แนะนำส่วนใหญ่เป็นแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุการตรวจของคนกลุ่มนี้ที่มาตรวจด้วยการป่วย ไม่สบาย รองลงมาส่วนใหญ่เป็นการแนะนำจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่ครอง พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ ระหว่างร้อยละ 7.0 - 20.4 มีการแนะนำจากแกนนำหรืออาสาสมัครเพียงร้อยละ 10.5



สำหรับสาเหตุที่มาตรวจฯ มีหลากหลายมิติ มีรายงานสูงที่สุดเป็นเรื่องพฤติกรรมที่อาจจะติดเชื้อฯ ร้อยละ 40 ประมาณร้อยละ 26.8 มาตรวจเพราะต้องการนำไปเป็นหลักฐานในการสมัครเข้ากลุ่ม ต่างๆในสังคม เช่น ประกันชีวิต ฅาปนกิจสงเคราะห์ สหกรณ์ ธกส. และการบวช และอีกปัจจัยหนึ่งคือเนื่องจากการตรวจสุขภาพ และป่วยไม่สบาย ประมาณร้อยละ 17 สำหรับการตรวจที่มีบุคคลในครอบครัวติดเชื้อฯมีร้อยละ 6.8 เมื่อพิจารณาสาเหตุการมาตรวจในแต่ละกลุ่มอาชีพ พบว่ามีความแตกต่างกัน กล่าวคือกลุ่มลูกจ้างตรวจเพื่อการทำงานและบวช พนักงานบริการตรวจเพื่อการทำงาน ตรวจสุขภาพ กลุ่มอื่นๆ ส่วนใหญ่เพื่อบวช และตรวจสุขภาพ เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการให้คำปรึกษา และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนผู้ให้บริการ และการวิเคราะห์ระบบงาน พบว่าสภาพปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมารับคำปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ในด้านระบบและผู้ให้บริการ ส่วนหนึ่ง คือ การมีหน่วยให้บริการ VCT ที่จำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล ไม่มีบริการนอกโรงพยาบาล การเข้าถึงบริการที่ค่อนข้างยากและมีขั้นตอนมาก การที่ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต้องเปิดเผยตนเอง/การไม่มีช่องทางสำหรับผู้ที่ไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง รวมทั้ง ภาระงานที่ค่อนข้างมากและหลายด้านของผู้ให้บริการ เป็นอุปสรรคที่มีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการคำปรึกษาและตรวจเลือด ส่วนในด้านของประชาชนผู้มารับบริการพบว่า การไม่คิดว่าตนเองจะมีความเสี่ยง การมีสุขภาพแข็งแรง การกลัวว่าเมื่อพบผลเลือดบวกแล้ว คนรอบข้างรวมทั้งคนในครอบครัวจะรังเกียจ ปัญหาความไม่มั่นใจในระบบการรักษาความลับ และการไม่ทราบสถานที่ให้บริการ VCT เป็นอุปสรรคที่มีความสำคัญในฝั่งประชาชน

ตารางที่ 6 ลักษณะและเหตุผลการมารับบริการ HCT ใน 21 รพ.ที่ศึกษา

สาเหตุที่เข้ามาใช้บริการตรวจฯ	ร้อยละ	ประเภทโรงพยาบาล		เพศ		กลุ่มอายุ	
		รพท./รพศ.	รพช.	ชาย	หญิง	ต่ำกว่า 25 ปี	25 ปี ขึ้นไป
สมัครงาน เข้าทำงาน	9.2	9.7	8.6	8.4	9.6	16.3	5.9
ตรวจก่อนแต่งงาน	2.0	2.0	2.0	2.2	1.7	1.9	1.8
ใช้ชีวิตคูใหม่ หรือกับคนที่มีคู่มาก่อน	5.8	5.8	5.9	6.2	5.7	5.4	5.9
ตรวจสุขภาพ	16.5	20.5	12.0	14.6	19.0	21.8	14.7
แพทย์ เจ้าหน้าที่ฯแนะนำให้ตรวจ	19.0	23.7	13.6	17.2	21.4	18.3	18.8
คู่ คนในครอบครัวติดเชื้อฯ	6.8	7.6	5.9	5.2	8.5	5.1	7.5
สมัครเข้ากลุ่มต่างๆ บวช	17.4	8.0	28.1	23.4	10.7	18.7	16.8
ป่วย ไม่สบาย	16.7	17.1	16.3	15.7	17.5	9.3	19.5
มีพฤติกรรมที่อาจจะติดเชื้อฯ	42.1	47.5	35.8	40.0	44.8	41.6	42.7
จำนวน	944	503	441	465	458	257	626

แหล่งข้อมูล: การสำรวจ exit interview ในกลุ่มใช้บริการ HCT ใน 21 รพ.ที่ศึกษา



ความกังวล และทัศนคติต่อการมาตรวจการติดเชื้อเอชไอวีของผู้รับบริการ

ก่อนการรับบริการตรวจการติดเชื้อฯ ผู้รับบริการมีความกังวลต่อผลที่จะเกิดขึ้นมากน้อยต่างกัน ทั้งนี้สาเหตุสำคัญน่าจะมาจากการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ของตนเองเป็นสำคัญซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการประมาณครึ่งหนึ่งไม่ค่อยมีความกังวลหรือเครียด และ ร้อยละ 15 มีความเครียดค่อนข้างสูง (ระดับคะแนน 7.5-10.0) ผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อน้อยหรือไม่มีเลยจะมีความกังวลก่อนมารับบริการค่อนข้างน้อยหรือไม่มีเลย ผลการศึกษาพบว่าคนที่คิดว่าตนเองมีโอกาสที่จะติดเชื้อสูง ก่อนมารับบริการจะมีความกังวลมากและยาวนานเป็นสัปดาห์หรือมากกว่า สูงกว่าคนที่คิดว่าตัวเองมีโอกาสจะติดเชื้อน้อยหรือไม่มีเลย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งแสดงถึงอุปสรรค และปัจจัยต่อการตัดสินใจใช้บริการของผู้รับบริการ

เมื่อพิจารณาถึงความรู้สึกหรือทัศนคติต่อการมารับบริการปรึกษาหรือพฤติกรรมของตัวเองใน 4 ประเด็นได้แก่ 1) รู้สึกอายที่ต้องมาตรวจเลือด 2) รู้สึกผิดกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นที่อาจส่งผลให้ติดเชื้อได้ 3) รู้สึกอยากลองโทษตัวเอง และ 4) รู้สึกขาดความมั่นใจ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการ รู้สึกผิดกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นที่อาจส่งผลให้ติดเชื้อได้ และ รู้สึกขาดความมั่นใจมากที่สุด ประมาณร้อยละ 32 รองลงมาเป็นความรู้สึกอายที่ต้องมาตรวจเลือด และอยากลองโทษตัวเอง ร้อยละ 15 และเมื่อพิจารณาระหว่างเพศและกลุ่มอายุ พบว่าชายที่อายุต่ำกว่า 25 ปี มีความรู้สึกต่ำกว่ากลุ่มอื่นในเรื่องการอายที่ต้องมาตรวจเลือด และอยากลองโทษตัวเอง มีร้อยละ 16 และ 8.3 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มประชากรที่สำรวจในชุมชน ในประชากรกลุ่มต่างๆ พบว่า กลุ่มที่เคยไปตรวจมาก่อน กับไม่เคยตรวจมาก่อน มีปัจจัยในการมารับบริการตรวจเลือดแตกต่างกัน จากข้อมูลการสำรวจในชุมชนด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลต่อการตัดสินใจในการไปตรวจเลือดในปีหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (chi-square and multiple logistic regression) ในกลุ่มประชากรที่ทำงานในสถานประกอบการ กลุ่มพนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด พบว่าปัจจัยที่จะเป็นอุปสรรค หรือพยากรณ์ว่าปีหน้าจะไปรับบริการตรวจเลือดหรือไม่ พบดังนี้

ในกลุ่มประชากรที่ทำงานในโรงงานหรือสถานประกอบการ ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลือดมาก่อนเลย คือ ความคิดที่ว่าตนเองไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่มีคนชักชวนให้มาตรวจ การไม่ได้รับข้อมูลการตรวจเลือด และการไม่รู้เรื่องสิทธิประโยชน์ในการตรวจเลือดได้ฟรี แต่ในกลุ่มที่เคยตรวจแล้วมีปัจจัยที่มีผลปัจจัยเดียว คือ การรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ในการตรวจเลือด

ส่วนกลุ่มพนักงานบริการ พบว่าปัจจัยที่มีผลให้ไม่ไปตรวจเลือดในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลือด คือ การไม่มีคนชักชวนไปตรวจ การไม่รับรู้ว่ามีบริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ และการมีทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจเลือด ส่วนกลุ่มที่เคยตรวจแล้วปัจจัยที่มีผลกระทบมีปัจจัยเดียว คือ การเสียค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการ

ส่วนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคไม่ให้เกิดไปตรวจเลือด ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจมาก่อน คือ ความคิดว่าตนเองไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่มีคนชักชวนมาตรวจเลือด และทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจเลือด ความรู้สึกต่อการตีตราตนเอง ส่วนกลุ่มที่เคยตรวจปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญคือ ความคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยง การไม่รับรู้เรื่องการตรวจบริการด้วยความสมัครใจ และทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจเลือด

ส่วนกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด พบว่าในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจ ไม่มีปัจจัยใดที่มีผลต่อการตรวจเลือดอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มที่เคยตรวจเลือดมาก่อน ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญ คือ สถานบริการไม่ให้เกียรติ และความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ



ตารางที่ 7 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดในปีหน้าจำแนกตามกลุ่มที่เคย - ไม่เคยตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมาโดยการวิเคราะห์ logistic Regression จากข้อมูลการสำรวจประชากรใน 7 จังหวัด, ธ.ค. 2555 - พ.ค. 2556

ที่	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดในปีหน้าจำแนกตามกลุ่มที่เคย - ไม่เคยตรวจเลือดในรอบปีที่ผ่านมา	FW (n=1,937)		FSW (n=334)		MSM (n=317)		IDU (n=101)	
		เคยตรวจ (n=161)	ไม่เคยตรวจ (n=1,776)	เคยตรวจ (n=228)	ไม่เคยตรวจ (n=106)	เคยตรวจ (n=132)	ไม่เคยตรวจ (n=185)	เคยตรวจ (n=60)	ไม่เคยตรวจ (n=41)
1	ประเมินตนเองแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ref มีความเสี่ยง)					/ *			
2	ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง (ref มีพฤติกรรมเสี่ยง)		/ *			/	/ *		
3	ไม่มีคนชักชวนให้ไปตรวจเลือด (ref มีคนชักชวน)		/ *		/ *		/ *	/	
4	ไม่ได้รับข้อมูลการตรวจเลือด (Ref ได้รับข้อมูล)		/						
5	ไม่รับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ (Ref รู้เรื่องสิทธิประโยชน์)	/	/						
6	ได้รับทราบบริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ (Ref ไม่ทราบบริการตรวจเลือดโดยสมัครใจ)		/ *		/	/ *	/		
7	ทัศนคติต่อการตรวจเลือดทางลบ (Ref ทัศนคติทางบวก)				/ *	/	/ *		
8	มีการตีตราผู้อื่น (Ref ไม่มีการตีตราผู้อื่น)						/		
9	มีการตีตราตนเอง (Ref ไม่มีการตีตราตนเอง)					/	/		
10	ถูกเลือกปฏิบัติ (Ref ไม่ถูกเลือกปฏิบัติ)								
11	เสียค่าใช้จ่าย (Ref ไม่เสียค่าใช้จ่าย)			/ *					
12	ไม่มีช่วงเวลาให้บริการเฉพาะ (Ref มีช่วงเวลาให้บริการเฉพาะ)								
13	ไม่รักษาความลับ (Ref รักษาความลับ)								
14	สถานบริการไม่ให้เกียรติ (Ref ให้เกียรติ)							/ *	
15	ให้บริการแตกต่างจากคนอื่นๆ (Ref ไม่ให้บริการแตกต่างจากคนอื่นๆ)								
16	ไม่พึงพอใจบริการ (Ref พึงพอใจบริการ)								
17	มีความยากลำบากในการเดินทาง (Ref ไม่ยากลำบากในการเดินทาง)			/				/	

หมายเหตุ เครื่องหมาย / แสดงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดในปีหน้าอย่างมีนัยสำคัญโดยการวิเคราะห์ Chi-square test เครื่องหมาย * แสดงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจเลือดในปีหน้าอย่างมีนัยสำคัญโดยการวิเคราะห์ multiple regression (adjust Odds ratio) ปัจจัยข้อที่ 11 -17 เป็นปัจจัยทางด้านระบบที่วิเคราะห์ในกลุ่มผู้ที่เคยมารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบปีที่ผ่านมา ปัจจัยข้อที่ 9 - 10 ไม่ได้สอบถามในกลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการ



โดยสรุป ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การรับบริการ HCT

จากข้อมูลทุกส่วนทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพในส่วนที่เป็นผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องที่สำคัญ สรุปไปได้ดังนี้

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมาตรวจเลือด	ปัจจัยด้านบวกต่อการมารับบริการตรวจเลือด
ปัจจัยด้านประชาชน <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยง และเห็นว่าตนเองสุขภาพแข็งแรง 2. ความรับรู้เกี่ยวกับช่องทางการติดต่อเอชไอวีไม่ชัดเจน และไม่ถูกต้อง 3. กลัวพบผลบวกและคนรอบข้างรังเกียจ กลัวผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว (Stigma) 4. การรับรู้ข้อมูลบริการเรื่องการตรวจเลือด และสิทธิ์การตรวจน้อย 5. ไม่มั่นใจในระบบการรักษาความลับ 6. ไม่ทราบสถานที่ให้บริการตรวจ 	ปัจจัยด้านประชาชน <ol style="list-style-type: none"> 1. คิดว่าตนเองหรือคู่ครองมีพฤติกรรมเสี่ยง/มีความเสี่ยง 2. มีคนชักชวน (ญาติ ครอบครัว เพื่อนำ) และให้ข้อมูลการบริการตรวจเลือด และสิทธิ์การตรวจ 3. เห็นว่าการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นเรื่องปกติ และช่วยลดการติดเชื้อรายใหม่ได้ 4. ทักษะที่เห็นว่าคนไม่รังเกียจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี 5. รู้สึกว่าตนเองป่วย ไม่สบาย 6. เดินทางไปสถานที่ให้บริการได้สะดวก
ปัจจัยอุปสรรคด้านระบบบริการ และด้านผู้ให้บริการ	ปัจจัยทางบวกด้านระบบบริการ และผู้ให้บริการ
<ol style="list-style-type: none"> 1. แหล่งให้บริการมีจำกัด 2. เข้าถึงยาก - ขั้นตอนมาก ต้องเปิดเผยตนเอง ไม่มีช่องทางสำหรับผู้ที่ไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง 3. ช่วงเวลาให้บริการไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่ต้องการตรวจ (โดยเฉพาะกลุ่ม KAPs) 4. คุณภาพการให้บริการปรึกษา และระบบการติดตาม 5. ไม่รู้ว่าอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่าเกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อเอชไอวี 6. Work load มีภาระงานหลายด้าน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีคนชักชวนมารับบริการ หรือบอกแหล่ง ขั้นตอนการมารับบริการ 2. มีการจัดการให้มีแหล่งตรวจบริการที่นอกเหนือจากโรงพยาบาลรัฐ ทำให้มารับบริการได้ง่ายขึ้น 3. มีการติดตาม และจัดบริการให้แก่กลุ่มประชากรเฉพาะ 4. มีระบบคัดกรอง และตรวจเลือดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการสงสัย 5. เจ้าหน้าที่มีท่าทีการให้คำปรึกษาที่ดี ลดความกังวล และให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ

3.2.4 บทบาทของศูนย์องค์กรวม และภาคประชาสังคม

ศูนย์องค์กรวมในระยะที่ผ่านมาไม่มีบทบาทในส่วนที่เป็น HCT เนื่องจากศูนย์องค์กรวมจะทำงานที่คลินิกให้ยาต้านไวรัสเป็นหลัก มีเพียงบางส่วนที่เป็นองค์กรเอกชน หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ทำงานในชุมชนที่ทำโครงการเกี่ยวข้องกับการบอกบริการแก่ประชาชนที่เป็นกลุ่มเฉพาะต่างๆ ว่ามีบริการ HCT ที่ใดบ้าง แต่จะไม่มีส่วนร่วมในการให้บริการ HCT โดยตรง

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในโรงพยาบาล 21 แห่ง (จาก 7 จังหวัด) พบว่า มี 12 แห่งที่มี/เคยมีการดำเนินงานรูปของ “ศูนย์องค์กรวม” (มี 7 แห่งที่ยังดำเนินการในรูปศูนย์องค์กรวม และอีก 5 แห่งเคย



ทำงานในรูปศูนย์องค์รวม แต่ปัจจุบันยุติไปแล้ว แต่ยังคงมีการรวมกลุ่มและมีแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำงานอยู่) สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีศูนย์องค์รวม แต่ยังคงมีการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำกิจกรรมไม่แตกต่างกันมากนัก เพียงแต่ความเข้มแข็งและการหนุนเสริมอาจจะได้รับไม่เท่ากับกลุ่มๆ ที่จัดตั้งเป็น “ศูนย์องค์รวม” นอกจากนี้ ยังพบว่า บางแห่งมีอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาร่วมช่วยงานเป็นทีมดูแลสุขภาพของคลินิกยาต้านไวรัส ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นในรูปแบบของจิตอาสา คือ ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ แต่โรงพยาบาลบางแห่งได้จ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวเพื่อช่วยเหลืองานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลด้วย

จากการสัมภาษณ์แกนนำในหลายๆ โรงพยาบาล การสังเกตและข้อมูลจากการสำรวจ Exit interview พบว่า บทบาทการมีส่วนร่วมของแกนนำและการให้บริการของศูนย์องค์รวม และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มลดลง แกนนำหลายแห่งมีบทบาทเฉพาะในวันที่มีคลินิกยาต้านฯ เท่านั้น และส่วนมากบทบาทยังคงเป็นเรื่องของการจัด OPD card แจกบัตรคิว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และความดัน ขณะที่บางแห่งหากผู้ประสานงานคลินิกยาต้านไวรัสสังเกตเห็นศักยภาพบทบาทของแกนนำในด้านการดูแลสนับสนุนทางจิตสังคมและการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัส แกนนำจะมีบทบาทร่วมในการให้คำแนะนำ (ผ่านการทำกลุ่มเล็กๆ หรือการพูดคุยเป็นรายคน) เรื่องการกินยาต้านไวรัส โดยเฉพาะในผู้ป่วยรับยาต้านฯ รายใหม่ หรือผู้ที่มีปัญหาการกินยาต้านฯ นอกจากนี้ ยังพบว่า อีกบทบาทที่สำคัญ คือ การติดตามผู้ที่ไม่มาตามนัด โดยใช้วิธีโทรศัพท์ หรือไปเยี่ยมบ้าน แต่ก็มีข้อสังเกตว่า ไม่สามารถทำได้มากนักในเชิงปริมาณเนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนและงบประมาณ ขณะที่กิจกรรมอื่นๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การลงชุมชน มีน้อยลง ตามงบประมาณที่มี เนื่องจากการทำกิจกรรมเหล่านี้มีค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าประสานงาน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก exit interview ที่สะท้อนในทิศทางเดียวกันว่า กิจกรรมการเยี่ยมบ้านจากแกนนำมีไม่มากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมอื่นๆ

การมีส่วนร่วมของ NGOs ในระดับจังหวัดที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 7 จังหวัด มีความต่างกันในเรื่องจำนวน NGOs ในพื้นที่ เช่น จังหวัดภาคกลาง 2 มีเพียง NGOs เดียวในพื้นที่ ส่วนบางพื้นที่เช่น จังหวัดภาคเหนือ 1 มีจำนวน NGOs จำนวนมาก แต่ละแห่งทำงานตามกลุ่มเป้าหมายที่แยกเฉพาะ รวมถึงได้รับสนับสนุนงบประมาณจากหลายภาคส่วน จังหวัดในภาคกลาง 1 และ 2 จะมี NGOs น้อยกว่าเมื่อเทียบกับจังหวัดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น NGO ที่ทำงานกับกลุ่มเฉพาะโดยได้รับงบประมาณจากกองทุนโลกเป็นหลัก แต่การดำเนินงานนั้นยังมีความครอบคลุมน้อย การประสานเชื่อมต่อกับระบบให้คำปรึกษาและการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ยังมีช่องว่างเนื่องจากระบบโรงพยาบาลมีขั้นตอนที่ยู้งยาก ไม่มีช่องทางเฉพาะสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะ

บทบาทของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีบทบาทในการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ในการศึกษาพบว่า 1) งานส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การป้องกัน กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆในชุมชน เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มเด็กในโรงเรียน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข การรับทุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล กลุ่มผู้ติดเชื้อในจังหวัดอีสาน 1 (DH31) ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินโครงการเรื่องเอดส์ เรื่องเพศ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาล โดยมี โรงพยาบาลเป็นเจ้าของโครงการ และให้กลุ่มฯเป็นคนรับทำ MOU ไปดำเนินการ 2) งานให้ความรู้เรื่องเอดส์ เรื่องสิทธิเรื่องเพศกับเด็กและเยาวชน โดยร่วมมือกับโครงการ Love Care Clinic ที่ดำเนินการโดยองค์กร PATH ปัจจุบัน สสจ. ดูแลโครงการ ให้กลุ่มฯ ทำหน้าที่แนะนำหรือบอกบริการเชิงรุก ในพื้นที่เช่น ตามหอพักนักเรียน นักศึกษา ในโรงเรียน โครงการรณรงค์เรื่องเพศ Up to Me



เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศ 3) งานรณรงค์ส่งเสริมการป้องกันเอดส์ โดยได้รับงบจาก สคร. และ มูลนิธิเอดส์ประเทศไทย รณรงค์สร้างความเข้าใจเรื่องการ “สื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การอนามัยเจริญพันธุ์” จัดกิจกรรมเช่น ค่ายเยาวชน การบอกบริการ VCT และการดูแลรักษาให้กับชุมชน 4) งานกับกลุ่มเป้าหมาย เฉพาะ เช่น กลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบ มุ่งเน้นส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการป้องกัน ซึ่งได้รับงบจากกองทุนโลก รอบที่ 10 ร่วมกับภาคีต่างๆดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน เช่น กลุ่มภาคเหนือ 1 กลุ่มภาคอีสาน 1 กลุ่มภาคใต้ 2 ร่วมกับ เครือข่ายศาสนาที่ดำเนินการเรื่อง ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน เพื่อทำงานด้านการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในชุมชน การให้ความรู้ การรณรงค์ป้องกันเอดส์ในชุมชน

3.3 การเข้าถึงด้านการดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

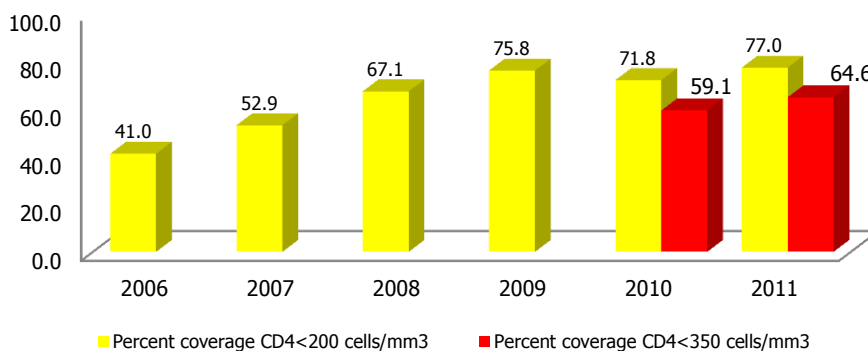
3.3.1 ผลลัพธ์ด้านการดูแล และรักษา

ด้านการเข้าถึง

นับตั้งแต่รัฐบาลไทยได้มีนโยบายผนวกยาต้านเชื้อไวรัสเอดส์เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัสในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จาก 98,109 ราย ในปี พ.ศ. 2551 เพิ่มเป็น 150,125 รายในปี พ.ศ. 2554 จนกระทั่งถึงสิ้นปีพ.ศ. 2555 มีผู้ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 162,455 รายแบ่งเป็น ผู้ใหญ่ 156,725 ราย (ร้อยละ 96.5) และเด็ก 5,730 ราย (ร้อยละ 3.5)

เมื่อประเมินความครอบคลุมของผู้ติดเชื้อที่สมควรได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เนื่องจากระดับ CD4 ต่ำกว่าที่กำหนด และจำนวนของผู้ติดเชื้อที่เข้าถึงและได้รับยาต้านไวรัส พบว่าความครอบคลุมในการเข้าถึงและได้รับยาต้านไวรัสมีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ระดับ CD4 น้อยกว่า 200 cells/mm³ ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มจากร้อยละ 41 ในปีพ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 77 ในปีพ.ศ. 2554 (รูปภาพที่ 5) และในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 350 cells/mm³ พบว่าความครอบคลุมในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเพิ่มจากร้อยละ 59.1 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 64.6 ในปี พ.ศ. 2554

รูปภาพที่ 5 แสดงความครอบคลุมในการรับยาต้านไวรัสในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2549-2554



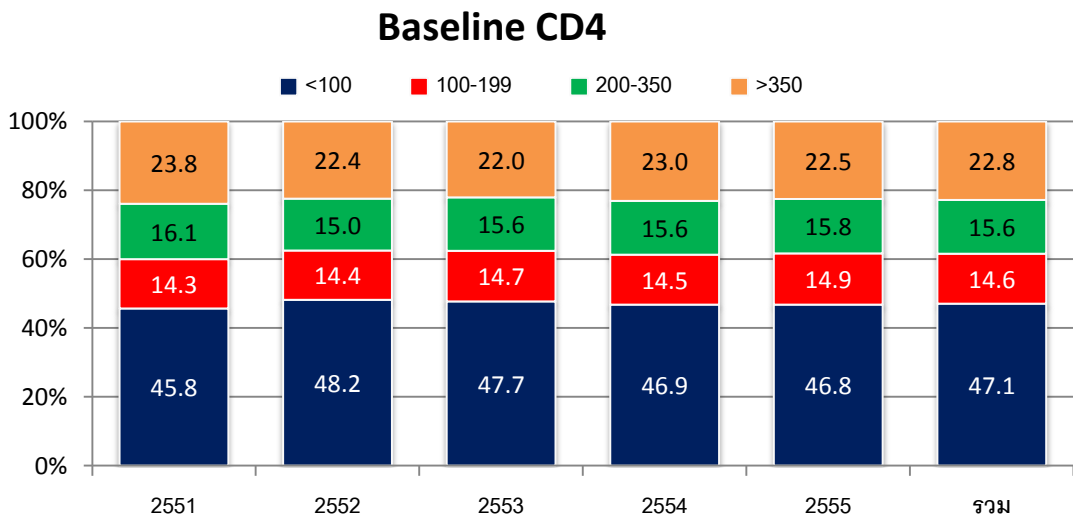
ที่มา Thailand AIDS Response Progress Report 2012 (UNGASS Report 2010-2011)



อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้บริการจะมีระดับ CD4 ที่ค่อนข้างต่ำเนื่องจากเข้ามาใช้บริการล่าช้า จากข้อมูลรายงานการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีพ.ศ. 2552-2555 พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่จะมารับการรักษาเมื่อระดับ CD4 น้อยกว่า 100 cells/mm³

จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลในการศึกษานี้ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนเข้าคลินิกยาต้านไวรัส ไม่ว่าจะผ่านบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในระบบใดๆ ก็ตาม พบว่าเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47) เป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูง (ระดับ CD4 < 100 cells/mm³) ซึ่งข้อค้นพบนี้บ่งบอกถึงการมารับบริการที่ล่าช้าอย่างมาก แนวโน้มในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ยังไม่ดีขึ้น (แผนภาพ 6) เงื่อนไขหรือปัจจัยหลักของการมาช้า เป็นเพราะ การไม่ได้ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมองว่า ตนเองไม่มีความเสี่ยง และไม่กล้าไปตรวจเลือดเพราะกังวลเรื่องการถูกรังเกียจจึงทำให้ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง โดยจะเข้ารับบริการก็ต่อเมื่อเริ่มมีอาการป่วยหรือป่วยหนักด้วยโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาส

แผนภาพที่ 6 Baseline CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป แยกตามปีงบประมาณที่ลงทะเบียนเข้าคลินิกยาต้านไวรัส ข้อมูลในระดับประเทศ (เลือกเฉพาะ naïve cases)



ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล NAP สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551-2555

ผลลัพธ์ ด้านประสิทธิผล และคุณภาพ การรักษา

กลุ่มผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัส และทำให้อัตราการมีชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส

ในประเด็นผลกระทบของการดูแลรักษา ซึ่งพิจารณาจากการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในระดับประเทศจาก NAP Database พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป เสียชีวิตสูงในช่วง 3 เดือนแรกหลังลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส และแนวโน้มไม่ลดลงตลอดช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 8) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้กินยาต้านไวรัสเสียชีวิตเป็น 3 เท่า



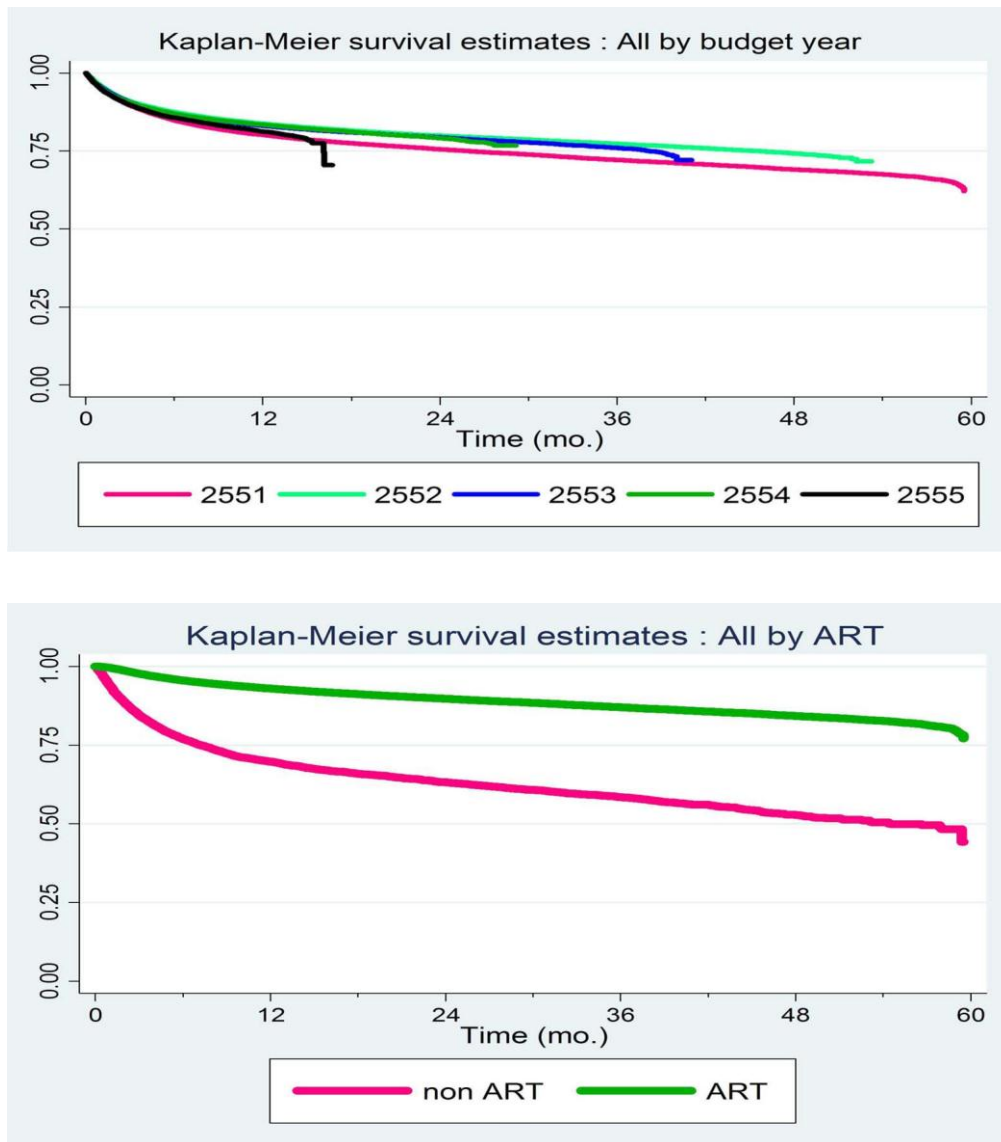
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสแล้ว และเมื่อวิเคราะห์โอกาสในการรอดชีพที่เวลา 12 เดือน หลังลงทะเบียน อยู่ที่ประมาณ 0.8 (ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส มีโอกาสในการรอดชีพที่เวลา 12 เดือนหลังลงทะเบียน น้อยกว่าผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัส) (แผนภาพที่ 7) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิต (Causes of death) ซึ่งได้จากการทบทวนเวชระเบียนฯ ของโรงพยาบาล 21 แห่ง ปรากฏว่าประมาณเกือบหนึ่งในสามไม่ทราบสาเหตุการเสียชีวิต สืบเนื่องจากการหายตัวไปจากระบบบริการ มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นหรือผู้ป่วยกลับไปรักษาที่ภูมิลำเนา ทำให้โรงพยาบาลที่ทบทวนข้อมูลไม่สามารถทราบถึงสาเหตุการเสียชีวิตได้ และข้อจำกัดของระบบการจัดเก็บแฟ้มและการบันทึกข้อมูลการรักษาของโรงพยาบาลเองที่ไม่สามารถสืบค้นประวัติการรักษาของผู้เสียชีวิตได้ ส่วนที่ทราบสาเหตุการเสียชีวิต มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ทราบสาเหตุการเสียชีวิตมาจากเหตุอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ (non AIDS related death) ในขณะที่ส่วนใหญ่ สาเหตุการเสียชีวิตเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ โดยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย 3 อันดับแรกคือ วัณโรค ซึ่งพบได้ทั้งวัณโรคปอด วัณโรคนอกปอด และ วัณโรคแพร่กระจาย รองลงมาคือ PCP และ Cryptococcosis นอกจากนี้ทีมผู้ประเมินยังได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมจาก NAP Database เพื่อดูปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต (Determinants of death) ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปลงทะเบียนเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลรัฐ 21 แห่งในช่วงปีงบประมาณ 2551-2555 พบว่าลักษณะของกลุ่มคนที่มีโอกาสเสียชีวิตสูง คือ คนที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป (เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี) คนที่มีระดับ CD4 ต่ำ ณ วันที่ลงทะเบียนเข้ารับการดูแลรักษา (ยิ่งต่ำ ยิ่งมีโอกาสเสียชีวิตสูง) คนที่ไม่ได้กินยาต้านไวรัส คนที่มาติดตามการรักษาไม่ตรงนัด (มาตรงนัดน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65.2) คนที่หายตัวไปจากระบบฯ คนที่ไม่เปลี่ยนสิทธิในระหว่างการติดตามการรักษา และคนที่ไม่เปลี่ยนโรงพยาบาลที่เข้ารับการดูแลรักษา

ตารางที่ 8 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เวลาต่าง ๆ หลังลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส แยกตามปีงบประมาณที่ลงทะเบียน (วิเคราะห์เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ณ วันลงทะเบียน)

อัตราการเสียชีวิต	ข้อมูลระดับประเทศ (ปีงบประมาณ)					
	2551	2552	2553	2554	2555	รวม 5 ปี
จำนวนลงทะเบียน	43,021	37,188	34,593	33,376	31,594	179,772
จำนวนเสียชีวิต ที่เวลาต่างๆ						
ก่อนวันลงทะเบียน	246	189	72	69	39	615
0 – 90 วัน	3,413	3,167	3,039	2,848	2,689	15,156
91 – 180 วัน	1,518	1,178	1,179	1,022	913	5,810
181 – 360 วัน	1,429	1,210	1,102	934	526	5,201
อัตราการเสียชีวิต ที่เวลาต่างๆ						
ก่อนวันลงทะเบียน	0.6	0.5	0.2	0.2	0.1	0.3
0 – 90 วัน	8.0	8.6	8.8	8.6	8.5	8.5
91 – 180 วัน	3.9	3.5	3.7	3.4	3.2	3.5
181 – 360 วัน	3.8	3.7	3.6	3.2	1.9	3.3



แผนภาพที่ 7 โอกาสรอดชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส ปีงบประมาณ 2551-2555



ส่วนผลลัพธ์ของการดูแลรักษา โดยพิจารณาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการฯ ผลการสำรวจในโรงพยาบาล 21 แห่ง พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี-ดีมาก-ดีเยี่ยม ร้อยละ 54.4 ในขณะที่ผู้ที่กินยาต้านไวรัส ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี-ดีมาก-ดีเยี่ยม ร้อยละ 78.9 และส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีความพึงพอใจในระดับคะแนน 7.5-10 (มากถึงมากที่สุด) ต่อภาพรวมของระบบบริการและผู้ให้บริการ



3.3.2 ระบบบริการเพื่อการดูแล รักษา และช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ

1) บริการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี สู่การลงทะเบียนเข้าคลินิกยาต้านไวรัสเพื่อการตรวจติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้รับบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เมื่อทราบว่าติดเชื้อจะได้รับการส่งต่อลงทะเบียนเข้าคลินิกยาต้านไวรัสเพื่อการตรวจติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบที่น่าสนใจจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในระดับประเทศจากฐานข้อมูล National AIDS Program (NAP Database) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า

- ผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจากระบบบริการปรึกษา มีร้อยละ 79 ของทั้งหมดที่มีผลการตรวจว่าติดเชื้อเอชไอวีถูกส่งต่อเพื่อลงทะเบียนเข้าคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนที่เหลือหายไปอีกร้อยละ 21 ไม่มีข้อมูลบันทึกอยู่ในทะเบียนคลินิกยาต้านไวรัสของ NAP Database มีการตั้งข้อสังเกตว่า อาจเนื่องมาจาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนหนึ่งเมื่อทราบผลการตรวจเลือด ได้ไปลงทะเบียนในฐานข้อมูลของระบบประกันสังคม หรือฐานข้อมูลของสิทธิข้าราชการฯ

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อมูลบันทึกอยู่ในทะเบียนคลินิกยาต้านไวรัสของ NAP Database บางส่วนมีผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีใน VCT Sheet ของ NAP Database เป็นลบและบางส่วนไม่มีผล ข้อสมมติฐานอาจเป็นเพราะ ผู้ให้บริการไม่ได้ลงบันทึกผลบวก ด้วยเกรงว่าข้อมูลอาจไม่เป็นความลับและอาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการฯ ได้ นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อที่มีข้อมูลบันทึกอยู่ในทะเบียนคลินิกยาต้านไวรัสของ NAP Database ไม่มีข้อมูลมารับบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีใน VCT Sheet เลย ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้ ไปรับบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในระบบอื่นๆ หรือ ยอมจ่ายเงินในการตรวจเอง ซึ่งจะไม่มีการบันทึกข้อมูลลงใน VCT Sheet

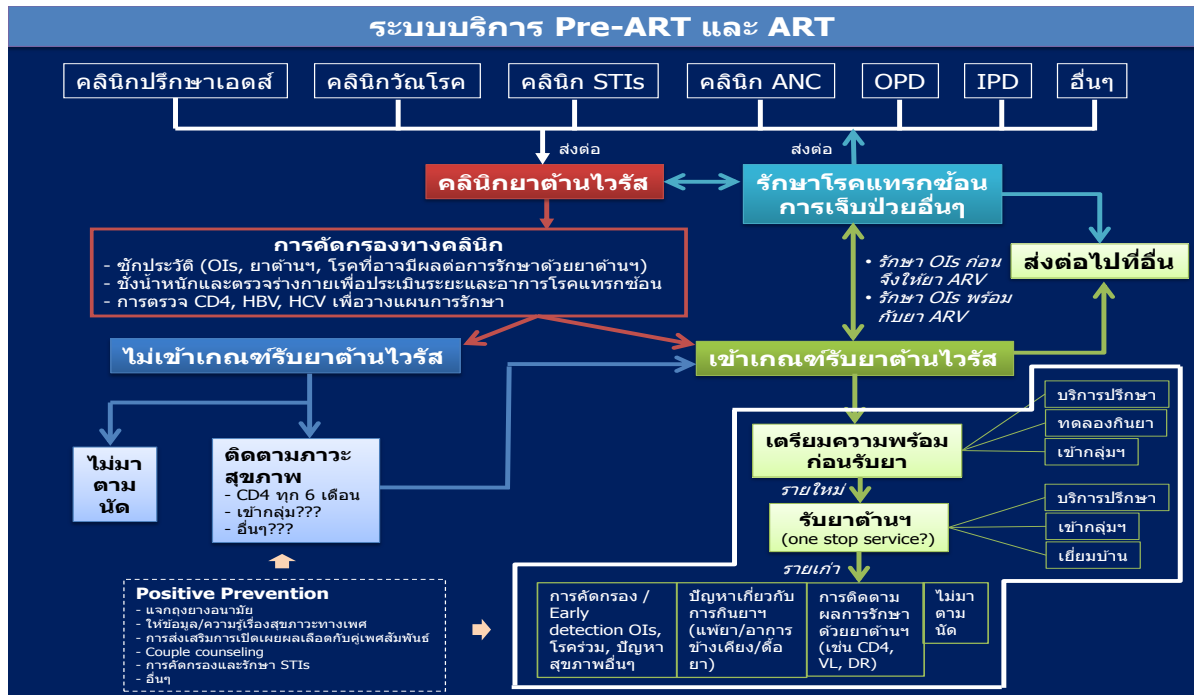
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนเข้าคลินิกยาต้านไวรัส ไม่ว่าจะผ่านบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในระบบใดๆ ก็ตาม พบว่าเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47) เป็นกลุ่มคนที่มีระดับ CD4 < 100 cells/mm³ ซึ่งแสดงถึงประเด็นปัญหาว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ยังไม่รู้ว่าตนเองติดเชื้อ และเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาช้า

2). การดูแลและรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนเข้าคลินิกยาต้านไวรัส จะได้รับการซักประวัติและตรวจคัดกรองอาการทางคลินิก ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจ CD4 ฯลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากรายใดยังไม่เข้าเกณฑ์รับยาต้านไวรัสจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและนัดมาตรวจติดตามภาวะสุขภาพทุก 6 เดือน กรณีรายใดเข้าเกณฑ์ควรได้รับยาต้านไวรัส จะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนรับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลหลายแห่งใน 21 แห่งที่เป็นพื้นที่ตัวอย่างในโครงการประเมินผลฯ ไม่ได้เข้มงวดว่าจะต้องทดลองกินยา ก่อน ซึ่งมีข้อดีในแง่ความรวดเร็วที่จะได้รับยาต้านไวรัส นอกจากนี้ บริการตามชุดสิทธิประโยชน์มีความหลากหลายและไม่ล่าช้ามากนักเมื่อเทียบกับเมื่อก่อน เช่น การตรวจปริมาณไวรัส หรือการตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านฯ เป็นต้น และกรณีรายใดมีโรคแทรกซ้อนจะได้รับการดูแลรักษาโรคแทรกซ้อนก่อน แต่ผู้ป่วยบางรายสามารถรับยาต้านไวรัสไปพร้อมกันได้ (แผนภาพที่ 8)



แผนภาพที่ 8 ภาพรวมกระบวนการจัดบริการดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์



การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในระดับประเทศจาก NAP Database พบว่า ความครอบคลุมของการได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยขอเน้นที่การตรวจระดับ CD4 พบว่า ได้รับการตรวจครบ 2 ครั้งภายในปีแรก หลังจากลงทะเบียนฯ มีเพียงร้อยละ 33.7 ในขณะที่กลุ่มคนที่ถึงเกณฑ์ควรได้รับยาต้านไวรัส (CD4 < 200 cells/mm³) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.7) จะได้รับยาต้านไวรัส โดยประมาณครึ่งหนึ่งได้รับยาต้านไวรัสภายใน 30 วัน หรือ ประมาณเกือบสามในสี่ จะได้รับยาต้านไวรัสภายในเวลา 60 วัน ส่วนที่ได้รับยาต้านไวรัสล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น อาจเนื่องจาก ต้องรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อน เช่น กรณีการป่วยเป็นวัณโรค แม้จะมีคู่มือ/แนวทางในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่ส่วนหนึ่งของการเริ่มยาต้านไวรัสก็ยังคงอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ที่ให้การดูแลฯ ซึ่งต้องประเมินอาการทางคลินิกของผู้ที่กำลังป่วยเป็นวัณโรคด้วย นอกจากนี้การลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการทบทวนเวชระเบียนฯ มีข้อสังเกตในประเด็นประสบการณ์และความมั่นใจในการวินิจฉัย ดูแลและรักษาของแพทย์ ไม่ได้ตระหนักถึงอาการที่นำมาซึ่งการติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นเอดส์หรือป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากนัก โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีต่ำ และบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่ยังไม่มีประสบการณ์ด้านเอชไอวี/เอดส์มากนัก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจกลุ่มแพทย์ พบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของแพทย์ใช้ทุนไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์เลย ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา

ภายหลังจากการได้รับยาต้านไวรัสครบ 1 ปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือด เพื่อดูประสิทธิภาพของยา พบว่า ความครอบคลุมของการได้รับการตรวจตามเกณฑ์ในชุดสิทธิประโยชน์มีร้อยละ 53.5 และผลการตรวจพบปริมาณไวรัสในเลือดต่ำกว่า 50 copies/ml. มีประมาณร้อยละ 75 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นมา และแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ (มากกว่าร้อยละ 85) ประกอบกับ



ข้อกังวลใจของแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาต่อเรื่องพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการตั้งารวมทั้งการรักษาที่ยุ่งยาก และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้

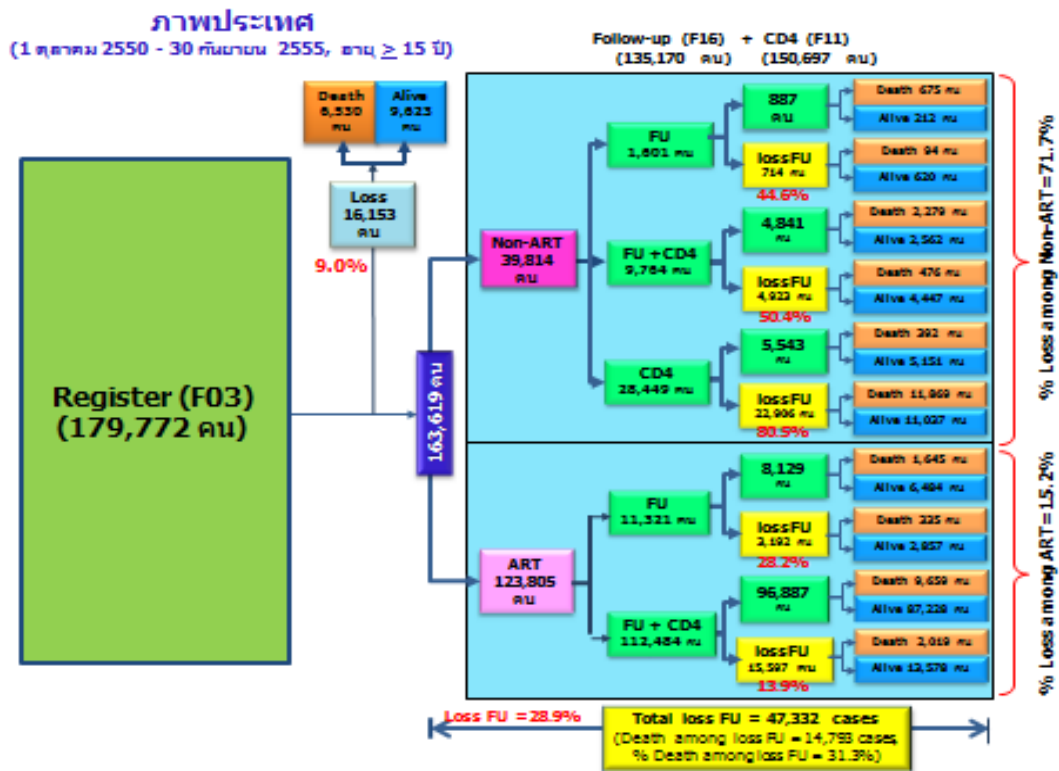
ประเด็นการบูรณาการการป้องกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Positive prevention) ในบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่า มีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีทั้งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นรายใหม่ ผู้ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส และที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้ว โดยสอดแทรกอยู่ในช่วงการซักประวัติเพื่อคัดกรองอาการทางคลินิก แต่ไม่ได้เข้มงวดมากนัก รวมทั้งมีการแจกถุงยางอนามัยฟรี ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรและเสียงสะท้อนจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าส่วนใหญ่บุคลากรได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน ในการแนะนำเรื่องการป้องกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนการแนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีพาคู่ครองของตนเองมาตรวจ บุคลากรที่ให้บริการมีความพยายามปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางฯ แต่ความครอบคลุมและความสำเร็จ ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากไม่มีระบบติดตามเพื่อทบทวนผลการดำเนินงานในส่วนนี้

3). การติดตามดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง

ระบบการนัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ใบนัดและชี้แจงในวันที่มาใช้บริการ ก่อนถึงวันนัดอาจมีการแจ้งเตือนอยู่บ้าง แต่เป็นส่วนน้อย ทางโรงพยาบาลจะทราบว่าผู้รับบริการไม่ได้มาตามนัด ก็ต่อเมื่อถึงเวลาสิ้นสุดการให้บริการที่คลินิกฯในวันนั้นๆ ซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งจะติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดทันที โดยเฉพาะในกลุ่มรับยาต้านฯ แต่ถ้าเป็นกลุ่มยังไม่รับยาต้านฯ เมื่อครบ 6 เดือนที่ไม่มาตามนัด บางแห่งจะยังไม่ติดตามแต่จะรอให้ครบ 2 ครั้งก่อน วิธีการติดตามกรณีไม่มาตามนัดจะใช้โทรศัพท์ในการติดตามเป็นหลัก เพราะว่ามีข้อจำกัดในการเยี่ยมบ้าน ทั้งในเรื่องของการรักษาความลับ กำลังคน และงบประมาณ ถ้าโรงพยาบาลใดมีแกนนำของศูนย์องค์กรรวมหรือกลุ่มชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะช่วยทำหน้าที่ติดตามในส่วนนี้ด้วย ทีมผู้ประเมินผลได้วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิในระดับประเทศจาก NAP Database พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาครั้งแรกแล้วไม่มีข้อมูลมาติดตามการรักษาอีกเลยมีร้อยละ 9.0 ส่วนที่ยังมาติดตามการรักษาพบว่าการหลุดหายไปจากระบบฯ แล้วไม่มาติดตามการรักษาอีกเลยเช่นกันมีร้อยละ 28.9 กลุ่มคนที่ยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส หลุดหายไปจากระบบฯ สะสมรวมในช่วง 5 ปี มากกว่ากลุ่มคนที่กินยาต้านไวรัสแล้ว (แผนภาพที่ 9) และในจำนวนคนที่หลุดหายไปในจุดบริการต่างๆ เหล่านี้ ประมาณเกือบหนึ่งในสามได้เสียชีวิตไปแล้ว



แผนภาพที่ 9 ร้อยละของการขาดหายไปจากระบบฯ ในแต่ละช่วงของการดูแลและรักษา



ตารางที่ 9 ร้อยละของการได้รับการติดตามให้มาตามนัด ในกลุ่มยังไม่รับยาต้านฯ และกลุ่มรับยาต้านฯ

	กลุ่มไม่ได้รับยาต้านฯ						กลุ่มรับยาต้านฯ					
	รพศ./รพท.		รพช.		รวม		รพศ./รพท.		รพช.		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การนัดและชี้แจงในการมารับบริการแต่ละครั้ง												
ไม่เคย	7	2.4	4	2.4	11	2.4	17	2.0	9	1.6	26	1.8
เป็นบางครั้ง	6	2.1	5	2.9	11	2.4	29	3.5	34	5.9	63	4.5
ทุกครั้ง	279	95.5	161	94.7	440	95.2	794	94.5	531	92.5	1325	93.7
รวม	292	100.0	170	100.0	462	100.0	840	100.0	574	100.0	1414	100.0
การติดตามโดยเจ้าหน้าที่ กรณีไม่มาตามนัด												
ไม่เคย	24	72.7	9	28.1	33	50.8	42	63.6	21	38.9	63	52.5
เป็นบางครั้ง	6	18.2	11	34.4	17	26.2	14	21.2	13	24.1	27	22.5
ทุกครั้ง	3	9.1	12	37.5	15	23.1	10	15.2	20	37.0	30	25.0
รวม	33	100.0	32	100.0	65	100.0	66	100.0	54	100.0	120	100.0



เหตุปัจจัยหลัก ของการไม่มาติดตามต่อเนื่อง สรุปได้คือ

- ปัจจัยด้านผู้รับบริการ คิดว่าตนเองแข็งแรง/ไม่เจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ภูมิคุ้มกันยังไม่ต่ำและยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส จะเข้ารับบริการอีกครั้งเมื่ออาการป่วยหนัก ลักษณะการทำงานที่ต้องเคลื่อนย้ายไปตามที่ต่างๆ จึงเป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถมาติดตามการดูแลรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจผู้มารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส ด้วยวิธี exit interview และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าประมาณร้อยละ 28 ของผู้มารับยาต้านไวรัส ไม่ทราบข้อมูลที่สามารถย้ายสิทธิไปรับบริการในสถานพยาบาลที่สะดวกได้ อย่างไรก็ตามการย้ายสิทธิไปรับบริการในสถานพยาบาลที่สะดวก ก็อาจมีประเด็นปัญหาในเรื่องข้อกังวลใจที่ต้องเปิดเผยตัว/เปิดเผยข้อมูลให้กับบุคลากรอื่นๆ รับรู้อีกโดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ภูมิคุ้มกันยังไม่ต่ำและยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส จึงไม่อยากเปิดเผยตัวมากนัก

- ปัจจัยด้านระบบระบบบริการ **ขาดการประสานส่งต่อและติดตาม**ระหว่างคลินิก/แผนก/หน่วยต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในโรงพยาบาลเดียวกันหรือระหว่างโรงพยาบาล (มีข้อสังเกตว่าหากระบบบริการของโรงพยาบาลใดที่ทีมให้การปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี กับ ทีมดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นทีมเดียวกัน การประสานส่งต่อจากหน่วยบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี สู่อุ้งการลงทะเบียนเข้าคลินิกยาต้านไวรัสฯ จะมีช่องว่างน้อยกว่า โอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะหลุดหายไปจากระบบฯในช่วงรอยต่อนี้ก็จะมีน้อยกว่า) รวมถึงช่องว่างของระบบการติดตามให้มารับบริการตามนัด ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจผู้มารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาล 21 แห่ง ด้วยวิธี exit interview พบว่ากรณีที่ไม่มาตามนัด มากกว่าครึ่งของผู้รับบริการทั้งกลุ่มที่ยังไม่ได้รับยาต้านฯและรับยาต้านฯ ไม่เคยได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่เลย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้รับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อย่างเช่น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ตารางที่ 9)

3.3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าสู่การรักษาตั้งแต่แรก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูล NAP พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเข้ามารับบริการรักษาพยาบาลค่อนข้างช้า เนื่องจากปัจจัยดังต่อไปนี้

ด้านระบบบริการ

ก) ระบบการติดตามที่ขาดความต่อเนื่อง ขาดประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์ติดตาม และเมื่อมีการเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ติดเชื้อบางส่วนได้

ข) จำนวนบุคลากรที่ให้บริการมีค่อนข้างน้อยไม่เพียงพอ ผู้ให้บริการมีภาระงานบริการค่อนข้างมาก บางแห่งต้องมีการกิจในเรื่องอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ แกนนำผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งก็มีปัญหาด้านงบประมาณใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้านและปฏิบัติงานในชุมชน

ค) ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งมาตรวจตั้งแต่ในระยะแรก แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย เนื่องจากอาการไม่ชัดเจน และแพทย์ผู้ตรวจขาดประสบการณ์

ง) ระบบการรักษาความลับ ทำให้ทีมงานในพื้นที่ไม่สามารถร่วมติดตามเยี่ยมบ้านหรือให้บริการอย่างต่อเนื่องได้



ด้านประชาชน

- ก) ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ และในบางกรณีไม่ทราบว่าแฟนติดเชื้อ จึงไม่ได้รับคำปรึกษา การตรวจเลือดและการรักษาในระยะเริ่มแรก
- ข) กลุ่มที่ทราบผลเลือดแล้ว แต่ยังไม่แข็งแรงและไม่มีการ ร่วมกับไม่ยอมเปิดเผยตนเอง จะมีแนวโน้มค่อนข้างต่ำในการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ค) ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งที่ยังแข็งแรง จะมีการย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น ทำให้ขาดการติดตามและการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ง) กรณี MSM ไม่อยากตรวจ ไม่อยากให้ใครรับรู้สถานะ และไม่ยอมเปิดเผยตนเอง

3.3.4 บทบาทการมีส่วนร่วมของแกนนำศูนย์องค์รวมหรือชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทบาทในการร่วมจัดบริการสุขภาพยังคงเน้นกิจกรรมอยู่ที่คลินิกยาต้านไวรัส การจัดบัตรผู้ป่วยนอก แจกบัตรคิว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันเลือด ฯลฯ ให้คำแนะนำเรื่องการกินยาต้านไวรัส ช่วยติดตามผู้ที่ไม่มาตามนัด ส่วนบทบาทเชิงรุกเข้าไปในชุมชนและการเยี่ยมบ้าน ไม่สามารถทำได้มากนักเนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนและงบประมาณ รวมถึงบริบทที่เปลี่ยนไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่สุขภาพเริ่มดีขึ้น ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาส สามารถกลับไปใช้ชีวิตและประกอบอาชีพได้เช่นปกติทั่วไป ดังนั้น ช่วงเวลา การพบปะ และการเยี่ยมบ้านจากแกนนำ จึงไม่สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไปเช่นนี้

ผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมของศูนย์องค์รวม จากข้อมูล exit interview ในกลุ่มผู้ที่กินยา (ART) ที่ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 1,418 ราย มีผู้รับยาฯ ที่ได้พบกับแกนนำของศูนย์องค์รวม หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 582 ราย (ร้อยละ 41) เมื่อสอบถามถึงประโยชน์และความเชื่อมั่นที่ได้รับจากแกนนำและอาสาสมัครในเนื้อหาที่ให้บริการ 10 ประเด็น โดยจำแนกตามตามโรงพยาบาลที่กลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อหรือศูนย์องค์รวมในลักษณะที่แตกต่างกัน พบว่า ในโรงพยาบาลที่มีศูนย์องค์รวมดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ผู้ติดเชื้อฯได้ประโยชน์มากจากการพบปะพูดคุยกับแกนนำมากกว่าในโรงพยาบาลที่กลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อดำเนินการเอง แต่ไม่ใช่ศูนย์องค์รวม อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้มีการพูดคุยกับแกนนำ/อาสาสมัครผู้ติดเชื้อฯ ได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้นสัดส่วนประมาณเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น และอีกครั้งหนึ่งยังได้รับประโยชน์น้อยกว่าการพูดคุยกับแกนนำ (วิเคราะห์จากผู้ติดเชื้อฯที่เคยได้รับข้อมูลจากแกนนำ) ในกรณีที่ดำเนินการโดยกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อที่ไม่ใช่ศูนย์องค์รวม การพูดคุยกับแกนนำผู้ติดเชื้อฯ ยังได้รับประโยชน์มากเพียงหนึ่งในสามเท่านั้น

- ข้อมูลจาก exit interview และจาก NAP ไม่พบว่าการมีส่วนร่วมและบทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและภาคประชาสังคม (รวมศูนย์องค์รวม) ส่งผลต่อการขาดนัด คุณภาพชีวิตทางด้านกายและจิตใจ การกินยาอย่างสม่ำเสมอและพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยชัดเจนมากนัก
- การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากแกนนำของ ศอร มีสัดส่วนที่เป็นประโยชน์มากกับผู้ติดเชื้อฯ มากกว่าการได้รับข้อมูลจากแกนนำผู้ติดเชื้อฯ ที่ไม่ใช่ ศอร
- การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้ติดเชื้อฯ สำหรับผู้รับบริการที่ยังไม่กินยาต้านฯ มีน้อยมากเพียงร้อยละ 13 ผู้รับบริการที่กินยาต้านร้อยละ 31



3.4 ด้านทัศนคติ และความรู้สึกต่อการตีตรา

ทัศนคติที่มีความเกี่ยวข้องกับเอตส์มีมิติที่สำคัญ 5 ด้านได้แก่ (1) ความกลัวการติดเชื้อ จากการสัมผัสกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีผลทำให้หลีกเลี่ยงกับการติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เช่น ไม่ซื้ออาหารจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี (2) มีความเชื่อว่าสังคมมองผู้ติดเชื้อ ในทางลบจึงมีผลทำให้มีการตำหนิ หรือตัดสินว่าผู้ติดเชื้อ นั้นเป็นคนไม่ดี (3) การยอมรับโดยตนเองว่าการตีตราจากภายนอก จากการตัดสินของสังคมว่ามีสถานะที่ต่ำกว่านั้นเป็นความจริงและสมเหตุสมผล สามารถแสดงออกด้วยความภูมิใจในตนเองที่ต่ำ หรือความรู้สึกด้อยค่า การโทษตนเอง และการแบ่งแยกตนเองจากสังคม (4) ความกลัวที่คิดไปเองว่าจะถูกปฏิบัติไม่ดีหากผลการติดเชื้อเอชไอวีหรือพฤติกรรมอื่นๆ (เช่น การขายยา) ถูกเปิดเผย (5) การรู้สึกว่าถูกกีดกันหรือการถูกปฏิบัติที่แตกต่างไปจากผู้อื่นทั่วไป เป็นแนวทางสำคัญที่ทำให้ประชากรทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการทั้งด้านป้องกันและการดูแลรักษาได้ทั่วถึงและเท่าเทียม

- ในกลุ่มผู้มารับบริการประมาณครึ่งหนึ่งรู้สึกผิดที่ตนเองติดเชื้อ และประมาณหนึ่งในสามรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าเท่าผู้อื่นเพราะเป็นผู้ติดเชื้อ ในมิติของความกลัวเรื่องผลกระทบในมิตินี้ ผู้ติดเชื้อ มีความรู้สึกกลัวผลกระทบค่อนข้างมากกว่ามิติดอื่น และกลุ่มที่ยังไม่ได้รับยามีความกลัวผลกระทบมากกว่ากลุ่มกินยาเล็กน้อย สำหรับการตีตราในมิติที่รับรู้ว่าจะสังคมตราผู้ติดเชื้อ ในทางลบค่อนข้างสูงเช่นกันโดยที่กลุ่มที่ยังไม่ได้รับยารับรู้ว่าจะสังคมตราผู้ติดเชื้อ ในทางลบมากกว่ากลุ่มกินยาเล็กน้อย ส่วนการถูกเลือกปฏิบัติมีมิติของการรับรู้ว่าจะถูกเลือกปฏิบัติในทางวาจาเล็กน้อย การกีดกัน/การถูกปฏิเสธ มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยที่กลุ่มที่ยังไม่ได้รับยาถูกเลือกปฏิบัติน้อยกว่ากลุ่มกินยาเล็กน้อย

- ในกลุ่มผู้ให้บริการ ในมิติของการตีตราได้สอบถามจำนวน 2 ข้อคำถาม ในข้อความของการรับรู้ว่าจะสังคมประทุษร้าย/ตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทางลบ และการประทุษร้ายตราผู้ติดเชื้อ ว่าไม่สมควรมีบุตร ซึ่งทั้งสองข้อความนี้มีผลทำให้มีการปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อ ในทางลบ ผลการสำรวจพบว่าผู้ให้บริการยังมีการรับรู้กับผู้ติดเชื้อ ในทางลบมากกว่าครึ่งหนึ่ง ในส่วนของมิติการเลือกปฏิบัติกับกลุ่มประชากรต่างๆ ผู้ให้บริการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเพศติดมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ติดเชื้อ ผู้ขายบริการทางเพศ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกระเทยตามลำดับ ในมิตินี้มีการเลือกปฏิบัติอยู่ระหว่างประมาณร้อยละ 2 -15 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ไม่สูงมากนักแต่ก็มีผลต่อการปฏิบัติกับผู้มารับบริการค่อนข้างสูงเนื่องจากผู้ให้บริการที่มีทัศนคติในทางลบมีผลสืบเนื่องที่อาจแสดงออกด้วยท่าทีที่ไม่เต็มใจให้บริการกับผู้บริการที่ติดเชื้อ และเป็นประชากรเปราะบาง ในมิติของการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มแพทย์และพยาบาลมีสัดส่วนที่เห็นด้วยในแต่ละข้อความไม่แตกต่างกันมากนัก

- ในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยการสำรวจข้อมูลกับพนักงานในสถานประกอบกิจการ และชุมชนออนไลน์ พบว่าการตีตราในมิติความกลัวการติดเชื้อ จากการสัมผัสกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีมีผลทำให้หลีกเลี่ยงกับการติดต่อกับผู้ติดเชื้อ กลุ่มพนักงานในสถานประกอบกิจการมีสัดส่วนความกลัวที่มากกว่าผู้ตอบแบบสอบถามทาง online ในทุกข้อความ และเกือบสามในสี่มีความกลัวที่จะซื้ออาหารจากผู้ติดเชื้อ ในมิติของการรับรู้ว่าจะสังคมยังมองผู้ติดเชื้อ ในทางลบประมาณ 1 ใน 3 และทั้ง 2 กลุ่มยังเห็นด้วยค่อนข้างสูงมาก ว่าสังคมยังกระทำกับผู้ติดเชื้อไม่ดี และลำบากใจที่จะอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ เช่นเดียวกับกับความกลัวเรื่องผลกระทบหากการติดเชื้อถูกเปิดเผย ที่ทั้งสองกลุ่มยังกลัวผลกระทบที่จะเกิดกับตนเองจากการไปตรวจเลือด กลัวผลกระทบกับครอบครัวและเรื่องงาน ในมิตินี้



ผู้ตอบแบบสอบถามทาง online มีความกลัวผลกระทบต่างๆ นี้นี้มากกว่ากลุ่มพนักงานในสถานประกอบการที่ตอบแบบสอบถาม

- ในกลุ่มประชากรเฉพาะพบว่ามีความกลัวการติดเชื้อ จากการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลทำให้หลีกเลี่ยงกับการติดต่อกับผู้ติดเชื้อ แต่ถ้าผู้ติดเชื้อ เป็นครูและเด็กจะมีความรู้สึกกลัวน้อยกว่าคนทั่วไปที่ติดเชื้อ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังมีความกลัวการติดเชื้อ ทางน้ำลาย /อาหาร ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ในมิติของการรับรู้ว่าจะคุมระดับตราผู้ติดเชื้อ ในทางลบประมาณ 2 ใน 3 ยังเห็นว่าผู้ติดเชื้อ เป็นคนไม่ดี ไม่มีคุณค่าและไม่อยากอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ในส่วนของการกลัว ผลกระทบ กับตนเอง กับครอบครัวและเรื่องงาน หากการติดเชื้อถูกเปิดเผยมีสัดส่วนที่สูง สำหรับความรู้สึกกลายใจ หากมีคนในครอบครัวของท่านติดเชื้อเอชไอวีมีประมาณ 1 ใน 3

- ในภาพรวมของการประเมินผลการติดตามและการเลือกปฏิบัติกับกลุ่มผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล) กลุ่มผู้รับบริการ (ผู้ติดเชื้อเอชไอวี) กลุ่มประชากรเฉพาะ (KAPS : MSM, FSW and IDU) กลุ่มพนักงานในสถานประกอบการ รวมทั้งชุมชนออนไลน์ ในมิติต่างๆ ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายพบว่า ในมิติของความกลัวผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อถูกเปิดเผย กับในมิติการรับรู้ว่าจะคุมยังตัดสินว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนไม่ดีคนส่วนใหญ่ ในทุกกลุ่มเป้าหมายเห็นด้วยอย่างมาก ในมิติของการติดตามตนเองของกลุ่มประชากรเฉพาะและผู้ติดเชื้อ มีการติดตามตนเองมากด้วยเช่นกันในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการติดตามตนเองน้อยกว่ากลุ่มพนักงานบริการ ผู้ติดเชื้อ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ในมิติการเลือกปฏิบัติในทุกกลุ่มเห็นว่าตนเองถูกเลือกปฏิบัติแตกต่างไปจากผู้อื่นไม่มากนัก ส่วนในกลุ่มผู้ให้บริการมีการเลือกปฏิบัติกับกลุ่มประชากรเฉพาะเล็กน้อย

ข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมดได้ข้อสรุปสำคัญคือความกังวลต่อกลัวผลกระทบที่เกิดจากสถานะการติดเชื้อเอชไอวีถูกเปิดเผย กับสังคมยังตัดสินว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนไม่ดีหรือมีปัญหาด้านศีลธรรม ยังเป็นปัญหาอย่างมาก เป็นปัญหาพื้นฐานที่สำคัญของการเข้าถึงบริการทุกเรื่อง (HCT and Treatment)



4.1 ข้อเสนอแนะ

ระบบการรักษาดูแล ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ที่ดำเนินการโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพในภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรประชาสังคม และองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ในช่วงระยะ 5 ปี (ปีงบประมาณ 2551-2555) ที่ผ่านมา ได้มีการดำเนินงานที่พัฒนาด้านคุณภาพ และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในด้านการให้คำปรึกษา การตรวจเลือด การจ่ายยา และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่เข้ามาสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐ ภายใต้ระบบของ สปสช และกระทรวงสาธารณสุข ทำให้จำนวนผู้เข้ามาสู่ระบบการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการดูแลครอบคลุมจำนวนมากขึ้น อีกทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อดีขึ้น ปัญหาเรื่องการขาดแคลนทรัพยากรในด้านการรักษาทางการแพทย์มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

แต่มีข้อสังเกตว่า ระบบการดูแลทั้งหมดนี้ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการแบบตั้งรับภายในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ที่มีภาระงานเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามจำนวนผู้ติดเชื้อที่สะสมเพิ่มขึ้น การดำเนินงานเชิงรุกที่ทำให้ประชาชนตื่นตัวและตระหนักถึงความเสี่ยงในการติดเชื้อ และการป้องกันโรคนั้น ยังดำเนินการในสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับการดำเนินงานทั้งหมด ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้ค่อนข้างน้อย และบางส่วนยังขาดความชัดเจนต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งมีการรับรู้ค่อนข้างน้อยต่อบริการตรวจเลือดหาเชื้อ และบริการให้คำปรึกษา บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ตลอดจนถึงรับรู้ต่อสิทธิต่างๆ ในการเข้าถึงบริการน้อยมาก ทั้งนี้พิจารณาจากข้อค้นพบการศึกษาในกลุ่มประชากรต่างๆ ที่ยังใช้บริการของระบบที่พัฒนาขึ้นได้ไม่เต็มที่ และพบว่าประชาชนยังขาดการรับรู้ข้อมูลในเรื่องเหล่านี้

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการด้านการตรวจเลือดหาเชื้อ การให้คำปรึกษา และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ในระยะตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อลดการติดเชื้อ และลดผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐกิจนั้น จากข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยหลักที่เป็นปัจจัยพื้นฐาน ต่อการเข้าสู่ระบบบริการฯ คือประเด็นเรื่องการตีตรา (stigma) และความรู้สึกด้านลบต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความกลัวต่อการถูกปฏิบัติที่แตกต่าง (discrimination) เมื่อติดเชื้อ ยังเป็นประเด็นที่เป็นรากของปัญหาของทุกเรื่อง ดังพิจารณาได้จากข้อค้นพบเรื่องความรู้สึกของประชากรกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังกังวลในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ไม่ยอมเข้ามาใช้บริการ ไม่กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องนี้แก่คนอื่น และบางส่วนยังเป็นข้อจำกัดทำให้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง และเข้ามาสู่ระบบเมื่อมีอาการมากแล้ว

กรณีชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลัวว่าถ้าติดเชื้อแล้วจะหาคู่มิได้ มีผลต่อการตัดสินใจตรวจเลือด รู้สึกว่าอายุที่ต้องมาตรวจเลือด

กรณีพนักงานบริการหญิง (FSW) กลัวว่าคนรอบข้าง และที่ทำงานจะรังเกียจ ทำให้ไม่ไปตรวจเลือด

กรณีพนักงานโรงงาน ยังมีความกังวลกับการติดเชื้อทางน้ำลาย และการถูกรังเกียจจากคนรอบข้างมีผลต่อการตัดสินใจ ไม่กล้าไปตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี



ปัจจัยลำดับถัดมาที่มีผลกระทบ คือการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ตรงกับความเสี่ยงจริงที่ตนเองมี ทำให้ละเลยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง พบว่าระบบบริการ HCT ยังกระจุกตัวอยู่เฉพาะในหน่วยบริการขนาดใหญ่ และบริการที่เป็นลักษณะเฉพาะทางมากๆ ความสะดวกต่อขั้นตอนบริการต่างๆ ยังทำได้จำกัด จึงทำให้ประชาชน หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการได้ไม่มากเท่าที่ควร ขณะเดียวกันภาระงานของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็จะมีภาระงานค่อนข้างมาก การให้บริการแน่นแออัด อันจะเป็นผลกระทบต่อเนื่องมาถึงคุณภาพของการบริการ

เครือข่ายระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ในระบบดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน ยังเน้นไปที่การบริหารจัดการเพื่อการจ่ายงบประมาณสนับสนุน และการเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ มากกว่าใช้เพื่อการติดตาม ทบทวน พัฒนาคุณภาพของระบบบริการ และเป็นข้อมูลเพื่อการรวมศูนย์จัดการในส่วนกลางมากกว่าการเน้นให้หน่วยงานบริการในพื้นที่ใช้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง แม้ปัจจุบันจะมีความพยายามปรับปรุงให้ดีขึ้นแต่ก็พบว่ายังเป็นปัญหาในการเข้าถึงและการดึงข้อมูลทุติยภูมิมาใช้ในการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ รวมทั้งต้องใช้เวลาในการบันทึกนานมาก เป็นภาระแก่ผู้ปฏิบัติ ขณะเดียวกันก็มีปัญหาข้อมูลคลาดเคลื่อน ความไม่น่าเชื่อถือของข้อมูล

เพื่อให้เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา ตั้งแต่เริ่มต้น อันจะนำไปสู่เป้าหมายการลดการเสียชีวิตจากเอดส์ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2559 และจากข้อค้นพบสถานการณ์ และปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องในการศึกษานี้ทั้งหมด จึงมีข้อเสนอต่อการพัฒนาทั้งด้าน นโยบาย มาตรการ และวิธีการดำเนินงานต่างๆ ดังต่อไปนี้

4.2 ข้อเสนอโดยรวมต่อทุกประเด็น

1) ต้องเร่งแก้ เรื่องพื้นฐานค่านิยม และความเข้าใจของสังคม ต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้อง ลดปัญหาตีตราและการเลือกปฏิบัติ (stigma and discrimination) ต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สนับสนุนให้มีการพัฒนามาตรการและกลวิธีต่างๆ ที่ชัดเจนต่อเนื่อง จริงจังเพื่อลดปัญหาการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ (stigma and discrimination) ต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากปัจจัยนี้เป็นพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลต่อการป้องกัน การเข้าถึงการดูแลรักษา และช่วยลดผลกระทบต่อปัญหาการติดเชื้อ และมีส่วนช่วยให้การดำเนินการให้คำปรึกษา การตรวจเลือด และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ให้ มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการดำเนินงานมาตรการดังกล่าว ได้แก่ การพัฒนาให้มีระบบการติดตาม ประเมินสถานการณ์ เรื่องการตีตรา และการเลือกปฏิบัติในประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้รู้สถานการณ์จำเพาะต่อเรื่องนี้ สนับสนุนให้มีศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาการสื่อสารที่สร้างความเข้าใจใหม่ต่อการติดเชื้อเอชไอวีให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น ด้วยเนื้อหาที่ลึกซึ้งมากขึ้น ด้วยวิธีการต่างๆ ที่หลากหลาย ตลอดจนการสื่อสารความรู้ความเข้าใจพื้นฐานให้แก่ประชากรทั่วไป



การฝึกอบรมและพัฒนาผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับบริการดูแลรักษาที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

2) ควรเสริมให้มีระบบข้อมูล และการจัดการเพื่อ ติดตาม สถานการณ์การรักษา การดูแล เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญ คือ การสะท้อนกลับของข้อมูล ผลงานให้แก่หน่วยปฏิบัติ และหน่วยบริหารในพื้นที่ได้เข้าใจสถานการณ์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปปรับพัฒนาและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันเวลา

3) การออกแบบมาตรการแก้ปัญหาในเรื่องเอชไอวี ควรคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายมากกว่าด้านการแพทย์และวิทยาศาสตร์เพียงส่วนเดียว เนื่องจากพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อคุณภาพของบริการส่วนใหญ่มาจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจเป็นหลักและควรมีการพัฒนาบุคลากรด้าน soft side ทักษะทางด้านสังคม จิตใจ และการสื่อสารเพื่อตอบสนองต่อปัญหาที่ซับซ้อน ที่กระทบถึง mind set ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และประชาชน และสนับสนุนการดูแลตนเอง กระบวนการให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น (patient family engagement) ตลอดจนการสร้างเครือข่าย

4) การออกแบบ ระบบให้บริการสุขภาพ ไม่ควรกระจุกอยู่แต่ในรพ.ใหญ่ แต่ควรขยายบริการและเชื่อมโยงกับหน่วยบริการใกล้บ้านเพิ่มขึ้น ตลอดจนเสริมการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการเพื่อให้มีบริการที่ต่อเนื่อง (ภายใต้การเตรียมความพร้อมของทั้งสองฝ่าย) ทั้งในเรื่องการให้คำปรึกษา การติดตามการดูแลรักษา และการจ่ายยา

4.3 ข้อเสนอแนะต่อการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

1) ต้องเร่งให้บริการเชิงรุก เข้าหากลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการที่หลากหลายทั้งในกลุ่มประชากรเฉพาะ และกลุ่มประชากรทั่วไป และต้องทำควบคู่ไปกับมาตรการลดปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติด้วย

ได้แก่ การณรงค์ให้บริการคำปรึกษาและการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีเป็นการตรวจสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป (normalization of HIV testing) ซึ่งจะเป็นแนวทางที่ช่วยลดปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะในการเข้าถึงบริการดังกล่าวด้วย

ควรเร่งให้มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และให้ข้อมูลจำเพาะเพิ่มขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี รวมทั้งประสิทธิผลของยาต้านไวรัสเอ็ดส์แก่ประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเฉพาะเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบัน ประชาชนรับรู้ต่อการบริการการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีค่อนข้างน้อย ทั้งกลุ่มประชากรทั่วไปและประชากรกลุ่มเฉพาะซึ่งอาจพิจารณาใช้ social network และการสื่อสารด้านกว้างอื่น ๆ ร่วมกับการมีแกนนำอาสาสมัครซึ่งมีประสิทธิผลดี (แต่ความครอบคลุมไม่เพียงพอ) โดยเนื้อหาควรมีความจำเพาะเรื่องการตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อเอชไอวีและสิทธิในการรับการตรวจเลือดเพิ่มขึ้น

เพิ่มและพัฒนาจุดบริการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี และบริการให้คำปรึกษา ให้สะดวก เข้าถึงง่ายมากขึ้นทั้งกลุ่มประชากรทั่วไป และประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ การเพิ่มหน่วยที่จัดบริการ VCT ที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล หรือ mobile clinic และสามารถเชื่อมต่อกับเครือข่ายหน่วยบริการเอกชน รวมทั้งควรพิจารณาการ



จัดบริการแบบนิรนามที่ไม่ต้องเปิดเผยตัวเพิ่มจากช่องปกติ การลดขั้นตอนในการรับบริการของหน่วยบริการ ภาครัฐ เป็นต้น

เสริมศักยภาพและความร่วมมือกับกลุ่มแกนนำและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ กลุ่มองค์กรเอกชนด้านเอดส์ ในการให้บริการ HCT แบบครบวงจรตั้งแต่การบอกบริการ จนถึงการส่งต่อเพื่อให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีที่ให้บริการนอกโรงพยาบาล

ปรับปรุงและพัฒนา บริการการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อฯ ที่สอดคล้องกับกลุ่ม KAP มากขึ้น เช่น การเพิ่มช่วงเวลาให้บริการตอนเย็น หรือวันหยุด หรือเป็นบริการเคลื่อนที่ในสถานประกอบการ

2) พัฒนาระบบข้อมูลคอมพิวเตอร์ด้าน VCT ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ให้ทันสมัยใช้งานได้ถูกต้องมากขึ้น เช่น การปรับปรุงข้อมูลตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ และเพิ่มตัวแปรที่บอกคุณภาพ เช่น การตัดสินใจตรวจ และการมาฟังผล การติดตามผู้มารับบริการฟังผล กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่ผลเลือดเป็นบวกว่ามีการส่งต่อ หรือดำเนินการต่ออย่างไร

4.4 ข้อเสนอแนะต่อการจัดระบบดูแล รักษาและสนับสนุนผู้ติดเชื้อ

1) ควรเร่งพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีความครอบคลุมและบริการที่รวดเร็วขึ้น ร่วมกับการให้คำปรึกษา และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยมีเป้าหมายเพื่อลดสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 100 cell/mm^3 ให้ได้รับยาต้านไวรัสเร็วขึ้นและไม่ควรมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 350 cell/mm^3 ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาพื้นฐานคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับบริการช้าเกินไป เข้ามารับบริการเมื่อมีอาการป่วย และ CD4 ต่ำมาก ทำให้ในปัจจุบัน อัตราการตายในช่วงปีแรกค่อนข้างสูง

ในส่วนนี้ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการสร้างความเข้าใจต่อการติดเชื้อเอชไอวี ลดปัญหาการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ ตลอดจนพัฒนาระบบติดตามประชาชนที่มารับบริการตรวจเลือดให้ต่อเนื่อง

ควรมีการทบทวนนโยบายการให้ยาต้านไวรัส สำหรับ CD4 ที่มากกว่า 350 cell/mm^3 หรือ any CD4 level เนื่องจากสภาพปัญหาในปัจจุบันคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษามีระดับ CD4 ที่ค่อนข้างต่ำ หรือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แข็งแรง ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิเสธการรับยาและมีอัตรา drug adherence ที่ค่อนข้างต่ำ ดังนั้น นโยบายในการเพิ่มระดับ CD4 ที่จะได้รับยาต้านไวรัส จะไม่สามารถแก้ไขปัญหาความครอบคลุมในการให้คำปรึกษาและการตรวจเลือด รวมทั้งการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะเข้าสู่ระบบบริการเมื่อมีระดับ CD4 ค่อนข้างต่ำหรือเมื่อมีโรคแทรกซ้อนแล้วเป็นส่วนใหญ่

ควรมีการวิจัย ติดตาม ประเมินผลในระยะยาวต่อเนื่อง ว่าการให้ยาต้านไวรัส ตั้งแต่ระดับ CD4 สูง มีผลกระทบ ต่อระบบ ประชาชน และค่าใช้จ่ายอย่างไร

2) ปรับปรุงและพัฒนาระบบการติดตาม ต่อเนื่อง การดูแลให้คำปรึกษาแก่กลุ่มที่กินยา ARV ที่มีปัญหาซับซ้อนให้มีคุณภาพมากขึ้น และการติดตามกลุ่มที่ยังไม่ได้กินยาเพิ่มมากขึ้น

- ให้ความสำคัญกับการติดตามผู้ติดเชื้อฯกรณีขาดนัด ในลักษณะต่างๆเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกลุ่มที่ยังไม่ได้กินยาโดยการเพิ่มช่องทางการใช้เครือข่ายบริการและกลุ่มแกนนำในการติดตามผู้ป่วยเพิ่มทางเลือกให้มีการส่งต่อ



ระหว่างหน่วยบริการในกรณีที่มีการเคลื่อนย้ายบ่อย โดยที่หน่วยบริการรับที่ปลายทางก็ควรเปิดช่องพิเศษทางด่วนที่ทำให้ผู้ติดเชื้อฯ ปรึกษาได้สะดวก ไม่ต้องเปิดเผยตัวมาก

- ควรมีระบบการเช็ค ตรวจสอบข้อมูลระหว่างจุดที่ให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี กับจุดลงทะเบียนผู้ที่มีผลเลือดเป็นบวก ว่ามีการส่งต่อผู้ติดเชื้อฯ มารับบริการได้ต่อเนื่อง ไม่ตกหล่น หรือหลุดการติดต่อไป เพราะจากการศึกษาพบว่า มีผู้ติดเชื้อฯ ขาดการติดต่อในช่วงนี้ไปถึงประมาณร้อยละ 22

- เพิ่มและพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการเสริมช่องทางการให้บริการสำหรับกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มผู้ขายเสฟติดชนิดฉีด กลุ่มแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมารับบริการได้ไม่ต่อเนื่อง ให้มีบุคลากรหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ มาพูดคุยให้คำปรึกษาเพิ่มจากบริการพื้นฐาน

- ควรจัดระบบเพื่อป้องกันปัญหาและให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีแนวโน้มว่าจะขาดนัด หรือ หลุดหายไป (เช่น กลุ่มแรงงาน กลุ่มพนักงานบริการ) ทั้งที่ยังไม่ได้กินยาและที่กินยาต้านไวรัสแล้วโดย

- บุคลากรผู้ให้การดูแลรักษาฯ ควรจัดสรรหรือให้เวลาเพื่อ สื่อสาร เน้นย้ำ ทำความเข้าใจให้เห็นความสำคัญของการมาติดตามการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการให้เวลาสื่อสารเพื่อรับทราบถึงปัญหา สาเหตุ และร่วมแก้ไขเป็นกรณีเฉพาะ สำหรับกลุ่มคนที่มีแนวโน้มว่าจะขาดนัด ปรึกษาไม่ต่อเนื่อง หรือหลุดหายไปจากระบบฯ

- ควรมีกระบวนการให้ข้อมูลอย่างรอบด้านและสม่ำเสมอเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการมาติดตามการดูแลรักษาในแต่ละครั้ง รวมไปถึงการย้ายสิทธิเข้ารับบริการเพื่อตรวจติดตามอาการทางคลินิกและรับยาต้านไวรัสที่สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือสถานพยาบาลที่สะดวกได้

- ควรจัดระบบการติดตามผู้ที่ไม่มาตามนัด โดย (เพิ่มบริการเฉพาะ ในกลุ่มนี้ และเน้นตามกลุ่ม Non-ART ด้วย) ต้องรู้ว่าใครมีความเสี่ยงสูงในการขาดนัด และต้องการ คนดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ รวมทั้งการ ส่งต่อระหว่าง รพ.ได้ น่าจะมีส่วนช่วย

- รูปแบบและช่องทางการติดตามควรมีความหลากหลาย สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการส่งเสริมบทบาทเชิงรุกของกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อฯ และศูนย์องค์กรรวม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำและติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อลดปัญหาการขาดนัด

3) เสริมและพัฒนาในด้าน Couple counseling และการติดตามคู่อุปการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มาตรวจเลือด (ที่ผ่านมายังทำได้น้อย และไม่มีประสิทธิภาพ) โดย

- สร้างความตระหนักต่อการทำเรื่องนี้ และควรจัดอบรมทักษะการให้คำปรึกษาแบบคู่ (Couple counseling) แก่บุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงด้านบริการปรึกษาเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามแนวทางฯ ได้อย่างมั่นใจและมีคุณภาพ

- จัดระบบการติดตามและการตรวจสอบระหว่างหน่วยย่อยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถรับรู้ประเด็นปัญหาการติดตามคู่อุปการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มาตรวจเลือด ได้อย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่การวางแผนการทำงานด้าน Couple counseling ให้มีประสิทธิภาพ

- เพิ่มคุณภาพการพูดคุย เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อฯ ด้วยการใช้อย่างอนามัย



4) เพิ่มความสามารถของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการวินิจฉัยเอ็ดส์และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI) ให้เร็วขึ้น และเริ่มการรักษาเร็วขึ้น การพัฒนาศักยภาพของแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาฯ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในด้านความรู้และทักษะในการตรวจวินิจฉัย ดูแลและรักษาฯ (โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชุกต่ำ)

- ควรจัดให้มีการอบรม/ทบทวนองค์ความรู้และทักษะในการตรวจ วินิจฉัยและรักษาเอชไอวี/เอ็ดส์ รวมทั้งโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาส สำหรับแพทย์จบใหม่ก่อนออกปฏิบัติงานเป็นแพทย์ใช้ทุนปี 1 ซึ่งอาจบูรณาการเข้ากับการจัดปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ หรือ จัดการอบรมเฉพาะของแต่ละพื้นที่เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท สถานการณ์ และความชุกของเอชไอวี/เอ็ดส์รวมทั้งปัญหาโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาสที่พบแตกต่างกันไป

- ส่งเสริมให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านเอชไอวี/เอ็ดส์ ได้เข้ารับการอบรม/เพิ่มพูนความรู้และทักษะทางวิชาการที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง และเนื้อหาในการอบรมควรเน้น Syndromic approach/symptom/problem based ให้มากขึ้น (นอกเหนือจาก Disease oriented) เพื่อให้เกิดความตระหนักในกลุ่มอาการที่นำมาหรือสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อการวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่นๆ

- จัดระบบให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวี/เอ็ดส์ เพื่อให้คำปรึกษาแก่แพทย์จบใหม่ หรือ แพทย์ที่เพิ่งเข้ามารับผิดชอบงานด้านเอชไอวี/เอ็ดส์ หรือ แพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านนี้ยังไม่มากพอ โดยให้มีช่องทาง/วิธีการปรึกษาที่หลากหลาย รวมไปถึงการออกเยี่ยมเยียนเพื่อรับฟังและร่วมแก้ไขประเด็นปัญหาทางวิชาการ ระหว่างแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเอง และ ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป กับ โรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5) พัฒนาระบบข้อมูลการบันทึก เพื่อการติดตามและทบทวนคุณภาพการให้บริการ

กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเร่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการในระดับจังหวัดให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานใกล้เคียงกันสามารถดึงข้อมูลมาใช้เพื่อประเมินคุณภาพของระบบบริการ และการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ได้

6) จัดให้มีระบบสนับสนุนและการให้บริการสำหรับชาวต่างด้าวและแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ชัดเจนต่อเนื่อง

ทำการศึกษาเพิ่มเติมว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นสิทธิว่าง หมายถึง กลุ่มประชากรที่กำลังเปลี่ยนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพหรือสิทธิอื่นๆหรือเป็นใคร เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มสิทธิอื่นๆเพื่อหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่อไปได้อย่างเหมาะสม

4.5 ข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและภาคประชาสังคม

1) ปรับ และพัฒนาบทบาทของศูนย์องค์กรรวม ตลอดจนกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อ ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ติดเชื้อฯ ที่เปลี่ยนแปลงไป

สนับสนุนให้ “ศูนย์องค์กรรวม” ที่ดี มีศักยภาพ และ องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ได้มีบทบาทเพิ่มเติมในการให้บริการ VCT ทั้งในและนอกสถานพยาบาล

ควรมีการระดมความคิดเห็นกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาแนวทางการปรับบทบาท และเพิ่มศักยภาพให้ศูนย์องค์กรรวม หรือกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อฯ มีบทบาทสอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ (คนมาร่วมน้อย กลุ่มแกนนำมา



ช่วยได้น้อย คนติดเชื่อฯ แข็งแรงไปทำงานได้มากขึ้น) เช่น กลุ่มผู้ติดเชื่อฯ น่าจะมีบทบาทในการให้ข้อมูลการตรวจเลือด การป้องกันแก่ประชากรทั่วไป และกลุ่มเฉพาะเพิ่มขึ้น ปรับกิจกรรมของกลุ่มให้เน้นไปที่ลดการขาดนัดของผู้ติดเชื่อฯ และให้มีบทบาทช่วยให้คำแนะนำแก่ผู้ติดเชื่อฯ ในการพูดคุยกับครอบครัว คนใกล้ชิด ในด้านการจัดการกับชีวิตและครอบครัว แทนกิจกรรมรณรงค์ทั่วไป

ให้มีการสนับสนุน ส่งเสริมเสริมวิชาการให้แก่แกนนำ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื่อฯ ดีขึ้น รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อป้องกันการติดเชื่อได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ควรยกเลิกระบบรายงานที่ซ้ำซ้อนกับรายงานของหน่วยบริการ ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ แต่เน้นเรื่องข้อมูลการเยี่ยมบ้าน

ให้มีการทดลองวิธีการสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื่อฯ ได้หลายแบบตามศักยภาพ ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกแห่ง เช่น การช่วยเหลือแก่กลุ่มผู้ติดเชื่อฯ ในชุมชน หรือ จัดระบบการติดตามแบบใหม่ การให้เงินสนับสนุนผ่านหน่วยบริการ แทนที่จะผ่านเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ อย่างเดียว

หน่วยบริการสุขภาพที่พร้อม น่าจะจ้างกลุ่มผู้ติดเชื่อฯ บางส่วนมาเป็นลูกจ้าง หรือพนักงานประจำของโรงพยาบาล เพื่อร่วมให้บริการได้โดยตรง

2) ส่งเสริมให้ NGOs และกลุ่มผู้ติดเชื่อฯ ที่ทำงานกับกลุ่มเฉพาะได้เข้าใจและสามารถอธิบายข้อมูลระบบ VCT และระบบ ART ของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการประสานงานในการส่งต่อประชากรกลุ่มเฉพาะเข้าสู่ระบบ VCT และการตรวจเลือดเพิ่มมากขึ้น โดยที่มีการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูล ด้านทักษะ และการบริหารจัดการ ประสานงานร่วมกันที่ชัดเจน

4.6 ข้อเสนอแนะต่อระบบข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินคุณภาพของระบบ

1) จัดการลดข้อมูลที่ซ้ำซ้อน ข้อมูลที่ใช้ไม่ได้ และการเข้าถึงข้อมูลที่ซ้ำ

เนื่องจากระบบฐานข้อมูล NAP ยังมี ขยะ เป็นจำนวนมากที่ต้องการการจัดการ ข้อมูลที่บันทึกยังมีความซ้ำซ้อนกับฐานข้อมูลอื่นๆ ของสถานพยาบาลที่เก็บข้อมูลของผู้ติดเชื่อฯ เช่น ข้อมูลด้านระบาดวิทยา ข้อมูล HIV-QUAL และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลกัน ทำให้เป็นการเพิ่มภาระงานแก่เจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลจากพื้นที่หรือสถานพยาบาลเดียวกันในแต่ละฐานข้อมูลที่เก็บรวบรวมนั้นยังมีความแตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้หลายฐานข้อมูลมีความซ้ำซ้อนและขาดความน่าเชื่อถือ

ข้อมูลผู้ติดเชื่อฯ สิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล NAP เป็นเพียงส่วนหนึ่งของฐานข้อมูลผู้ติดเชื่อฯ ทั้งหมดของแต่ละสิทธิ โดยผู้ติดเชื่อฯ ในระบบประกันสังคมมีข้อมูลจำนวน 42,848 รายจากผู้ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในระบบประกันสังคมระหว่างปี 2550-2554 ทั้งหมด 70,368 ราย คิดเป็นร้อยละ 61 ของผู้ติดเชื่อฯ ในระบบประกันสังคม ดังนั้น จึงควรพัฒนาแนวทางบูรณาการระบบฐานข้อมูลของผู้ติดเชื่อฯ และการให้บริการในระดับสถานพยาบาล ระดับจังหวัดและระดับประเทศ โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการฐานข้อมูล NAP Plus ซึ่งจะสามารถสะท้อนข้อมูลสถานการณ์ในภาพรวมของผู้ป่วยทุกสิทธิและแรงงานข้ามชาติได้มากกว่าฐานข้อมูล NAP



จัดให้มีระบบการตรวจสอบความถูกต้อง validation and verification ของข้อมูล NAP data และเปิดโอกาสให้มีการเข้าถึงและใช้ข้อมูล NAP ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านเอตสียในทุกระดับ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพของฐานข้อมูล NAP ในปัจจุบัน และ NAP Plus ในอนาคต

2) พัฒนาฐานข้อมูล NAP Plus สำหรับแรงงานต่างด้าว ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ไม่มีเลข 13 หลักเหมือนประชากรไทย

3) สนับสนุนให้มีการใช้ข้อมูลเพื่อมาพัฒนาคุณภาพระบบบริการ เพิ่มจากการบริหารจัดการ ได้แก่ มีการส่งกลับชุดข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการติดตามคุณภาพของบริการ หรือ เสริมความสามารถของบุคลากรในโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในวิเคราะห์และดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล NAP ได้ง่ายขึ้น



เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการติดตามประเมินผลฯ สปสช. สรุปรายงานตามตัวชี้วัดการติดตามผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรค (10 เมษายน 2555). (เอกสารอัดสำเนา)

แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติปีพ.ศ. 2553 ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย

สุพัตรา ศรีวิณิชชากรและคณะ รายงานการประเมินผล “นโยบายประเทศไทยและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ” สถาบันพัฒนาการสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล (2555).

อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ. รายงานการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบโครงการเอดส์ด้านการป้องกันและการดูแลรักษาที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกรอบที่ 1. 2552

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

Adapted in part from Evaluating programmes for HIV /AIDS prevention and care in developing countries. Family Health International, 2006 (http://www.fhi.org/en/HIV_AIDS/pub/Archive/evalchap/index.htm)

A strategy to halt and reverse the HIV epidemic among people who inject drugs in Asia and the Pacific 2010-2015;

Charities Evaluation Services. First steps in monitoring and evaluation. London, Charities Evaluation Services, 2002. (<http://www.ces-vol.org.uk/index.cfm?format=746>)

Frankel N, Gage A. M&E fundamentals: a self-guided minicourse. University of North Carolina at Chapel Hill, Carolina Population Center [CPC], MEASURE Evaluation, 2007. (<http://www.k4health.org/toolkits/fpsuccess/me-fundamentals-self-guided-minicourse>)

Guide for monitoring and evaluating national HIV testing and counselling (HTC) programmes: field-test version, World Health Organization 2011.

Genberg BL, Kawichai S, Chingono A, Sendah M, Chariyalertsak S, Konda KA, Celentano DD. Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries. Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 615 N. Wolfe St. (E-6547), Baltimore, MD 21205, USA.

Magnani R et al. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. AIDS, 2005, 19 (suppl 2):S67-S72.

Rossi P H, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation: a systematic approach. 7th edition. Thousand Oaks, California, Sage Publications Inc., 2004. (<http://www.uk.sagepub.com/books/Book224290>)

Regional Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections 2007-2015, WHO South-East Asia Regional Office, 2007.



- Tangmunkongvorakul A, Charialertsak S, Amico KR, Saokhieo P, Wannalak V, Sangangamsakun T, Goicochea P, Grant R. Facilitators and barriers to medication adherence in an HIV prevention study among men who have sex with men in the iPrEx study in Chiang Mai, Thailand. a Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
- UNAIDS, WHO. Policy statement on HIV testing. Geneva, UNAIDS/WHO, 2004. (http://www.who.int/rpc/research_ethics/hivtestingpolicy_en_pdf.pdf.)
- UNAIDS. A national evaluation agenda for HIV. Geneva, UNAIDS, 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/9_3-National-Eval-Agenda-MEF.pdf
- UNAIDS. An introduction to indicators. Geneva, UNAIDS, 2010. (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/8_2-Intro-to-IndicatorsFMEF.pdf).
- UNAIDS. An introduction to triangulation. Geneva, UNAIDS, 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/10_4-Intro-to-triangulation-MEF.pdf
- UNAIDS: 2011-2015 Strategy – Getting to Zero, UNAIDS, 2010.
- UNAIDS. Core indicators for national AIDS programmes: guidance and specifications for additional recommended indicators. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008 (UNAIDS/08.26E). (http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090305_additionalrecommendedindicators_en.pdf)
- UNAIDS. The “Three Ones” in action: where we are and where we go from here. Geneva, UNAIDS, 2005. (http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc935-3onesinaction_en.pdf)
- UNICEF. Multiple Indicator Cluster Surveys. http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html
- WHO, UNAIDS. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Geneva, WHO, 2007. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf).
- WHO. A handbook for improving HIV testing and counselling services. Geneva, WHO, 2010. (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/index.html>).
- WHO. HIV testing, treatment and prevention: generic tools for operational research. Geneva, WHO, 2009. (<http://www.who.int/hiv/pub/operational/generic/en/>).
- WHO. Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults. Geneva, WHO, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115_eng.pdf)
- WHO. A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities. Geneva, WHO Stop TB Department, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.342, WHO/HIV/2004.09). (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598194_eng.pdf)



- WHO, DHSS, CDC, P EPFAR. Guidelines for assuring the accuracy and reliability of HIV rapid testing: applying a quality system approach. Geneva, WHO, 2005. (<http://infocooperation.org/hss/documents/s15126e/s15126e.pdf>)
- WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva, WHO, 2009. (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>).
- WHO. HIV rapid test training package. (http://www.who.int/diagnostics_laboratory/documents/guidance/hivrtraining_overview/en/index.html).

