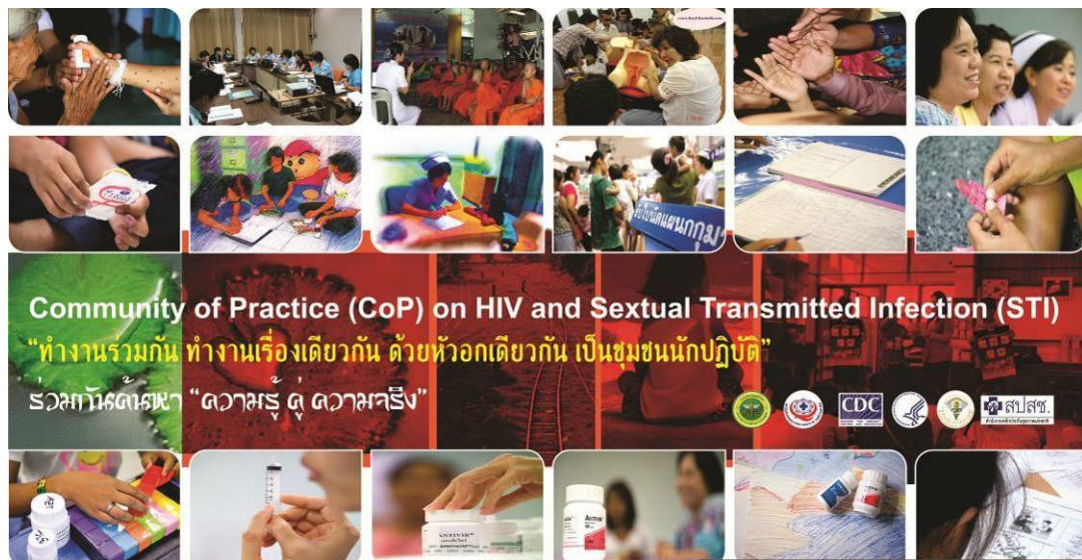


สรุปบทเรียนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเวที
“ชุมชนนักปฏิบัติเอชไอวี และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”
ครั้งที่ 1

The First COP-HIV&STI



สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

Together We Are One

“ชุมชนนักปฏิบัติเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”

(The First COP-HIV&STI)

30-31 มกราคม 2556

สารบัญ

หัวใจของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	5
ปัจจัยที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....	5
เริ่มต้นด้วยเรื่องเล่า	6
ความประทับใจกับงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	6
ภาพรวมการทำงานเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	8
ประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	10
เป้าหมายที่ 1 ลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ ด้วยการเพิ่มการเข้าถึง VCT	10
ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรจึงจะเพิ่มการเข้าถึงบริการ การให้การปรึกษา (VCT)	10
ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรให้คนไข้ STI ได้ VCT.....	13
หัวใจของงาน คือ คนทำงาน	14
Mobile Clinic	16
Same day result คืออะไร	17
ประสบการณ์ตรงของผู้ใช้ “การตรวจแบบ Same day result”	18
ข้อเสนอแนะในการให้บริการ Same day result.....	18
ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรจะเพิ่มการเข้าถึง กลุ่มเข้าถึงยาก Key Populations.....	19
เครือข่ายช่วยได้.....	19
ตัวอย่างการทำงานเครือข่าย รพ. มหาสารคาม.....	19
เป้าหมายที่ 2 ลดอัตราการตาย/ป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	21
ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรให้คนไข้กินยาต้านไวรัสได้ครบถ้วน ตรงเวลา และถูกต้อง	21

ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรไม่ให้คนไข้ขาดนัด	24
ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรจะลดขั้นตอนการเข้ารับบริการ HIV/ STI.....	25
ตัวอย่างการจัดการระบบ One stop service ที่เหมาะกับงานคลินิกเอชไอวีและการให้การปรึกษา.....	26
ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรเวลาติดตามคนไข้ที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน)	28
เป้าหมายที่ 3 ลดการแบ่งแยกตีตรา.....	29
ประเด็นการแลกเปลี่ยน: การลดการตีตราในเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย	29
รูปแบบ CoP ในครั้งต่อไป.....	31

ชุมชนนักปฏิบัติ สำหรับหน่วยงาน“เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”

หัวใจของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- ประกอบด้วยสมาชิกมาด้วยความสมัครใจ มีความสนใจร่วมกัน ใส่ใจความคิดของกันและกัน มีวิธีการคิดและเข้าถึงปัญหาคล้ายๆ กัน
- ดำเนินการสร้างโอกาส การเรียนรู้ กำหนดปฏิสัมพันธ์และสร้างความสัมพันธ์ด้วยการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหา และตอบคำถาม ทำงานเชื่อมโยงกันข้ามทีมและหน่วยงาน (หรือ องค์กร)
- ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับการเรียนรู้ ให้มองหาสาเหตุ พุดคุยกัน เพื่อนำไปสู่การติดตามช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม เพื่อปรับความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน

ปัจจัยที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- เริ่มต้นจากพื้นฐานที่คนทำงานทุกคนมีอยู่แล้ว คือ Tacit knowledge - ความรู้ที่มาจากประสบการณ์ในการทำงานที่สะสมมาอยู่ในตัวของแต่ละคน นำมาประกอบกับการระดม นักวิชาการด้านสุขภาพระดับปฏิบัติงาน มาร่วมให้แนวคิดและตัวอย่างที่ชัดเจนในระดับพื้นที่
- ความสมัครใจที่จะการรวมกันเป็น **ชุมชนนักปฏิบัติ** ที่มีวัฒนธรรมของการเรียนรู้ ร่วมกัน ในบรรยากาศที่เอื้อให้ทำงานอย่างมีความสุข มีแรงบันดาลใจ และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- เราเชื่อว่า ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของชุมชนนักปฏิบัติคือ กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ แต่มีความเป็นเพื่อน พี่น้อง ที่อยากจะเอื้อเพื่อ ข้อมูล ความรู้ เทคนิคในการทำงาน เป็นกำลังใจกัน นำสมาชิกใหม่เข้ามาร่วมมากขึ้น และมุ่งไปสู่ประเด็นที่แหลมคมเพิ่มขึ้น นำไปต่อยอดขยายผลได้



เริ่มต้นด้วยเรื่องเล่า

ความประทับใจกับงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ด้วยเบื้องหลังการทำงานเกี่ยวกับเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น นอกจากจะติดเชื้อ X เกี่ยวกับเรื่องเพศ เรื่องลับที่ผู้คนไม่อยากจะพูดคุยให้กันฟังนัก ตัวเอชไอวีเองก็ยังเป็นโรคที่หนักหนา ทำอารมณ์คน เพราะต้องต่อสู้กับความรู้สึกที่ถูกรังเกียจ เกิดความแปลกแยกแตกต่าง และตีตราของสังคมอีกด้วย แต่เมื่อมีการค้นหาเพื่อรวมกลุ่มของคนทำงานในด้านนี้ เรากลับพบว่า เราได้ผู้คนมาจำนวนมาก หลากหลายบริบท ทั้งจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลายคนมีประสบการณ์ยาวนานหลายปี บางคนทำงานมาเกินยี่สิบปีกับงานนี้และยังคงมุ่งมั่นรักในงานนี้ จึงเป็นที่มาของคำถามนี้ว่า ทำไมคนเหล่านี้จึงยังทำงานนี้อยู่อย่างไม่ยอมหยุดนิ่ง ♦

คุณวิชาญ ปลื้มชัยภูมิ เกสัชกร รพ. ชัยภูมิ



“รู้สึกเหมือนเราดูแลญาติพี่น้อง ส่วนหนึ่งที่เราประทับใจ คือการดูแลชีวิตที่กลับคืนมาปกติ และการต่อสู้กับการคิด การรังเกียจของชุมชน แต่ก่อนจะมีข่าวว่าไม่ให้เข้าโรงเรียน ไม่ให้เข้าชุมชน พ่อแม่ก็แยกไปเอาไว้ท้ายบ้าน เราก็ต้องต่อสู้กับชุมชน ทำความเข้าใจกับชุมชน ทำหลายอย่างมาก ช่วงปี พศ. 2547-49 กลายเป็นข่าวออกทีวีดังมาก เด็กไม่ได้เข้าโรงเรียน หลังจากนั้นก็ดีขึ้นมาก เด็กเราได้เรียน

ตามปกติ ภาพที่เราดูแลทั้งพ่อแม่ลูก และเด็กกรอด มีเด็กของเราที่ได้เข้าเรียนมหาวิทยาลัย หรือว่ามีลูกคลอดมาเลี้ยงจนโต เราก็ได้ดูแลถึงลูกถึงหลาน เขาออกมาเหมือนผูกพัน”

“ทำอย่างไรจะไม่ให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก มันต้องเชื่อมโยงไปหมดไม่ใช่ในด้านการรักษาเท่านั้น ตั้งแต่ยุคเวชกรรมก็รู้สึกว่าควรทำ และการเฝ้าระวัง ก็ทำมาตลอด แต่คนไข้ก็เยอะมากขึ้นเรื่อยจนเป็นพันคนแล้ว คนไข้ที่มาหาเรา ก็ยังมีที่รับสภาพตนเองไม่ได้ ปฏิเสธ พ่อแม่ลงมานอนโรงพยาบาล..ญาติก็มาหาเรา ตามให้ขึ้นไปที่วอร์ดในไปคุยกับคนไข้ เราก็ไปคุย.. คุยไปคุยมาจนเขายังยอมรักษาและมีชีวิตอยู่เพื่อดูแลพ่อแม่..แล้วเขาก็ได้ดูแลแม่ตอนเจ็บป่วย เราได้เห็นภาพอย่างนี้ วิชาความรู้ที่เราเรียนมา ถูกถ่ายทอดมาก็เพื่อให้ต่อไปยังคนไข้.. เป็นความภูมิใจ”

“ก็เหมือนเป็น Manager ของรพ. รับรู้ทุกระบบ ไม่ว่าจะการดูแลระยะสุดท้าย เรื่องตาย ด้วยประสบการณ์ที่เราผูกพันจริง รุ่นเก่าๆ มี hepatitis C ที่เราดูแลมาจนเป็นมะเร็งตับ พ่อใกล้จะแก่ เราไม่ได้มาเยี่ยมซะที ก็ให้ญาติมาตาม แขนงนำในคลินิก และเพื่อนก็มาเยี่ยมกัน มันรู้สึกดี ดูแลให้น้ำกันไป เอาของกินไปเยี่ยม ให้นึกถึง

เรื่องเก่าๆที่เคยทำงานด้วยกัน ทำให้เขาหัวเราะกลับมาได้..แกก็มีความสุข แต่ว่าการดูแลระยะสุดท้ายก็มีการเตรียมความพร้อม เราก็คุยกับเขาให้ใจสงบ..แกก็มีความสุข ได้เจอเพื่อนที่แกเคยเจอ แกก็ไม่มีลูกไม่มีเมีย .. เราไม่ได้ถูกสอนมาเรื่องนี้แต่ เพราะว่าเราโดนถูกปลูกฝังให้ดูแลคนด้วยความเป็นคน ถามว่ามันเกินหน้าที่ไหม ก็ถ้ายึดกรอบก็คงไม่ทำ ไม่มีใครว่าถ้าเราไม่ทำ แต่ที่เราทำ เราเพราะเราภาคภูมิใจที่เขารอด หรือว่าไปอย่างสงบ หรือว่าถ้าไม่รอดก็ไปอย่างสมศักดิ์ศรี มีความสุขที่เราช่วยเขาขนาดนั้น”

คุณประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย พยาบาลวิชาชีพ นภาคคลินิก รพ.อุดร (แป้ม)



“ ตอนแรกเราอยู่ สสจ. ตั้งแต่ปี 2539 ไม่เคยทำเรื่องอื่นเลย ทำแต่เรื่อง HIV กับ กามโรคอย่างเดียว พอมาปี 2545 เขาย้ายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) คลินิก ต้องหายไป ก็จะย้ายไปกลุ่มงานอื่น แต่ว่าเราคนทำงาน เราใจหายว่าถ้ามันหายไป แล้วเราจะทำงานกับกลุ่มเยาวชนและพนักงานบริการต่อไปอย่างไร เราก็คุยกับ ผู้บริหารให้เห็นว่าคลินิกต้องอยู่ แต่ว่าจะทำอย่างไร เขาก็ว่าต้องไปคุยกับรพ.ศูนย์ ก็ไปคุยเองเลย.. set ระบบ ถ่ายโอนไป เราจะไปทำต่อในเรื่อง STI ขอแค่สถานที่ มี

ห้องตรวจ มีห้องจ่ายยา ซึ่งรพ.ก็ยอมให้เรา”

“ช่วงแรกเราก็เคยท้อ ไม่มีคนเห็นความสำคัญ เคยโดนสบประมาท “งานกามโรคเป็นตังหนึ่งของงานที่นี่ด้วยซ้ำ” แต่ด้วยการทำงานของทีมเราที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ กระทั่งวันนี้ก็มีคนเห็นความสำคัญของเรา หมอ คัลยัฎโร หมอสุติ เขาก็ consult เราเลย เขาเชื่อใจเรา แล้วก็ให้เกียรติเรา คุณเป็นหน่วยพิเศษเชี่ยวชาญพิเศษ เราภูมิใจ เราก็เติบโตขึ้นเรื่อยๆ มีคน 11 คน งานที่เราทำอย่างนี้ เราต้องตรวจ ต้องคุยกัน ไม่ใช่เรื่อง counseling กันแล้วจบ แต่ว่าเป็นมีใจอันเดียวกัน เหมือนบ้านเราเลย เป็นอาณาจักรของเรา ใครมาเยี่ยมก็บอกว่า มันน่าอยู่..เชื้อใหม่ คนทำงานที่นี่ได้ไปประชุม ไม่อยากไป คิดถึงคนไข้..ลูกน้องบอกว่ารู้สึกว่าจะเข้าขึ้นมาอยากขึ้นมาทำงาน .. มันอยู่ในสายเลือดแล้ว”

คุณเพ็ญศรี ทองดีเลิศ จากงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รพ. พหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี

“เรามารับงานนี้เพราะผู้บริหารมอบหมายงานให้ ทำให้คนไข้ไม่ได้รับการรักษาตรงตามมาตรฐานในช่วงแรก หลังจากนั้นก็พยายามศึกษา ในฐานะคนทำงานเราจำเป็นต้องตระหนักว่า “เราจะทำอย่างไรให้คนไข้ได้รับการรักษาตรงตามมาตรฐาน””

ภาพรวมการทำงานเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอชไอวียังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกือบหมื่นคนต่อปี และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีก หากไม่มีการป้องกันที่เข้มแข็ง แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติจึงกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับ getting to Zero ของ UNAIDS หรือ “สามศูนย์” คือ ลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดอัตราการตาย และลดการแบ่งแยกและตีตรา

แม้จะเป็นนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลาง แต่ในระดับปฏิบัติ จะทำอย่างไรให้คนทำงานที่อยู่คนละฝ่าย คนละแผนกได้มีมุมมอง ความเข้าใจเห็นภาพของกันและกัน ไม่ยึดติดอยู่กับการทำงานเฉพาะส่วนของตนเท่านั้น แต่หันมาให้ความสำคัญกับการทำงานแบบประสานเชื่อมโยง เพื่อให้เกิดงานที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง ตัวอย่างเช่น ศูนย์ที่ 1 การลดการติดเชื้อรายใหม่ ทุกคนควรมีความเข้าใจที่ตรงกันว่า “การรู้ HIV status คือ การป้องกัน HIV” และ “HIV Counseling and testing คือการเพิ่มภูมิคุ้มกันชีวิต” เพราะหากไม่รู้สถานะ HIV ของตัวเอง ก็จะไม่ยอมไปตรวจเลือด และขณะเดียวกันก็รอจนป่วยค่อยตรวจเลือด ทำให้มีอัตราการตายสูง ดังนั้นคนที่ทำงานในส่วนป้องกัน ก็ต้องมุ่งเป้าที่จะเพิ่มการเข้าถึงบริการให้การปรึกษา และตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีด้วย ไม่ใช่เพียงแต่รณรงค์การป้องกันเอชไอวีด้วยการแจกถุงยางอนามัยเท่านั้น

ในทางปฏิบัติ เรายังเห็นภาพนั้นได้ยาก จากข้อมูลสำรวจ 17 จังหวัดของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ค่ามัธยฐานผู้ป่วย STI ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเพียงร้อยละ 27.8 ส่วนในด้านการรักษาเอชไอวี แม้จะมีการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้ออย่างครอบคลุมเต็มที่ แต่ข้อมูลจากสปสช. ปี 2554 จากทะเบียน NAP ก็ยังคงพบอัตราขาดการติดตามการรักษาที่ 12 เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส ร้อยละ 8.4 อัตราการตายที่ 12 เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส ร้อยละ 8.8 และอัตราการตายในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส ร้อยละ 12 และค่ามัธยฐานของระดับภูมิคุ้มกันก่อนเริ่มยาต้านไวรัสอยู่ที่ 98 ตัว/มล. ซึ่งบ่งชี้ถึงปัญหาการเข้าถึงบริการล่าช้า และผลลัพธ์ของคุณภาพการดูแลรักษาที่ยังเป็นปัญหาอยู่

งานเหล่านี้จะไม่สามารถสำเร็จได้เลยหากขาดผู้ปฏิบัติงานตัวจริงที่มีประสบการณ์การทำงานที่ยาวนาน จนมีองค์ความรู้ในตัวเอง มาถ่ายทอดให้คนอื่นต่อไปได้อย่างเข้าใจ จึงเป็นที่มาของเวทีและเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งนี้ ใน 3 หัวข้อหลัก ดังนี้

0-1 : ลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ ด้วยการเพิ่มการเข้าถึง VCT

แลกเปลี่ยนเรียนรู้:

1. ทำอย่างไรจึงจะเพิ่มการเข้าถึงบริการ การให้การศึกษา (VCT)
2. ทำให้ผู้ป่วย STI เข้าถึง VCT - “STI คือกลุ่มสำคัญที่ต้องทำให้ได้ 100 % ทั้งคนป่วยและคู่ของเขา”
3. ทำอย่างไรจึงจะเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มเข้าถึงยาก Key Populations
ค้นหากลุ่มเข้าถึงยากอย่างได้ผล –เข้าถึงยาก แต่ถ้าได้แล้วคุ้ม

0-2 ลดอัตราการตาย/ป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แลกเปลี่ยนเรียนรู้:

1. ทำอย่างไรให้คนใช้กินยาต้านไวรัสได้ครบถ้วน ตรงเวลา และถูกต้อง เพื่อให้ไม่ดื้อยา
2. ทำอย่างไรจะวางแผนการดูแล ไม่ให้คนไข้ขาดนัด
3. ทำอย่างไรจะลดขั้นตอนการเข้ารับบริการ HIV/ STI เพื่อให้ผู้ติดเชื้อที่ปฏิเสธตัวเอง หรือผู้ที่มีความเสี่ยงยอมเข้าสู่การรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ
4. ทำอย่างไรเวลาติดตามคนไข้ที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน)

0-3 ลดการแบ่งแยกตีตรา

แลกเปลี่ยนเรียนรู้:

การแบ่งแยกตีตรา เกิดจากอะไร ทำให้เกิดผลอย่างไร -- “เข้าใจ เข้าถึง ร่วมมือรักษา อยู่ร่วมอย่างมีความสุข”



ประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การรู้ HIV status คือการป้องกันการแพร่กระจายของเอชไอวีที่ได้ผลมากที่สุด
HIV Counseling and testing คือการเพิ่มภูมิคุ้มกันชีวิต

เป้าหมายที่ 1 ลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ ด้วยการเพิ่มการเข้าถึง VCT

ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรจึงจะเพิ่มการเข้าถึงบริการ การให้บริการปรึกษา (VCT)

กรอบแนวคิด
<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงควรได้รับการเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยทราบถึงช่องทางการเข้ารับบริการ ให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี (VCT) - ลดขั้นตอน ลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการ VCT
แนวทางการดำเนินงานที่ใช้ เทคนิคต่างๆ ตัวอย่างการทำงาน/รูปแบบที่มีในปัจจุบัน
<p>1. แบ่งกลุ่มผู้รับบริการเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในโรงพยาบาล: กลุ่ม OPD IPD - นอกโรงพยาบาล: สถานศึกษา สถานบริการ เครือข่ายชุมชน <p>2. มีแนวทางเป็น Guideline ให้กับแพทย์ พยาบาลคนทำงาน</p> <p>กลุ่ม IPD</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นคนไข้กลุ่มที่ต้องการการตรวจรักษาที่รวดเร็ว หากมีข้อบ่งชี้ของการตรวจ HIV เช่นเป็นโรคที่เกี่ยวข้อง หรือตรวจก่อนทำหัตถการ สามารถโทรมาปรึกษาเพื่อ counseling ได้ทันที - ในคนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จะทำการ counseling คู่เพศสัมพันธ์ไปด้วยเลย <p>กลุ่ม OPD</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ HIV/AIDS/STI แก่ผู้รับบริการที่ OPD ด้วยรูปแบบวิดีโอ ระหว่างที่รอ ถ้าสนใจ มีช่องทางแนะนำให้ไปรับการให้การศึกษา Counseling ที่ใด - มีการให้คำแนะนำที่ห้องแล็บเกี่ยวกับการตรวจเอชไอวี เวลาคนไข้ไปรอเจาะเลือด - ที่หน้าห้องตรวจต่างๆ จะมีกิจกรรมให้ความรู้เป็นกลุ่ม เราอาจเพิ่มเติมหัวข้อนี้ในการทำกลุ่มด้วย - ควรมีการสร้างองค์ความรู้ หรือให้แนวทาง Guideline แก่พยาบาลคลินิกหรือห้องตรวจอื่นๆ อาจจะทำ

รูปแบบ mobile ไปให้ความรู้เรื่องนี้ ใน OPD นั้นๆ ถ้าสนใจส่งต่อให้ Counseling

- ANC แนะนำให้สามีไปเจาะเลือดตรวจคู่กันเสมอ พูดให้เห็นประโยชน์ของการให้การศึกษาและตรวจเลือดหาเอชไอวีแบบคู่ (Couple Counseling)
- TB Clinic นโยบายกำหนดให้เจาะทุกราย
- STI Clinic + Contact case + ผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ควรมีแนวปฏิบัติเป็น มาตรฐานว่าให้เจาะเลือดตรวจทุกราย และอาจจะต้องแนะนำทุก 3-6 เดือนถ้ายังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง
- กลุ่มที่มีอาการจากคลินิกต่างๆ เช่น skin อาการป่วยเรื้อรัง หรือก่อนทำการหัตถการต่างๆ เช่นการผ่าตัดหรือฟอกเลือด กลุ่มสมัครงาน ประกันชีวิต – ทุกข้อควรผ่านกระบวนการ VCT ต้องมีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกรายให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ให้ถูกต้องและตรงกัน

กลุ่มนอกรพ .

- ต้องสร้างเครือข่ายหลายๆ กลุ่ม เช่น NGO เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ ร้านขายยา รพ.สต. เรือนจำ
- นักเรียน นักศึกษา สถานบริการ สถานประกอบการ ประสัมพันธ์โดย NGO และ เจ้าหน้าที่ ถ้าสนใจตรวจเลือด อาจเลือกทำเชิงรุกใช้วิธีการ mobile clinic ออกไปตรวจเลือดให้
- เครือข่ายกับ รพ.สต. จัดระบบการส่งต่อ อบรม Basic Counseling ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้เข้าใจการเชิญชวนเพื่อตรวจเลือด VCT
- จัดทำคู่มือหรือ Green card ให้เครือข่ายแจกให้กับคนที่สนใจมาตรวจเลือดเอชไอวี เช่น เครือข่ายร้านขายยา มีเภสัชกรให้ข้อมูล HIV/AIDS/STI ถ้าสนใจก็ให้คู่มือ เมื่อไปรพ.ก็จะได้รับการให้การศึกษา VCT เป็นเส้นทางด่วนยังคลินิกเฉพาะ โดยไม่ต้องรอผ่านระบบปกติ
- เครือข่ายเรือนจำ ใช้เจ้าหน้าที่ของเรือนจำ ผู้ต้องขัง สร้างเป็นแกนนำและให้ความรู้ HIV/AIDS/STI ถ้าสนใจสามารถทำ VCT ได้ในเรือนจำเลย (ตัวอย่าง รพ. ขอนแก่นจะ VCT ผู้ต้องขังทุกรายแรกเข้า + ทุก 3 เดือน) หรือมีระบบส่งต่อมายังรพ. เป็นช่องทางด่วน โดยการอบรมแกนนำ ช่วยประชาสัมพันธ์ว่าจะมีเจ้าหน้าที่มา VCT ให้อย่างไร
- สื่อประชาสัมพันธ์ทุกชนิด เช่น ป้าย แผ่นพับ ที่คั่นหนังสือ วิทยูชุมชน หรือขอไป จัดกิจกรรมในศูนย์การค้า (จัดทุกวันอาทิตย์)

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต

ก่อนบริจาค หัวหน้าที่มีของ Blood bank จะพูดคุยเรื่องการตรวจ ที่ต้องตรวจเป็น package และจะชี้แจงว่าจะต้องตรวจอะไรบ้าง ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม ส่วนใครที่มีผล Positive ก็จะมีติดต่อให้มาพบที่ห้องให้การศึกษา (รพ.วชิระภูเก็ต จะมีเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด ที่ผ่านการอบรมเป็น counselor แล้วสามารถแจ้งผลเลือดตัวเอง แล้วจะส่งต่อมารักษาที่คลินิก)

องค์ความรู้ที่ควรมี
<ul style="list-style-type: none"> - Guideline หรือแนวทางในการทำงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งของหน่วยงานในโรงพยาบาล และของเครือข่ายต่างๆ ที่เราจะไปเชื่อมต่อ
ข้อเสนอแนะ
<p>พญ.ปิยวรรณ: กระบวนการเข้าถึงคนไข้ แยกออกเป็นประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เข้าถึงการรับบริการ/การประเมิน ● การวางแผนการดูแลและการดูแลคนไข้ต่อเนื่อง ● การให้ข้อมูลเสริมพลัง ● Quality of care <p>คำถาม:</p> <ul style="list-style-type: none"> - เราควรทำความเข้าใจให้กับคนที่เกี่ยวข้อง ที่จะมีโอกาสเจอคนไข้หรือกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ให้เขาช่วยในการส่งต่อมา VCT น่าจะมีหลายคนๆมาร่วมมือกันมากขึ้นกว่านี้ เราควรจะชักชวนใครเข้ามาร่วมมือกันในการเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการ VCT และรูปแบบควรจะทำอย่างไร - แนวทางสร้างความรู้ความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ทั้งใน/นอกโรงพยาบาลเพื่อช่วยเหลือกัน ทำอย่างไร



ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรให้คนใช้ STI ได้ VCT

<p>กรอบแนวคิด</p>
<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ Female sex worker, MSM, กลุ่ม migrants ผู้ใช้ยาชนิดฉีดเข้าเส้น ควรได้รับการตรวจคัดกรองทั้ง STI และ Anti HIV ทุกราย - กลุ่มเสี่ยงที่เข้าถึงยาก คือความท้าทายของคนทำงาน ให้สามารถสร้างสรรค์ คัดลอกกรอบ เพื่อจัดรูปแบบบริการใหม่ๆ ได้ - กรณีที่พบว่าผลเลือดเป็นบวก ยังต้องใส่ใจเป็นพิเศษในการทำให้เข้าถึงระบบการรักษา (Access to ARV treatment) เพราะอาจจะหายไปกลางทาง
<p>แนวทางการดำเนินงานที่ใช้ เทคนิคต่างๆ ตัวอย่างการทำงาน/รูปแบบที่มีในปัจจุบัน</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ในโรงพยาบาลควรมีคลินิก STI หรือช่องทางพิเศษสำหรับการเข้าถึง VCT แก่ผู้ป่วย STI และ Key Population เพราะมีความเปราะบางสูง ไม่อยากเข้ามาในโรงพยาบาล การให้ความรู้ดีกว่าได้รับการพิเศษจะทำให้มีงาน VCT มีประสิทธิภาพดีขึ้น เช่น คำน OPD ไว้ก่อนในรายชื่อโทรมาว่าจะมาตรวจเลือด นัดหมายล่วงหน้าตามความต้องการคนใช้/ระบุหมอเฉพาะ พยาบาลเฉพาะคนได้ หรือเสนอ option ทุกครั้งที่มาตรวจเลือด / ตรวจสุขภาพ แฉมตรวจสุขภาพ (PAP) หรือ Promote เจาะเลือดครั้งเดียวตรวจได้ 3 อย่าง - ถึงแม้โรงพยาบาลจะไม่มีคลินิก STI โดยเฉพาะ อาจทำให้เกิดงานที่ดีได้โดยการสร้างเครือข่ายในโรงพยาบาล จัดตั้ง Committee มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก กำหนด Focal point ที่ชัดเจน แล้ววางแนวทาง (Flow) ในการส่ง VCT เพื่อชี้แจงในเวทีการประชุมของทุกฝ่ายให้เข้าใจตรงกัน - รูปแบบบริการใหม่ๆ สำหรับกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่มที่เข้าถึงยากมากๆ เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female Sex worker) มีตัวอย่างที่อุดรและขอนแก่น ใช้แกนนำของ NGO ทำกลุ่มเชิญชวน หรือ ฉายหนัง RAMP นำเข้าสู่ระบบ VCT/STI Clinic หรือ อาจจะทำ VCT ที่ drop in Center เลย โดยให้ NGO ทำกลุ่มเตรียมความพร้อมก่อน แล้วเจ้าหน้าที่ รพ. ไปเจาะเลือดในวันที่นัดหมายไว้ - การใช้ Mobile VCT เพื่อเข้าถึงคนบางกลุ่ม เช่น พนักงานบริการ วัยรุ่น
<p>องค์ความรู้ที่ควรมี</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ความเข้าใจในบริบทของกลุ่มประชากรหลัก (Key Affected) ที่มีความพิเศษเฉพาะ หลากหลายกว่าประชากรทั่วไป เช่น MSM FSW ผู้ต้องขัง เพื่อให้การปรึกษาได้อย่างเข้าถึงใจ - องค์ความรู้ ทักษะ เทคนิคในการชักชวนเพื่อตรวจเลือดและการแจ้งผลการตรวจเลือด
<p>ประเด็นท้าทาย ขวนให้คิดต่อ</p>
<p>พญ.ปิยวรรณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - “การทำงานมีสองแนว คือแนวราบ และแนวตั้ง ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นกลุ่มในแนวราบ แนวราบเหนื่อยแล้ว และแนวราบจะทำอย่างไรให้แนวตั้งเห็น ถ้าเราไม่มีข้อมูลจากการทำในแนวราบ เราก็ไม่สามารถไปเป็น

- ตัวกลางเพื่อการนำเสนอให้กับแนวคิดได้ การประชุมในวันนี้เราชวนมาแชร์ อาจจะไม่ได้เปลี่ยนระบบได้”
- จุดมุ่งหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออะไร การที่จะดูแลจุดมุ่งหมาย ผลลัพธ์ที่เรามุ่งเป้าไปถึง แผนการรักษาคืออะไร แค่นั้น เรากำหนด priority มีการสื่อสารเรื่องนี้มาน้อยแค่นั้นให้แต่ละคนบอกเรื่องราวของตนเองที่ทำงาน ในลักษณะ เป็น process การทำงานของตนเองจริง ให้เห็นภาพว่าทำอะไร เป็นลักษณะ ทำได้อย่างไร (How to)
 - ปัจจัยที่ทำให้ผู้มารับบริการยอมรับเลือกเพิ่ม

หัวใจของงาน คือ คนทำงาน

มีทักษะ ใส่ใจ จริงใจ

คุณสันติ สุภาวิชัย คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รพศ. เชียงรายประชาชนุเคราะห์



“เราก็ต้องมีเทคนิค เวลาเค้ามารับบริการ STI ก็เพิ่มเติมความรู้ ใช้สื่อดึงดูดใจ ทำให้เค้าตระหนักถึงสิทธิ รู้ผลกระทบที่เกิดต่อครอบครัว ให้เห็นว่าพวกเป็นอย่างไร ลบเป็นอย่างไร ประกอบการตัดสินใจเขา”

“จะทำ VCT ต้องอดทน คุยนาน แต่ละรายไม่เหมือนกัน บางรายอาจจะคุยแป๊บเดียว เขาตัดสินใจตั้งแต่ออกจากบ้านแล้วว่าจะเจาะ แต่บางรายก็ไม่ใช้สารพัดกลยุทธ์ที่ต้องงัดออกมาใช้”

“ต้องแคร้ความรู้สึกเขา ถามเขาว่าเขากลัวอะไร แล้วค่อยๆให้ความกระจ่าง เพื่อให้ความกังวลลดลง นัดมาตรวจซ้ำๆ สร้างความสนิทสนม ความไว้วางใจ พยายามใช้ลูกตื้อ แสดงให้เค้าเห็นถึงความจริงใจของเรา เค้าอาจจะไม่พร้อมตลอด เราก็ต้องทำใจ ไม่ได้ครั้งนี้ ก็พยายามใหม่ครั้งหน้าที่นัดมาเจอกันอีก”

คุณเกษมุกดา จันท์ศิริ พยาบาลวิชาชีพ คลินิกบ้านร่มเย็น รพ. มหาสารคาม



“ ความจริงใจ ความปรารถนาดี เป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กยอมรับ ไม่เห็นด้วยแต่ยอมรับพฤติกรรม ยอมรับแบบไม่มีเงื่อนไข คุยเรื่องเพศอย่าจ้องหน้า อย่าคิดว่าเป็นเรื่องตลก (มีเทคนิคจำเพาะ) บทบาทหน้าที่ของเราคือทำให้คนไข้อยู่รอดในสังคมได้ ต้องใจเย็นฟังเรื่องของเขา ต้องเออออ ไม่แย้ง ประทับใจที่สามารถพูดจนคนไข้อยอมเล่าให้ฟัง ยอมแสดงตัวตน การใช้ Line, facebook ก็เข้าถึงมากขึ้น เมื่อไปให้ความรู้

ตามโรงเรียน และแม่กระท้งวัด (เด็กอบรมธรรมะ) วัยรุ่นจะให้ความสนใจมาก การไปให้ข้อมูลให้เด็กได้เห็นภาพที่ชัด ทำให้เด็กตระหนัก และตามมาเจาะตรวจที่โรงพยาบาลในภายหลังได้”

ยึดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้

- “พยายามให้เบ็ดเสร็จทุกเรื่อง เพราะหากคนไข้พอออกจากคลินิก STI มาเดินรับยาข้างนอก ก็อาจจะทำให้คนไข้ถูกมองได้ว่าเอ๊ะ ทำไมมาคลินิกนี้ หรืออย่างเรื่องการนัดหมายล่วงหน้า ให้ความสะดวกแก่เค้า ให้เค้าสามารถระบุแพทย์ พยาบาลว่าอยากเจอกับคนไหน”
- “ในกรณีที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง เจ้าหน้าที่ที่จะพาไปแผนกอื่น จะได้ไม่หายกลางทาง ประสานกับทาง Lab หาช่องทางพิเศษ เพื่อให้คนไข้ VCT หรือเจาะเลือด”
- ใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือ เปิดโอกาสให้เค้าติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา ให้เบอร์ส่วนตัว facebook สร้างความไว้วางใจ ทุกครั้งที่เจอคนไข้ จะต้องอัปเดตเบอร์ตลอด เป็นอย่างไรบ้าง ถ้าว่างมาเจาะเลือดนะ ให้ยาไปสามวัน ก็จะคอยไปโทรถามอาการว่าเป็นอย่างไรบ้าง ดีขึ้นรีเปล่า มีปัญหาอะไรไหม แล้วก็หยอดคุยเรื่องเจาะเลือดทุกครั้ง เช่น “เป็นไง..ว่างก็มาเจาะเลือดนะ” หรือ “พร้อมเมื่อไร นัดเวลาได้นะ”

ประสานสัมพันธ์

- “ไม่เพียงแต่กับผู้รับบริการ เรายังต้องสร้างสัมพันธ์มิตรกับทุกแผนกภายในโรงพยาบาลของเราด้วย เพื่อสร้างเครือข่ายสะดวกในการทำงาน ถือเป็นการสร้างเครือข่ายภายใน”

คุณเนตรทราย โทวินัส พยาบาลวิชาชีพ รพสต. คลองพร้าว อ.เกาะช้าง



ยึดหลัก “ความรู้ ถึงลูกถึงคน หาแนวร่วม เป็นส่วนหนึ่งของเค้า”

“จากโรงพยาบาลที่มีแค่เตียงเดียว ไว้ทำแผล แต่พื้นที่เราเป็นพื้นที่ท่องเที่ยว มีกลุ่มพนักงานบริการมาก หลังจากที่เรารเริ่มทำงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากประสบการณ์มาสี่ห้าปี เรากลายเป็นคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับการยอมรับจากพนักงานบริการ ปีแรกมีคนใช้น้อยมาก 23 คน ปัจจุบันพนักงานสองร้อยกว่าคนมาตรวจร้อยเจ็ดสิบกว่าคน ก็ได้ขยายกลุ่มไปยังกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่ม Migrant แล้ว”

“คนไข้เค้าไม่มีความรู้อะไรเลย ไม่ทราบเกี่ยวกับโรคเลย จึงได้ลงไปให้ความรู้ได้ผลตอบรับที่ดี เริ่มแรกทำแบบสอบถามก่อน ทำให้รู้ว่าไม่มีความรู้เลย รู้แค่ว่ารักษาก็หาย จบแค่นั้น จึงได้ใช้กระบวนการ ให้ความรู้ให้คำแนะนำ ทำกิจกรรม เราก็เจาะลงไปในพื้นที่เจ้าของ จะได้สอนตัวพนักงานเค้าได้ ถ้าเป็นอาการแบบนี้จะต้องทำอย่างไร และทำงานร่วมกับ Drop in ไม่ทิ้งห่าง”

Mobile Clinic

การทำ Mobile clinic ไปตามสถานบริการ บาร์ โรงงาน สถานที่ต่างๆ เช่น ตลาดนัดวัว ควาย มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงได้ยาก และสามารถที่จะพูดคุยให้การปรึกษา และเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเอชไอวีในที่ตรงนั้นได้เลย

ทีม Mobile clinic จะต้องมีความพร้อมในตัวบุคลากรและทีมงาน ทั้งรูปแบบการออกไปทำงานนอกโรงพยาบาล เวลาในการทำงานที่อาจจะแตกต่างจากในโรงพยาบาลมาก

ให้บริการให้การคัดกรอง VCT ที่ตลาดนัด และส่งเสริมสุขภาพผ่านหมอลำ



เครือข่ายตลาดนัดโค-กระบือ

จุดท้าทายสำหรับ Mobile clinic คือการแจ้งผลเลือด Anti HIV หากไม่สามารถมีการตรวจที่แจ้งผลในวันเดียวกัน (Same day result) จะลำบากเรื่องการนัดมาฟังผล ซึ่งอาจใช้วิธีให้เบอร์โทรศัพท์ไว้ หรือกำหนดวันกลับมาฟังผลให้ชัดเจน ในกรณีของสถานบริการ ซึ่งต้องติดต่อผ่านนายจ้างเท่านั้น และหากนายจ้างรู้ผลเลือดอาจมีผลกระทบต่อชีวิตของคนไข้ การแจ้งผลอาจจะใช้วิธีนัดมาเจาะใหม่ทั้งโดยบอกว่าเลือดไม่พอแจ้งผลไม่ได้ นัดมาทั้งบวกและลบ เพื่อไม่ให้สงสัย

ดังนั้น การแจ้งผลภายในวันที่เจาะเลือดนั้นเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการทำให้ผู้ที่มารับบริการทราบสถานะเลือดของตนเอง แม้จะเป็นการตรวจในโรงพยาบาลก็ตาม



Same day result คืออะไร

เป็นการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถให้ผลการตรวจได้และบอกผลการตรวจให้แก่ผู้มารับบริการได้ภายในวันเดียว ตัวอย่างเช่น คนไข้มาตรวจตอนเช้า อาจจะแจ้งผลตอนบ่ายได้ ในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถตรวจได้ทุกวัน ให้ ขอความช่วยเหลือกับ ทางห้องปฏิบัติการ หรือว่าสร้างเป็นระบบของการทำงาน ขึ้นมา ถ้าทำไม่ได้ทุกราย ควรพิจารณาในกลุ่มที่เป็นเป้าหมายคือ กลุ่มที่ให้การปรึกษาแบบเป็นคู่ และ กลุ่มที่มีแนวโน้มไม่กลับมาฟังผลการตรวจสูง ได้แก่

- กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- กลุ่มหญิงบริการ
- กลุ่มใช้ยาฉีดเข้าเส้น (Intravenous drug use)
- แรงงานย้ายถิ่น

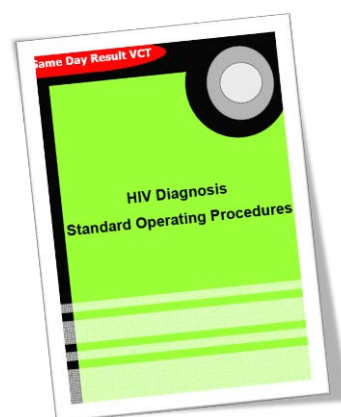


Total around time ในส่วนของผลการตรวจไม่ควรเกิน 1½ ชั่วโมงเนื่องจากผู้รับบริการสามารถรอฟังผลได้ และให้ผลแม่นยำ

จะใช้วิธีใดในการตรวจก็ได้ แต่ ผลการตรวจต้องเป็นผลการตรวจที่ยืนยันแล้วตามแนวทางที่กระทรวงได้แนะนำ ดำเนินการตรวจหรือควบคุมโดยมีบุคคลากรทางห้องปฏิบัติการและดูแลด้านคุณภาพของผลการตรวจ ใช้กลยุทธ์เดียวกันกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล

หลักการ

- ใช้ชุดตรวจ 3 ชุดตรวจในการยืนยันผลบวก
- ชุดตรวจที่ใช้ต้องผ่านการประเมินและรับรองขององค์การอาหารและยาประเทศไทย
 - มีการทำการควบคุมคุณภาพภายใน โดยทำ Positive และ Negative control
 - เข้าร่วมเป็นสมาชิกการควบคุมคุณภาพภายนอกที่หน่วยงานส่วนกลางจัดให้



ประสบการณ์ตรงของผู้ใช้ “การตรวจแบบ Same day result”

“ถ้าให้เจาะเลือดแล้วกลับมาฟังผลเลือดทีหลัง กลุ่มที่เสี่ยงจริงๆไม่ค่อยมา ขนาดที่เราเคยทำเป็นงานวิจัย ลงไปเจาะเลือดและทำ Pretest ที่พื้นที่ โดยให้มา Posttest ที่โรงพยาบาล การกลับไปฟังผลเลือดมีค่าตอบแทนด้วย ก็ยังมีน้อย มีบางคนฟังแล้วก็ไม่ยอมรับไม่เข้าสู่การรักษาที่มี”

คุณปิยะพร ทาคำถา (พี่เล็ก) รพ.สันป่าตอง จ. เชียงใหม่



Same day result เชื่อถือได้แค่ไหน

“เรามีประสบการณ์จากทำโครงการร่วมกับ FHI360 ตรวจแบบ same day result ในกลุ่ม MSM ตอนแรกทางห้องแลปก็ไม่มั่นใจในวิธีการ same day result เลยลอง confirm ELISA ทุกราย ทำไปประมาณ 170 tests ผลก็ออกมาเหมือนกันหมด คราวนี้เจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจ ถ้าแลปเทสต์แรก negative ก็ถือว่า negative แจ้งผลได้เลย แต่ว่าก็ให้ระวัง window period ไปตามพฤติกรรมเสี่ยง”

ข้อเสนอแนะในการให้บริการ Same day result

(ปรับจากการแลกเปลี่ยนของคุณประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย รพศ. อุตรธานี)

ประเด็นควรใส่ใจ	รายละเอียด
ผู้ให้คำปรึกษา	มีความรู้ เข้าใจ มั่นใจ มีทักษะ ผู้ให้บริการเองต้องมั่นใจกับวิธีนี้ รู้เกี่ยวกับขั้นตอน และความน่าเชื่อถือของการตรวจแบบทราบผลในวันเดียว สามารถอธิบายให้ชัดเจน เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ทำให้รู้สึกอยากตรวจ
สถานที่	สถานที่มืดซิด ไม่มีสิ่งรบกวน กรณีเป็นที่โล่ง ไม่มีห้องส่วนตัว อาจใช้วิธีจัดมูมนั่ง ต้องระวังมากๆ กรณีมีเจ้าหน้าที่หรือคนอื่นๆอยู่บริเวณใกล้เคียง
การจัดคิว	ทั้งคิวรอตรวจและคิวในการฟังผล ควรแจ้งผลตามคิวการเจาะเลือด
การแจ้งผล	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาในการบอกผล ไม่ว่าจะผลเลือดเป็นบวกหรือลบควรใช้เวลาเท่ากัน - กรณีมีพยาบาลหลายคน ให้คนที่ให้การปรึกษาก่อน (pre-test counseling) เป็นคนเดียวกันกับให้การปรึกษาหลังตรวจ (post-test counseling) - กรณีผลเลือดบวก การแจ้งผลควรจะชัดเจน กระชับและระวังอารมณ์ความรู้สึก - ถ้ามีพยาบาลให้การปรึกษาก่อนตรวจหลายคน แต่ให้การปรึกษาหลังตรวจคนเดียว ให้แจ้งผู้มารับบริการตั้งแต่ตอนให้การปรึกษาก่อนตรวจ
การติดตาม	นัดหมาย ให้เบอร์โทร นามบัตร ที่อยู่ติดต่อได้ทุกครั้ง หากสงสัยให้โทรมาคุย

ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรจะเพิ่มการเข้าถึง กลุ่มเข้าถึงยาก Key Populations

เครือข่ายช่วยได้

การเข้าสู่ VCT ในกลุ่มเข้าถึงยาก ปัจจุบันทำได้น้อย ยังมีคนอีกมากมายที่ยังไม่เข้าถึง ปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบชัดเจนว่า ทำอย่างไรจะเข้าถึงได้มากที่สุดประสบความสำเร็จ โครงการกองทุนโลก GF ได้พยายามใช้รูปแบบแกนนำอาสาสมัครในการเชิญชวนเพื่อนมาตรวจเพื่อเพิ่มการเข้าถึง แต่ว่าการจะสร้างแกนนำนั้นใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องใช้เวลา และงบประมาณก็ไม่ได้มีสนับสนุนตลอด ทำให้เกิดคำถามว่า กลวิธีเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มเข้าถึงยาก Key Populations โดยใช้รูปแบบอื่น เช่น รูปแบบเครือข่ายแทนจะทำได้หรือไม่อย่างไร

ตัวอย่างการทำงานเครือข่าย รพ. มหาสารคาม

<p>บริบท: มหาสารคามเป็นเมืองการศึกษา มีนักเรียน นักศึกษาจากหลายถิ่นฐาน มาอาศัยอยู่เพื่อเรียนหนังสือ นักศึกษาส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่หอพักที่มีความอิสระและเสรีในการดำเนินชีวิต</p> <p>ปัญหา: จากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในจังหวัดมหาสารคามพบว่าได้มีการแพร่ระบาดในกลุ่มของเยาวชนมากขึ้น มีโอกาสได้รับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน และมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น</p> <p>ข้อมูลที่พบ: ข้อมูล ปี 2553, 2554 และ 2555</p> <ul style="list-style-type: none"> อัตราการติดเชื้อ จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.35 , 0.50 และ 0.57 ตามลำดับ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 160 คน, 186 คน และ 205 คน ตามลำดับ จำนวนผู้เข้ารับบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 143 คน, 315 คน และ 423 คน ตามลำดับ 	
<p>ประเด็นสำคัญที่ใส่ใจ</p>	<p>การเชื่อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วม</p>
<ul style="list-style-type: none"> ต้องการให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการให้ประชาชนเข้าถึงบริการการปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดหาเชื้อเอช ไอ วีมากขึ้น ได้มีการสร้างเครือข่ายร้านขายยา ร้านเสริมสวย ร้านนวด สถานประกอบการ สถานบันเทิง แกนนำเยาวชน วินมอเตอร์ไซด์ วัดที่จัดฝึกปฏิบัติธรรม สถานศึกษา เครือข่ายครูสอนเพศศึกษารอบด้าน ร้านซักผ้าหยอดเหรียญ ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย เข้าถึงบริการการปรึกษามากขึ้น หน่วยให้บริการการปรึกษาเพื่อการตรวจ 	<ol style="list-style-type: none"> เจ้าภาพ/ ผู้รับผิดชอบงาน ต้องมีตัวตนที่ชัดเจน <ul style="list-style-type: none"> - ต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญในการประสานงานโดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล สถานการณ์/ ปัญหา ว่าเป็นอย่างไร แก่ผู้บริหาร และทีมงาน โดยนำเอาข้อมูลที่มีไปนำเสนอในเวทีผู้บริหาร ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ว่าต้องทำอะไร ทำให้ผู้บริหารตระหนักในความจำเป็น/เห็นความ สำคัญของงาน ให้บริการ HIV/AIDS/STIs การให้เกียรติ / เคารพิต ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ควา มสำคัญ เช่น การเชิญประชุม ผลงานรางวัล (ถ้าได้รับ การชื่นชม ขวัญกำลังใจ คน/หน่วยงานที่

<p>เลือดหาเชื้อเอช ไอ วี ในเขตอำเภอเมือง มีเฉพาะในโรงพยาบาลมหาสารคาม เท่านั้น</p> <p>• การปรับเปลี่ยนทัศนคติคนทำงานและความรู้ เป็นเรื่องจำเป็นเพื่อให้มีช่องทางการเข้าถึงบริการรวดเร็ว มีช่องทางด่วน ลดขั้นตอนการซับซ้อน กระชับ ง่าย เข้าถึงบริการ*</p>	<p>เกี่ยวข้อง ต้องมีส่วนร่วม)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. ความต่อเนื่อง (กััดไม่ปล่อย) คอยเบาๆ กระทั่งเรื่อยๆ 5. มีการวางแผนงาน/กิจกรรม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6. ยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ หากวิธีไหนไม่โอเค ก็ปรับเปลี่ยนไปได้เรื่อยๆ ลองทำดู 7. ประเมินผล <ul style="list-style-type: none"> - ทีมงาน > ระยะเวลา ขาด F/U Death - ผู้รับบริการ > ประเมินความพึงพอใจทุก visit 8. สร้างเครือข่ายทั้งใน โรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล
<p>เทคนิควิธีสร้างเครือข่ายร้านยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธ์ภาพชักชวนร้านยาที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว นำข้อมูลสถานการณ์เสนอให้ฟัง รับรู้ สร้างแรงใจให้อยากมีส่วนร่วม ค่อยๆขยายต่อไปโดยใช้ร้านยาที่เข้าร่วมแล้วช่วยพูดต่อ - ให้ความสำคัญ ร่วมวางแผนการทำงาน ร่วมเป็นวิทยากรกลุ่มเป้าหมาย ฯลฯ - อบรมให้ความรู้ เรื่องมาตรฐานการรักษา STI เทคนิคการสื่อสาร พูดคุยเรื่องเพศ ช่องทางการส่งต่อเพื่อเจาะเลือด รักษา ไปอบรมในร้านขายยาเลย เนื่องจากไม่สะดวกมาอบรมที่รพ. ในช่วงแรก - ให้การสนับสนุน ป้ายติดหน้าร้าน คู่มือ แนวทาง ภาพพลิก สื่อ นามบัตร โบว์ชัวร์ - สนับสนุนถุงยางอนามัยให้ร้านขายยาไว้แจกจ่ายผู้ที่ควรได้รับ - จัดช่องทางด่วนให้ผู้รับบริการจากร้านขายยา เข้าถึงบริการไม่ต้องผ่านระบบ OPD ปกติ มีแบบฟอร์มการส่งต่อที่มีแผนที่วิธีไปยังคลินิก - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ร้านยาได้เข้ามีส่วนร่วม ในระดับเขต จังหวัด หรือประเทศ ทุกปี 	



เป้าหมายที่ 2 ลดอัตราการตาย/ป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรให้คนใช้กินยาต้านไวรัสได้ครบถ้วน ตรงเวลา และถูกต้อง

ประเด็นสำคัญ ความเสี่ยงที่พบบ่อย


- กลุ่มเริ่มยาใหม่ ไม่เข้าใจในการกินยา มีโอกาสแพ้ยาได้ง่าย
- การประเมินผู้ป่วยก่อนกินยา ทำอย่างไรจะทราบว่ารายไหนมีแนวโน้มจะกินยาไม่สม่ำเสมอ ควรมีวิธีการแก้ไข เสริมพลังอย่างไร
- กลุ่มที่กินยามานาน เริ่มเบื่อหน่าย ท้อ ไม่อยากกินยาและชำนาญพอที่จะไม่บอกความจริงทั้งหมดแก่เจ้าหน้าที่หรือแกนนำ

ตัวอย่าง เทคนิค แนวทางปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่

- ประเมินความพร้อมของคนไข้



- แรงงานต่างด้าว มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร จะมีการทดสอบความรู้ก่อนและหลัง ต่างด้าวต้องมีล่ามมา ล่ามเป็นเพื่อนในกลุ่ม ต้องพยายามนัดให้ตรงกับล่ามด้วย
- ติดตามหลังการให้ยา ARV ช่วงเดือนแรกต้องมีการนัดถี่ แล้วประเมินจากการเจาะ CD4 ARV เยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัคร ให้คนไข้เลือกวันที่มารับบริการ
- ขั้นตอนการเริ่มยาใหม่
 - ทบทวนความรู้ทำเป็นกลุ่ม 7-8 คน เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเริ่มยา
 - เตรียมผู้ป่วยว่ามีปัญหาอะไร ผู้ป่วยมาคนเดียว/ ผู้ป่วยมาด้วยกัน
 - สสำรวจบริบทของผู้ป่วยและวางแผนเรื่องการกินยาพร้อมกัน
 - ให้ผู้ป่วยทบทวนเรื่องที่คุณมานั่งกันทั้งหมด (เพื่อประเมินความเข้าใจให้ตรงกัน)

<ul style="list-style-type: none"> ○ ห้ามใช้คำว่า เข้า เย็น ให้ใช้คำว่าทุก 12 ชม ตามวิถีชีวิตของผู้ป่วย - ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าทำไมต้องกินยาตรงเวลา ชี้ให้เห็นเป้าหมายชีวิต (ชักชวนให้กินยา) - <u>รูปแบบต่างๆ ในการกำกับกับการกินยา</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ ให้ผู้ป่วยดูยาจริงที่กินว่ามีลักษณะอย่างไร จำชื่อยา ○ ใช้ Log Book ในการติดตามการกินยา สมุดบันทึกสุขภาพเหมือน HT DM ไม่มีชื่อยา ○ ทีมงานสหสาขาทางด้านร่วมงานกับ โรงพยาบาล ในคลินิกยาต้านไวรัส ดูแลรักษาตามแนวทางการรักษา แพทย์เป็นคนที่ช่วยเหลือเรื่องการสั่งยา เภสัชกร ช่วยฝึกทักษะในเรื่องของการกินยา ○ ให้จับ buddy คู่กันเพื่อคอยช่วยให้กินยาด้านไวรัส ○ แจ้งผลการตรวจ CD4 VL ให้กำลังใจ ชื่นชม เสริมกำลังใจให้โดยพูดถึงเป้าหมายการดูแลสุขภาพ ถ้าไม่ถึงเป้าหมายมาหาสาเหตุ และวางแผนการกินยาร่วมกันใหม่ ○ เครื่องมือที่สอนน่าสนใจ (เช่น รพ.หาดใหญ่ใช้กราฟชีวิตของ CD4 สูงเป็นอย่างไร ต่ำเป็นอย่างไร) ○ หากมีการปรับสูตรยาแต่ละครั้งต้องพบเภสัชกร และกลับมาที่พยาบาล เพื่อทวนทำตามเข้าใจตรงกัน ○ ใช้ Log book ในการติดตามการกินยา → บันทึกเตือนใจ มีรายละเอียดว่าอาการแคไหนที่ต้องรีบมาพบแพทย์ รายละเอียดติดต่อหากมีปัญหา ○ มีสมุดบันทึก รายละเอียดเรื่องการดูแลสุขภาพ CD4 Viral load Nap Number ใช้ สมุดนี้ไปปรึกษากับ HIV coordinator ได้นอกพื้นที่ ○ มีบริการ delivery ส่งยากหากคนไข้ขาดนัด ○ ประเมิน visual analog scale ในการกินยา 	
<p>องค์ความรู้ที่ควรมี</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - มาตรฐานการติดตามการตรวจผลเลือด เช่น ตรวจปริมาณไวรัส (viral load) ปีละครั้ง ตรวจ CD4 ปีละ 2 ครั้ง คนไข้ควรมีผลตามมาตรฐาน เช่น VL < 50 copies/ml - ความเข้าใจเกี่ยวกับ Drug interaction กับยาหรืออาหาร, การปรับสูตรยาให้เข้ากับบริบท 	
<p>ประเด็นชวนให้คิดต่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้แต่ละคนบอกเรื่องราวของตนเองที่ทำงาน ในลักษณะ เป็น process การทำงานของตนเองจริง ให้เห็นภาพว่าทำอย่างไร เป็นลักษณะ ทำได้อย่างไร (How to) - How to ในการคุยกับผู้บริหาร หรือ ผอ. ในเชิงลึกที่จะอำนวยความสะดวกเราในการทำงาน 	

“ให้จับ buddy คู่กันเพื่อคอยช่วยให้กินยาต้านไวรัส
ที่สำคัญคือมิตรภาพและความเอื้ออาทร ให้เค้าเป็นส่วน
หนึ่งของครอบครัว”

“เวลาจะต้องทบทวนการกินยา โดยใช้วิธีนั่งคุยกัน
ไม่ใช่อำนาจหรือว่าศักดิ์เหนือกว่า ว่าเป็นเจ้าหน้าที่
เราไม่ได้เป็นคนกินเองเราไม่รู้หรือว่า ความ
จำเป็น ความจำกัดของแต่ละคนเป็นอย่างไร ต้อง
คุยกัน”



“การสร้างเสริมพลังอำนาจ เป็นสิ่งที่สำคัญ ต้องให้คนป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ คนไข้ควรจะมีข้อมูล
ของเค้าว่าเค้าทานอะไร เพื่อเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้นคนไข้สามารถบอกชื่อยาเพื่อไปรับยาที่รพ.อื่นได้”



คุณสิริลักษณ์ จันเทร์มะ พยาบาลวิชาชีพ รพ.หาดใหญ่

“ปัญหาพวกนี้ต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล ต้องหาวิธีเข้าไปพูดคุยกับเค้าหากเกิด
ปัญหานี้ขึ้น หาวิธีชมเชยหากผลการตรวจดีขึ้นและหาก ผลการตรวจไม่ดีขึ้น เรา
ต้องหาวิธีพูดคุยเพื่อแก้ปัญหาต่อไป”



ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรไม่ให้คนไข้ขาดนัด

ประเด็นสำคัญ ความเสี่ยงที่พบบ่อย	
<ul style="list-style-type: none"> ○ ขาดนัด – ขาดยา – ดื้อยา ○ ปัจจุบันมีคนไข้ขาดนัดไปจากระบบทะเบียน NAP เกือบ 10% บ่งชี้ว่าปัญหาขาดนัดเป็นเรื่องสำคัญมาก 	
ตัวอย่าง เทคนิค แนวทางปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่	ความรู้
<ul style="list-style-type: none"> ● คำนึงประวัติคนไข้ไว้ล่วงหน้าก่อนวันนัด ● แจ้งโทรบอกคนไข้ล่วงหน้าเพื่อย้ำเตือนให้คนไข้มาตามนัด ● ใช้ social network หรือ ส่งไปรษณียบัตรในคนไข้ที่ขาดนัด ● ในกลุ่มที่ขาดนัดจริงๆ จะใช้อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน ● ผู้ป่วยจะได้รับสมุดประจำตัว ในนั้นมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ลงเวลานัดหมายชัดเจน ● ถ้าคนไข้ขาดนัดแล้วมารพ.วันที่ไม่มีแพทย์ แพทย์ได้มอบหมายให้พยาบาลรพ.สามารถจ่ายได้ แต่แค่ให้หนึ่งถึงสองอาทิตย์ เท่านั้น แล้วหลังจากนั้นก็ให้มาหาตามนัดเพื่อให้แพทย์ตรวจอาการ ● ข้อมูลคนไข้ที่ชัดเจน ทั้งที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ ควรมีการลงบันทึกระบบนัดทั้ง IT และ Manual “คนไข้ให้เบอร์โทรศัพท์กับที่อยู่ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย” ● “นัดตามเทศกาล ให้ตรงกับที่คนไข้กลับมาเยี่ยมบ้าน เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับคนไข้” 	<ul style="list-style-type: none"> - การขาดยาจะทำให้ปริมาณไวรัสสูงขึ้นสูง ไม่สามารถตรวจพบการดื้อยาได้ในช่วงนั้นเนื่องจากปริมาณไวรัส ชนิด wild type จะพบสูงมาก จนกลายไวรัสที่ดื้อยาทำให้ตรวจไม่พบ - หลังการขาดยาแล้ว กลับมากินยาต้านไวรัสอีก ต้องตรวจดูด้วยว่ามีการดื้อยาหรือไม่
ประเด็นฝากให้คิดต่อ	
<ul style="list-style-type: none"> - สร้างความตระหนักอย่างไรเพื่อให้คนไข้มาตามนัด ใช้เทคนิควิธีการใด - อธิบายอย่างไรให้คนไข้เข้าใจถึงความสำคัญ ให้มาตามนัดทุกครั้ง - ถ้าคนไข้ไม่สามารถมารับยาเองได้จริง จะมีรูปแบบอื่นๆหรือไม่อย่างไร - กรณีผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลาแล้ว เราจะมียาหรือชุดอะไรให้กลับมากินยาได้ตรงเวลาอีก 	

ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรจะลดขั้นตอนการเข้ารับบริการ HIV/ STI

ประเด็นสำคัญ ความเสี่ยงที่พบบ่อย	
ขั้นตอนที่ยืดยาว รอคอยนาน ทำให้ผู้มาใช้บริการไม่ยอมมา ขาดนัด โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ หรือที่ยังไม่ได้เริ่มรับยา	
ตัวอย่าง เทคนิค แนวทางปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่	
<ul style="list-style-type: none"> ● ลดขั้นตอนการให้บริการที่ OPD ไม่ต้องยื่นบัตร จัดทำรายชื่อผู้ป่วยที่จะต้องมาตามนัดไว้ล่วงหน้าก่อนวันตรวจจริง หาประวัติไว้ล่วงหน้า ● ระบบนัดหมายและข้อมูลต้องครบถ้วน สมบูรณ์ ชัดเจนว่าผู้ป่วยรายใดต้องทำอะไรบ้าง ตรวจเลือดอะไรบ้าง เพื่อจัดการให้ครบถ้วนในครั้งเดียว ● ระบุรายละเอียดให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยจะต้องทำอะไรบ้างในวันนัด ● บอกคนไข้ว่า หากมาตรงนัด ช่วยลดขั้นตอนการให้บริการได้ ● ปฏิบัติการเจาะเลือด ตรวจรักษา พูดคุยให้การปรึกษา adherence และรับยาทุกชนิดที่คลินิก ● ประสานกับห้อง lab เพื่อลดขั้นตอน ● ลดความแออัด โดยรู้ว่าผู้ป่วยรายใดควรนัดบ่อย หรือห่างได้แค่ไหนไม่ต้องนัดบ่อยเช่น 3 เดือนครั้งหรือจัดวันให้บริการ วัน เวลา ให้เพียงพอสำหรับคนไข้ เช่น 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ● ควรมีการประเมินความพึงพอใจเป็นประจำเพื่อทราบถึงสถานการณ์ ความรู้สึกคนไข้และญาติ และนำมาปรับปรุงบริการ 	
ความรู้	
ปัจจุบันมีรูปแบบวิธีการหลายอย่างในการลดขั้นตอนการให้บริการ ลดระยะเวลารอคอย ซึ่งแต่ละวิธีการก็มีข้อดี ข้อด้อยแตกต่างกัน ดังนี้	
One stop service	ข้อเสีย – การตีตรา (มีช่องว่างทางพิเศษ) ข้อดี – รวดเร็ว ผู้รับบริการประทับใจ
LEAN	ข้อดี – ลดภาระงาน ระยะเวลา/ค่าใช้จ่าย จุดเน้น – มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
ระบบปกติ	ข้อดี – มีการประสานงานการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงาน
ข้อเสนอแนะ	
พญ.ปิยวรรณ: เสนอว่าอยากให้มี one stop service นั้นดีหรือไม่ คืออย่างไร ในครั้งหน้า	

ตัวอย่างการจัดการระบบ One stop service ที่เหมาะกับงานคลินิกเอชไอวีและการให้บริการปรึกษา

Lean ของคลินิกเอชไอวีเด็ก โดย รพ.สรรพสิทธิประสงค์



ปัญหาระบบบริการเดิม: ผู้ป่วยรายใหม่ยื่นบัตรที่ห้องบัตร ตรวจสอบสิทธิ แล้วไปที่คลินิกเด็กทั่วไป แล้วส่งต่อคลินิกเด็กติดเชื้อเพื่อเจาะ lab ต่าง ๆ และนัดอีก 2 สัปดาห์ มาเตรียมความพร้อมและตรวจเพิ่มเติมก่อนกินยา พบโภชนาการ ตรวจพัฒนาการ เดินไปตรวจ lab ที่ห้อง lab พบแพทย์ ปรึกษา พบพยาบาลเพื่อทำกลุ่ม ซึ่งพบว่าใช้เวลานานมาก มีเวลาที่สูญเปลืองมาก

ทีมจึงได้มีการปรับระบบบริการ Flow และ ขั้นตอนการทำงานใหม่

- ผู้ป่วยรายใหม่ยื่นบัตรที่ห้องบัตร ตรวจสอบสิทธิส่งมาที่แผนกเด็กทั่วไป เพื่อส่งตรวจ lab พื้นฐาน และ investigate อื่น ๆ เพิ่มเติม
- ส่งมาที่แผนกเด็กติดเชื้อเพื่อเตรียมความพร้อม โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถทำได้ เข้าใจเหมือนกันว่าต้องติดตามผล lab และผล investigate อื่น ๆ ถ้าผู้ป่วยพร้อมสามารถเริ่มยาต้านไวรัสได้ ถ้าไม่พร้อม ให้นัดการอีก 2 สัปดาห์
- นัดการ follow up ตาม protocol (เช่น 2 wk, 4 wk) ให้ความรู้โภชนาการ ตรวจพัฒนาการ ตรวจสายตา ส่ง lab เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมต่างๆ ณ จุดบริการหน้าคลินิก

Key Success ปรับระบบบริการ

- การประชุมระหว่างหน่วยงาน โดยมีหัวหน้างานเข้าร่วม
- ประชุมพูดคุยระดับหัวหน้างาน โดยผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วม ประสานงาน
- จัดประชุมกับทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องเช่น lab โภชนาการ พัฒนาการ จิตวิทยา
- ประสานงานทันทีเมื่อพบปัญหา คุยกับหัวหน้า
- ประสานกับผู้ปฏิบัติงานก่อน และประสานงานเมื่อถึงวัน
- ตกลงและจัดทำ flow ที่ชัดเจน กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
- จัดกลุ่มเด็กตามอายุ จัดทำตารางนัดหมายไว้ทั้งปี
- ทำ package การเจาะเลือดไว้ และทุกคนเข้าใจตรงกัน ประสานกับ lab ไม่ต้องเขียนใบส่งเจาะเลือด ส่ง online และเจ้าหน้าที่ lab รายงานผลทางคอมพิวเตอร์ภายในเวลาที่ได้ตกลงกันไว้
- ส่ง lab online มี standard order
- มีแบบการเตรียมความพร้อม ทุกคนทำได้
- มีคู่มือการทำงาน นิเทศหน้าคลินิก, Trigger
- บันทึกการนิเทศ ถ้ามีปัญหา พูดคุย pre-post
- มีแบบ competency ให้คะแนน

เพิ่มเติมความเห็นจากสมาชิกในกลุ่ม

- วิธีการประสานงานกับหลายฝ่ายให้ทำงานร่วมกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่
- ต้องมีเจ้าภาพที่ชัดเจนว่าใครรับผิดชอบนี้ เจ้าภาพต้องมีคุณสมบัติที่สำคัญ คือสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนอื่น
- การให้ข้อมูล สถานการณ์คืนกลับสู่ผู้บริหารและผู้มีส่วนร่วม ชวนภาคีเครือข่ายมาด้วยทุกครั้ง นำเอาข้อมูลสถานการณ์ต่างๆไปนำเสนอในเวทีต่างๆ ว่าต้องทำอะไร ต้องการอะไรเพิ่มเติมทำให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ
- การให้เกียรติ ให้ความสำคัญแก่ผู้ร่วมงานและภาคีเครือข่ายทุกระดับ เชิญประชุม ร่วมกันวางแผนตั้งแต่แรก ก่อนลงมือทำงาน หากสสจ. มีกิจกรรมอะไร ต้องเชิญให้เค้าเข้าร่วมได้ ให้ความสำคัญตรงนี้ ตรงไหนมีโควตาให้ไปเที่ยว ไปประชุม ต้องชวนไป ได้รางวัลอะไร ก็ให้ชื่อให้เครดิตเค้าด้วย
- อย่าขาดการติดต่อ เข้าไปคุยสม่ำเสมอ ร่วมกันวางแผน
- หากวิธีไหนไม่โอเค ก็ปรับเปลี่ยนไปได้เรื่อยๆ
- เรื่องการประเมินผล ต้องประเมินทั้งที่ประเมินผู้รับบริการ และประเมินผู้ให้บริการ เป็นระยะ ผู้รับบริการประเมินต้องมีการประเมินทุก visit ให้เขาเสนอแนะว่าต้องการให้ปรับเปลี่ยนแบบไหน (วางคอมพิวเตอร์ให้ประเมินอยู่หน้าห้องตรวจ)
- สร้างเครือข่ายทั้งภายใน ภายนอก ทุกจุด เช่น IPD จิตเวช เวชกรรม ส่งเสริมสุขภาพ Lab ฯลฯ



ประเด็นการแลกเปลี่ยน: ทำอย่างไรเวลาติดตามคนไข้ที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน)

หมายเหตุ: หัวข้อนี้ประเด็นยังไม่แตกฉานเนื่องจากผู้อยู่ในหัวข้อนี้ ยังไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติที่ออกเยี่ยมบ้านในระดับเข้มข้น จึงไม่สามารถบอกเล่าถึงเทคนิคที่ใช้จริงได้ในระดับ Tacit Knowledge

การวางแผนการติดตามคนไข้ที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน)	
ความสำคัญ	ประเด็นสำคัญที่ใส่ใจ
การเยี่ยมบ้าน ทำให้ทราบถึงความเป็นอยู่ ข้อจำกัด และสภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย นำกลับมาปรับให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาได้ดีขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - ยึดหลักสำคัญว่า คนไข้ต้องสมัครใจให้เยี่ยมบ้าน - ผู้ป่วยสภาพติดเตียงควรมีการเยี่ยมบ้านทุกราย
แนวทางปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่องค์ความรู้/การดำเนินงานที่ควรมี	
<ul style="list-style-type: none"> ● เริ่มที่ตัวเจ้าหน้าที่ คลินิกเอง เจ้าหน้าที่ต้องมีเวลาให้เค้าก่อน ต้องลงไปเยี่ยมก่อน ● ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเรื่องการลงเยี่ยมบ้านก่อนไปเยี่ยมจริงทุกครั้ง เช่น แจ้งตั้งแต่วอร์ดผู้ป่วยใน ● สร้างแกนนำ อาสาสมัครให้เยี่ยมบ้าน เพราะสื่อสารใกล้ชิดกว่า แต่ต้องกำหนดบทบาทว่าให้ทำหน้าที่อย่างไร ให้ความรู้แก่อาสาสมัคร ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้อยู่แล้ว ● จำเป็นต้องเยี่ยมบ้านในคนไข้ใหม่ทุกราย และเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ● ควรคำนึงถึงเศรษฐกิจ สังคม และรายได้ นื่องอาสาสมัครทำเรื่องส่งต่อให้กับหน่วยงานในท้องถิ่นเพื่อหาทางช่วยเหลือต่อไป 	
ข้อชวนคิดชวนคุยต่อไป	
<ul style="list-style-type: none"> ● คำถามคือว่า จริงหรือไม่ว่าต้องสมัครใจให้เยี่ยมเท่านั้นแล้วจึงจะไปเยี่ยมได้ แล้วเราจะมีเทคนิคอย่างไรให้เราไปเยี่ยมได้ แม้ว่าเจ้าตัวจะไม่สมัครใจ หากมันจำเป็นต้องเยี่ยมบ้านกันจริงๆ 	



คุณอร่าม สุวรรณโน พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์แพทย์ชาตะมดุง รพศ.ขอนแก่น

“รพ.ศูนย์เคยแจ้งมาให้เราไปเยี่ยมบ้านคนไข้ไอชไอวีที่นอนติดเตียง เพิ่งกลับจากรพ. เพราะว่ารพ.ไปเยี่ยมเองไม่ไหว เราก็ไปเยี่ยม แต่คนไข้ขอร้องว่าให้เป็นคนเดิมไปเยี่ยมทุกครั้ง ซึ่งมันเป็นไปได้ไม่ได้ เราก็พยายามแล้ว ส่งพยาบาลคนเดิมไปสองครั้ง แต่พอครั้งที่สามก็เปลี่ยนคนไปเพราะไม่ว่าง ก็มีปัญหาว່ว่าคนไข้ไม่พอใจ แต่เราก็ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร ใครมีเทคนิคอะไรมาบอกเล่ากันฟังบ้างก็ดี เราจะได้ไปปรับปรุงงานของเราบ้าง”

เป้าหมายที่ 3 ลดการแบ่งแยกตีตรา

ประเด็นการแลกเปลี่ยน: การลดการตีตราในเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำอะไรจะลดการตีตราในเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย		
ระดับการตีตราในกลุ่มเป้าหมาย / พฤติกรรมเสี่ยง		
<ul style="list-style-type: none"> • มาก : Sex worker, IDU, ผู้ต้องขัง • ปานกลาง : MSM/ TG/ Migrants • น้อย : เยาวชน ประชาชนทั่วไป แม่บ้าน 		
Targets	พฤติกรรม	กระบวนการลดการตีตรา (วิธีการ/ชุดความรู้)
Sex worker	<ul style="list-style-type: none"> - Young sex worker (ทักษะการต่อรองการใช้ถุงยางมีน้อย) - Multi partner (ลูกค้าใช้ถุง แต่คู่ประจำไม่ใช้ถุงยาง) 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้วิธีที่สอนน้อง สร้างแกนนำในแหล่ง ชุมชนตามบริบท - จัดสภาพแวดล้อมของบริการให้เหมาะสม เช่น one stop service - ทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ให้บริการ/เจ้าของร้าน - ควรมีชุดความรู้ให้เจ้าหน้าที่ ในประเด็นเรื่องเพศ ความเฉพาะของกลุ่มนี้ MSM/TG/gender/sexuality <ul style="list-style-type: none"> - ทักษะคดี - การปรึกษา/ screening - PICT for STI/HIV - เก็บความลับ - การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
IDU	<ul style="list-style-type: none"> - การพกพาเข็มฉีดยา(Syringe) เป็นไปได้ยาก - เมายา unsafe sex 	<ul style="list-style-type: none"> - อาสาสมัคร คนทำงาน ทั้งภาครัฐและ NGOs ต้องมีความรู้ความเข้าใจในบริบท เคารพสิทธิ - ครอบครัว / ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการเยียวยา (กาย/จิต)
ผู้ต้องขัง	ใช้ Condom ไม่ได้ ใช้เพราะถูกห้ามใช้ มีโอกาสมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงในที่ต้องขัง	<ul style="list-style-type: none"> - ทำงานร่วมกับราชทัณฑ์ เช่น ตรวจสุขภาพประจำปี - เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - รักษาตามมาตรฐาน เสมอภาค เท่าเทียมกัน
Youth	<ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะนิสัยใจเร็ว ต่วนได้ ใจร้อน - ขาดระบบการให้สุขศึกษาด้านเพศที่ตีโพ ในระบบ (<12 ปี) 	<ul style="list-style-type: none"> - เข้าใจอย่างลึกซึ้ง ตามสมัชชาฯ “มิตรแท้บริการ” - ควรมีการสร้างชุดความรู้/เข้าใจ ให้เจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อน ในเรื่อง อนามัยเจริญ

	<ul style="list-style-type: none"> - Unplanned pregnant/STI - เปลี่ยนคู่นอนบ่อย/ล่าแต่้ม - ชายบริการ - นิยมใช้สื่อต่างๆ iphone, webcam, VDO, Website - แพนกันมักไม่สวมถุงยางอนามัย 	พันธุ์/Gender <ul style="list-style-type: none"> - กฎหมายเยาวชน /สิทธิเด็ก - เปิดใจ / เคารพในสิทธิผู้มารับบริการ - เพิ่มช่องทางสื่อสารผ่าน Hotline / website / facebook
MSM/TG	<ul style="list-style-type: none"> - เปลี่ยนคู่นอนบ่อย - ไม่ใช่ถุง นอนกับคู่ประจำ - เข้าถึงยาก (ใจ) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย 	สายตาทำทางผู้ให้บริการ (ห้องบัตร ห้องตรวจ OPD ห้อง Lab และ อื่นๆ) ปรับแก้ไขผู้ให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - ปรับทัศนคติ - ระบบบริการที่เป็นมิตร - การตอกย้ำตีตราในรูปแบบไม่ตั้งใจ
ข้อเสนอแนะแนวทางการทำงานโดยรวม		
<ul style="list-style-type: none"> ● การทำงานนั้นควรทำงานร่วมกับทุกฝ่าย ทั้งทีมผู้ให้บริการ ภาควิชาหรือฝ่ายภายในรพ. และภายนอก ● การที่ตั้งรับได้ ต้องมีทักษะที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจในบริบท และการตีตราในรูปแบบต่างๆ ● การทำงานต้องคุยกันเป็นภาษาเดียวกัน ระบบการส่งต่อ การดูแลข้อมูล ● การทำงานเชิงรุก ต้องมองภาพการทำงานเป็นทีม ● ต้องคิดถึงความทุกข์ยากของคนไข้เป็นสำคัญ <p style="text-align: center;"><i>“ผู้รับบริการต้องให้ความรู้เค้า ถ้าคนไข้ไม่มีความรู้ คุณจะไม่สามารถทำอะไรได้เลย”</i></p>		
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากพญ.ปิยวรรณ		
การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากพื้นที่ เป็นประโยชน์กับทางส่วนกลาง ที่สามารถรวบรวมข้อมูล สามารถแชร์สื่อที่แต่ละพื้นที่ใช้ให้เป็นประโยชน์ และในการแชร์แต่ละครั้งควรจะให้เครดิตเจ้าของความรู้เสมอ		
ประเด็นท้าทาย ขวนให้คิดต่อ		
ยังขาดความชัดเจนในการบอกเล่าเป็นรูปธรรมถึงวิธีการที่จะลดการตีตราได้จริงในการปฏิบัติงานจริง อยากให้เล่าในลักษณะว่าเป็น How to ทำอย่างไรในบริบทของท่าน เพื่อช่วยให้ผู้อื่นเข้าใจและนำไปใช้ได้จริง		

รูปแบบ CoP ในครั้งต่อไป

โปรโมท

- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ Best practices ของการเชื่อมโยง บริการการดูแลรักษา HIV and TB
 - ทุกซ์ที่ซ่อนเร้นของผู้ให้การปรึกษา ดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์
 - ทุกซ์ที่ไม่อาจมองเห็นได้ของผู้ที่ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - ความเสี่ยงที่พบจากคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - ในระดับโรงพยาบาลชุมชน เราจะสามารถดูแลและเพิ่มการเข้าถึงการให้การปรึกษาเอชไอวีได้อย่างไร
- ฯลฯ

ครั้งที่สองนี้ จะเป็นการเรียนรู้ร่วมกันให้ลงลึกในรายละเอียดเพิ่มขึ้น ร่วมกับ พญ.ปิยะวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ทีมงานของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐด้านสาธารณสุข จัดการประชุมโครงการจัดการความรู้สำหรับ Community of Practice (CoP) หน่วยงานเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประจำปี 2556 ครั้งที่ 2 ขึ้น ณ โรงแรมนารายณ์ จะเติมเต็มด้วยส่วนของความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละงานของงานเอชไอวี การให้การปรึกษา และงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เสริมว่าเวทีนี้เป็นเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บางทีอาจจะไม่ได้เกี่ยวกับระบบโครงการ เป็นภาษาที่สละสลวย แค่ว่าอะไรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เคล็ดลับบางทีไม่ได้อยู่ในตัวหนังสือ หรือในโครงการ เป็นสิ่งที่ยู่ข้างล่าง อยู่ในเนื้อในตัวเรา ที่มุ่งทำให้คนไข้ ให้ผู้รับบริการได้ในสิ่งที่สมควรได้ และสิ่งที่ดีที่สุดที่เราจะให้ เราต้องมาแชร์กัน.....



หมายเหตุ: ภาพกิจกรรม ได้รับความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลบ่อไร่ และ
โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี

รายชื่อผู้เข้าร่วมเวที ชุมชนนักปฏิบัติเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1

- | | | |
|----|------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | จำสลิบเอกหญิงจิรพร บุญกาญจน์ | กองควบคุมโรคเอดส์ฯ สำนักอนามัย กทม. |
| 2 | คุณดรรรชนี ถ้วนคำ | กองควบคุมโรคเอดส์ฯ สำนักอนามัย กทม. |
| 3 | คุณวิจิษณา หุตานนท์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กทม. |
| 4 | คุณปัญจมาพร สาดจันทพงษ์ | รพท.ปทุมธานี |
| 5 | คุณสุภารัตน์ สำอางค์ศรี | รพศ.พระนครศรีอยุธยา |
| 6 | คุณวรรณอนงค์ ปานทอง | รพท. พระนารายณ์มหาราช ลพบุรี |
| 7 | คุณวรารภรณ์ คุณนา | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี |
| 8 | คุณปวีริศา วาริศรี | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี |
| 9 | คุณปิ่นณัธน์ จำปา | รพท.พระพุทธบาท, สระบุรี |
| 10 | คุณกุหลาบ คนเสี้ยม | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก |
| 11 | คุณทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี |
| 12 | คุณมินตกาญจน์ กาญจนเดชะ | รพท. ฉะเชิงเทรา |
| 13 | คุณศศิพันธ์ อริยรัฐสินกุล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา |
| 14 | คุณบุญรักษา วิทยาคม | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี |
| 15 | คุณอภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 ชลบุรี |
| 16 | คุณเนตรทราย ไตวันัส | รพสต. บ้านคลองพร้าว จ.ตราด |
| 17 | คุณเบญจวรรณ ตันเจริญ | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะช้าง |
| 18 | คุณวรรณวิมล ใจบุญ | รพช. แกลง |
| 19 | คุณรัตนา ใจทัศน์กุล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ |
| 20 | คุณต่อศักดิ์ เกษนา | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ |
| 21 | คุณวรรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว |
| 22 | คุณศิริวรรณ โปษยานูวัตร์ | โรงพยาบาลสมุทรปราการ |
| 23 | คุณสุพัตรา เปลื้องรัตน์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว |
| 24 | คุณเพ็ญศรี ทองดีเลิศ | รพท.พหลพลพยุหเสนา กาญจนบุรี |
| 25 | คุณนิตยา ไตรสินสมบูรณ์ | รพท.พระจอมเกล้า เพชรบุรี |
| 26 | คุณเกลียวกมล พงษ์ชัยวัฒนา | รพท.พระจอมเกล้า เพชรบุรี |
| 27 | คุณมณี เย็นตั้ง | รพท.พระจอมเกล้า เพชรบุรี |
| 28 | คุณอรวรรณ ไชยปุย | รพท.พระจอมเกล้า เพชรบุรี |
| 29 | คุณศุภลักษณ์ แยมสกุล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี |
| 30 | คุณสุรางรัตน์ เบ็ญจวรรณ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ราชบุรี |
| 31 | คุณมลฤดี จินดาอนันต์ยศ | รพท.สมุทรสาคร |
| 32 | คุณรวีวรรณ พงศ์พุทธชาติ | รพท.โพธาราม ราชบุรี |
| 33 | ภก.วิชาญ ปลื้มชัยภูมิ | รพท.ชัยภูมิ |
| 34 | คุณสุจิตรา วรากกลาง | รพ. ปากช่องนานา |

35	คุณธันวดี ฐัฐรอบ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา
36	คุณทวารรัตน์ โคตรภูเวียง	รพศ. ขอนแก่น
37	คุณอรวรรณ แจ่มจันทร์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น
38	คุณกิ่งกาญจน์ จงใจหาญ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น
39	คุณอร่าม สุวรรณโน	ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองชาตะผดุง รพศ. ขอนแก่น
40	คุณเกศมุกดา จันทศิริ	รพท.มหาสารคาม
41	คุณวนิดา อริยมานนท์	รพท.มุกดาหาร.
42	คุณระรินทิพย์ ดาวลัย	รพท.ศรีสะเกษ
43	คุณอุตร ศรีสุวรรณ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี
44	คุณพิตรนรินทร์ ธนาเจริญชัย	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี
45	คุณพิมพ์ทิพา มาลาหอม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
46	คุณธนิดา ตั้งยิ่งยง	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
47	คุณรัชณี บุญหนุน	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
48	คุณนิภา ไกรเสวกวิสัย	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
49	คุณวสุชา ยุติธรรมสถิต	รพท.กำแพงเพชร
50	คุณทิพาภรณ์ เปรมปรีดี	รพท.กำแพงเพชร
51	คุณปนัดดา มะยมหิน	รพช. ขามเฒ่าลักษณะบุรี
52	คุณอัจฉราวรรณ ดอกไม้โชติ	รพท. แม่สอด
53	คุณศุคตชาติ มีลี้อการ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก
54	คุณกษิภัท เจียะทา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก
55	คุณจิตติมา ศรศาสตร์ปรีชา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก
56	คุณกัลยาณี ปรีชาพงศ์มิตร	รพศ. เชียงรายประชานุเคราะห์
57	คุณผกามาศ คำบัว	รพศ. เชียงรายประชานุเคราะห์
58	คุณสันติ สุภาวิชัย	รพศ. เชียงรายประชานุเคราะห์
59	คุณปิยะพร ทาคำถา	รพ. สันป่าตอง
60	คุณอำนาจ เมืองแก้ว	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่
61	คุณศิริฉัตร โปฏุก	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่
62	คุณอังคณา ธีรสวัสดิ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่
63	คุณจุลจิรา จุลบาล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
64	คุณผ่องศรี สืบท้วม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
65	คุณประภาภรณ์ กิจวัฒน์ชัย	รพศ. อุตรธานี
66	คุณสุทธภา ไพนุจิตต์	รพศ. มหาราชนครศรีธรรมราช
67	คุณเสาวนีย์ รัตนติลภ ญ ภูเก็ต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต
68	คุณยุคลธร จิรพงศ์พิทักษ์	รพท. วชิระภูเก็ต
69	คุณนवलพรรณ ไมพานิช	รพท. วชิระภูเก็ต
70	คุณปรานิต หงษะ	รพท. ระนอง
71	คุณธิดา โสภภาพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
72	คุณนงค์ลักษณ์ สมจิตต์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา
73	คุณนีม่อนงค์ ไทยเจริญ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

74	คุณสหรัก จันทรสุคนธ์	รพศ.หาดใหญ่
75	คุณสิริลักษณ์ จันเทร์มะ	รพศ.หาดใหญ่
76	คุณอุษา สุชาพันธ์	รพศ.หาดใหญ่
77	พญ.เอกจิตรา สุขกุล	TUC
78	คุณวรวรรณ ใฝ่กระโทก	TUC
79	คุณชลลดา นันทวิสัย	TUC
80	คุณสุชาดา มุกเตียร	TUC
81	พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	สรพ. (องค์การมหาชน)
82	คุณศาลิตา บัณทุกุล	สรพ. (องค์การมหาชน)
83	นพ. วราวุธ สุรพฤกษ์	นักวิชาการอิสระ
84	พญ.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
85	นพ.ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
86	พญ.มณฑินี วสันตอุโปภาคาร	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
87	คุณวนิดา มะยม	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
88	คุณมาลัย คำแหง	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
89	คุณนัยนา จิรโรจน์วัฒน	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
90	คุณสมชาย ฟองหิรัญรัตน์	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
91	คุณอัจฉรีย์ วิชัย	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
92	ภญ.ชลธิวา มา	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
93	คุณวิภา ภาวนาภรณ์	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
94	คุณพัชรภรณ์ ภาภูตานนท์	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
95	คุณลีซ่า กันธมาลา	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
96	คุณพรทิพย์ ยุกตานนท์	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
97	คุณจิตรา อ่อนน้อม	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
98	คุณฉวีวรรณ คล้ายนาค	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
99	คุณฉัตรแก้ว เกษมสำราญ	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
100	คุณสุพรรณิ จันทโรทัย	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
101	คุณศิริลักษณ์ เชี่ยวชาญ	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
102	คุณนุชนาถ ยิ้มไย	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
103	คุณกาญจนา พิภทองคำ	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
104	คุณศรีลย์ เรืองชัย	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
105	คุณวชิราพร สุขเทียบ	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
106	คุณกัญหา ชูทิพย์	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
107	คุณณัชญา พูลถนอมสุข	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์