



PEPFAR

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



2024

หลักระ

การจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ
(Reach and Recruit: RR)



DDC 67010



โดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข





2024

หลักสูตร

การจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ
(Reach and Recruit: RR)

หลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนบริการสุขภาพ (Reach and Recruit: RR) ได้ผ่านการตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานผลิตภัณท์ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 19 กันยายน 2567

Citation: Department of Disease Control, Ministry of Public Health and Thailand MoPH-U.S.CDC Collaboration. Training Curriculum for HIV and STIs services: Specific of Reach and Recruit. 1st ed. Bangkok: J.S. Printing; 2024.



โดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข



**หลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ
(Reach and Recruit: RR)**

ที่ปรึกษา

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ธงชัย กีรติหัตถยากร | อธิบดีกรมควบคุมโรค |
| 2. นายแพทย์นิติ เหตานุรักษ์ | รองอธิบดีกรมควบคุมโรค |
| 3. แพทย์หญิงชีวันนธ์ เลิศพิริยสุวัฒน์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค |
| 4. นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณดี | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค |
| 5. นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ | ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 6. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ | รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |

บรรณาธิการ

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. นายกรกฎ ดวงผาสุข | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 2. นางสาวธนาภรณ์ บุรณะสุวรรณ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3. ว่าที่ร้อยตรีหญิงจุฑารัตน์ ชูเอียด | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 4. นางสาวจุฑามาศ มากบุญชร | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 5. นางสาวณัฏฐา เทพมงคล | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 6. นายชัยสุข ตั้งวงศ์จุลนิยม | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 7. นางสาวเพลินพิศ พรหมมะลิ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |

คณะผู้เรียบเรียงเนื้อหา

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 2. แพทย์หญิงรสพร กิตติเขาวมาลย์ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3. นายแพทย์ชาติรี จุลเพชร | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 4. นางสาวเพลินพิศ พรหมมะลิ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 5. นางสาวนอร อริโยทัย | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 6. นางอรพิน สุขศรีพานิช | ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 7. นางสาวพาริดา ลังกาฟ้า | ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 8. ดร.วิลาวรรณ สมทรง | กองวินโรค |
| 8. นางสาววรรณเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์ | กองวินโรค |
| 10. นางสาวกุลธิดา สุรวาท | กองกฎหมาย |
| 11. คุณชนินทร์ สุขสม | ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย |
| 12. คุณนันทะพงษ์ ธรรมหมื่นยอง | มูลนิธิเอ็มพลัส |
| 13. คุณประยูร เรืองโรจน์ | มูลนิธิเอ็มพลัส |
| 14. คุณณธรรศ อธิภาพพงศ์พันธ์ | มูลนิธิรักษ์ไทย |
| 15. คุณวราวุธ บุญศิริธนโรจน์ | สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย |
| 16. คุณกัลย์ลภัส บุตรชน | สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย |
| 17. คุณณัฐนันท์ แสงแก้ว | สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย |
| 18. คุณเด่นชัย ศรีกรรทอง | มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ |
| 19. คุณภัทรานิษฐ์ มีศรี | มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ |

ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาหลักสูตร

1. ผศ.ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์
2. รศ.ดร.เวหา เกษมสุข
3. นางสาวเยาวลักษณ์ โตอินทร์
4. นางสาวจิราภา ตาลหยง
5. นายพรเทพ สุวรรณประสพ
6. นางสาวสิริชญ์ อุไทย
7. นางเนตรณพิศ มณีโชติ
8. นางพรณิ ชัยโพธิ์ศรี
9. คุณเด่นชัย ศรีกรรทอง
10. คุณวรารุช บุญศิริธนโรจน์
11. คุณณัฐนันท์ แสงแก้ว
12. คุณฐิติยานันท์ หนักป้อ
13. คุณศศพร แววล้ายหงส์
14. คุณธารทิพย์ สังข์สิงห์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
สำนักงานโรคติดต่อทางสาธารณสุข สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร
มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ
สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย
สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย
มูลนิธิซิสเตอร์
สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี
สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี

พิสูจน์อักษร

1. ว่าที่ร้อยตรีหญิงจุฑารัตน์ ชูเอียด
2. นางสาวนาภรณ์ บุรณะสุวรรณ
3. นางสาวจุฑามาศ มากบุญชู

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ออกแบบปก

นายธนภัทร รัตนะ

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ISBN 978-616-11-5322-9

จัดทำโดย

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2567 จำนวน 800 เล่ม

พิมพ์ที่

เจ.เอส. การพิมพ์

คำนำ

หลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit: RR) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ประกอบการจัดอบรมตามหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit: RR) ของกรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นหลักสูตรที่ได้พัฒนาในประเด็นรายวิชาที่สำคัญจากหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน (RRTTPR) กรมควบคุมโรค ที่เป็นหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ และเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมในการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้านการเข้าถึงบริการป้องกัน (Reach) และการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Recruit) อย่างมีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างความเชื่อมั่น และความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ

หลักสูตรฉบับนี้ได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีประสบการณ์ทำงานด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้รับผิดชอบจากหลากหลายหน่วยงานร่วมพิจารณาและพัฒนาเนื้อหาเพื่อให้มีความครอบคลุม และเหมาะสมกับองค์กรภาคประชาสังคมที่หลากหลาย โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกัน (Reach) และการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Recruit) ที่เป็นด้านแรกของการเชื่อมโยงกลุ่มประชากรหลักเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศในการป้องกันและเข้ารับการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงโรคร่วมอย่างวัณโรค และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค หวังเป็นอย่างยิ่งว่าหลักสูตรฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ไม่มากนักน้อยสำหรับเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม ในการพัฒนาความรู้ ความสามารถ เพื่อร่วมขับเคลื่อนการยุติปัญหาเอดส์ในปี 2573 ต่อไป

คณะผู้จัดทำ
สิงหาคม 2567

สารบัญ

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
อภิธานศัพท์	ง
บทนำ	1
รายวิชาที่ 1 ความรู้เรื่องเอชไอวี เอ็ดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	7
รายวิชาที่ 2 แผนที่ชุมชนกับการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	33
รายวิชาที่ 3 การเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ	45
รายวิชาที่ 4 การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ	57
รายวิชาที่ 5 การติดตาม การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศกับการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	71
รายวิชาที่ 6 กฎหมายที่เกี่ยวข้องและจริยธรรมในการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	83
ภาคผนวก	
ภาคผนวกที่ 1 Crisis Response System (CRS)	97
ภาคผนวกที่ 2 ใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรฯ	99
ภาคผนวกที่ 3 คำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ 1829/2566	101
บรรณานุกรม	105

สารบัญรูป แพนภูมิ และตาราง

รูปภาพที่ 1 กรอบการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอ็ดส์	53
รูปภาพที่ 2 ตัวอย่างเกียรติบัตรและหนังสือแจ้งจากกรมควบคุมโรค	54
รูปภาพที่ 3 การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการมาตรา 3 ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	55
รูปภาพที่ 4 การบริหารงบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์	55
รูปภาพที่ 5 ทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	69
รูปภาพที่ 6 ตัวอย่างคำยินยอมให้ทำการรักษา	92
แผนภูมิที่ 1 สถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย (Thailand spectrum-AEM) ปี 2565	10
แผนภูมิที่ 2 วิธีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใหญ่ ปี 2565	10
แผนภูมิที่ 3 การคาดประมาณการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป	11
แผนภูมิที่ 4 การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	13
แผนภูมิที่ 5 การตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยสารน้ำในช่องปาก	14
แผนภูมิที่ 6 แนวทางการดำเนินงาน Harm reduction	19
แผนภูมิที่ 7 สถานการณ์ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 - 2566	21
แผนภูมิที่ 8 ธรรมชาติของการดำเนินโรควัณโรค	24

แผนภูมิที่ 9 การตรวจคัดกรองผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี	28
แผนภูมิที่ 10 การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี	31
แผนภูมิที่ 11 การประเมินมาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	53
แผนภูมิที่ 12 การเข้าถึงชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง	65
แผนภูมิที่ 13 วงจรความคิดอัตโนมัติ	74
แผนภูมิที่ 14 ขั้นตอนการจัดการเรื่องร้องเรียน	82
ตารางที่ 1 คุณสมบัติวิทยากร	3
ตารางที่ 2 แผนการประเมินหลักสูตรและปรับปรุงหลักสูตร	5
ตารางที่ 3 โครงสร้างหลักสูตร	6
ตารางที่ 4 ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ฮอร์โมน	19
ตารางที่ 5 คำแนะนำเบื้องต้นในการใช้ฮอร์โมน สำหรับหญิงข้ามเพศ	20
ตารางที่ 6 คำแนะนำเบื้องต้นในการใช้ฮอร์โมน สำหรับชายข้ามเพศ	20
ตารางที่ 7 การดำเนินการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	22
ตารางที่ 8 แนวทางการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	23
ตารางที่ 9 ตัวอย่างการออกแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประกอบการทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย	38
ตารางที่ 10 ตัวอย่างการออกแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูล	38
ตารางที่ 11 บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน	66
ตารางที่ 12 แนวทางการจัดบริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติเอง	78
ตารางที่ 13 3x4 PACKAGE	79

อภิธานศัพท์

อักษรย่อ	คำเต็ม	ความหมาย
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome	โรคเอดส์ หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
Anti-HBs	Hepatitis B surface antibody	การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
Anti-HCV	Hepatitis C Antibody	การตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบซี
ARV	antiretroviral drugs	ยาต้านไวรัส (เอชไอวี)
CBO	Community – based organization	องค์กรชุมชน
CLIA	Chemiluminescence immunoassay	เทคนิคทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการตรวจหาสารต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์
COP	Community of Practice	ชุมชนนักปฏิบัติ
CRS	Crisis Response system	ระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิด้านเอดส์
DIC	Drop in Center	ศูนย์บริการชุมชน
ECL	Electrochemiluminescence assay	วิธีการตรวจด้วยเครื่องอัตโนมัติ
EIA	Enzyme immunoassay	การทดสอบที่ใช้หลักการทางภูมิคุ้มกันวิทยา โดยอาศัยปฏิกิริยาการจับกันแบบจำเพาะระหว่างแอนติเจน (Antigen) และแอนติบอดี (Antibody)
HBeAg	Hepatitis B envelope antigen	การตรวจเลือดเพื่อหาสารโปรตีนจากเปลือกของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
HBIG	Hepatitis B Immunoglobulin	การให้อิมมูโนโกลบูลินป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
HBsAg	Hepatitis B surface antigen	การตรวจหาแอนติเจนต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
HBV	Hepatitis B virus	ไวรัสตับอักเสบบี
HCV	Hepatitis C virus	ไวรัสตับอักเสบซี
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ไวรัสเอชไอวี
HIV SST	HIV self-screening test	การตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง
KPLHS	key population-led health services	การบริการสุขภาพที่นำโดยกลุ่มประชากรหลัก
KPs	Key Populations	กลุ่มประชากรหลัก
LGBTIQN+	L – Lesbian G – Gay B – Bisexual T – Transgender Q – Queer Non - Binary	บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ

อักษรย่อ	คำเต็ม	ความหมาย
LTBI	latent tuberculosis infection	การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
MMT	Methadone Maintenance Treatment	การบริการเมทาโดนระยะยาว
NAAT	Nucleic acid amplification test	การตรวจสอบสารพันธุกรรมในการตรวจหา viral RNA
NGU	Non-Gonococcal Urethritis	โรคหนองในเทียม
NSP	Needle and Syringe Program	การสนับสนุนให้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด
PEP	Post-Exposure Prophylaxis	การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการสัมผัส
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis	การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส
PWID	People who inject drugs	กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด
PWUD	People who Use Drugs	กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด
RDTs	Rapid Diagnostic Tests	การตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว
RR	Reach Recruit	การเข้าถึงบริการป้องกัน และการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ
S&D	stigmatization and discrimination	การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ
Sof/Vel	Sofosbuvir/Velpatasvir	ยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิดครอบคลุมทุกสายพันธุ์
SOP	Standard Operating Procedure	มาตรฐานการปฏิบัติงาน
STIs	Sexually Transmitted Infections	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
TB	Tuberculosis	วัณโรค
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ
VCT	Voluntary Counseling and Testing	การให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด
WHO	World Health Organization	องค์การอนามัยโลก
	Same day result	การตรวจหาการติดเชื้อแบบรู้ผลภายในวันเดียว
	window period	ระยะที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ

บทนำ

1. ความเป็นมา

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ขับเคลื่อนและสนับสนุนให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ ภายในปี 2573 โดยสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน ผ่านการรับรองความรู้ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของภาคประชาสังคม หรือที่เรียกว่า “อาสาสมัครองค์กร ภาคประชาสังคม” ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 จำนวน 3 ฉบับ ประกอบด้วย (1) ระเบียบ กระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วน จังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือ สภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 (2) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2562 และ (3) ระเบียบกระทรวง สาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนด หรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562 รวมถึงภายใต้ ข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข โดยร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข องค์การวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง มูลนิธิสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี และภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง พัฒนาหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เพื่อใช้เป็นหลักสูตรกลาง ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่ดำเนินงานด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งภายหลังจากได้มีการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมด้วยหลักสูตรดังกล่าว ได้มีข้อค้นพบในเรื่องความหลากหลายของรูปแบบการให้บริการในแต่ละองค์กรภาคประชาสังคม ที่มีหลากหลาย ภารกิจ บทบาทหน้าที่ และกลุ่มประชากรเป้าหมายที่แตกต่างกัน การดำเนินการในชุมชนขององค์กรภาคประชาสังคม มีองค์กรและรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ยังมีองค์กรภาคประชาสังคมที่มีการดำเนินการในชุมชนเฉพาะด้าน การป้องกัน ส่งต่อผู้รับบริการเข้าสู่ระบบบริการ และติดตามการดูแล/รักษา (Reach-Recruit-Retain negative) ซึ่งหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุขที่มีข้างต้น ยังไม่เหมาะสมสำหรับองค์กรภาคประชาสังคมในกลุ่มนี้ จึงได้พัฒนา หลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและ การสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit: RR) เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครองค์กร ภาคประชาสังคม ในกลุ่มดังกล่าว อันจะส่งผลให้

1) ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลัก มีความมั่นใจต่อองค์กรภาคประชาสังคม อีกทั้งองค์กร ภาคประชาสังคมมีความมั่นใจในการร่วมจัดบริการ ได้ตามมาตรฐานการจัดบริการ เป็นระบบ มีคุณภาพ ส่งผล ให้ผู้รับบริการมีความเชื่อถือและมั่นใจในการเข้ารับบริการจากองค์กรภาคประชาสังคมมากขึ้น

2) ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลัก ได้รับการที่ต่อเนื่องมากขึ้น หน่วยงานรัฐที่ร่วมบูรณาการการทำงานให้ความไว้วางใจต่อการจัดบริการขององค์กรภาคประชาสังคม สนับสนุนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเชื่อมต่อบริการกับบริการสุขภาพของโรงพยาบาล และสามารถติดตามผู้ป่วยให้คงอยู่ในระบบ จึงได้มีการพัฒนาหลักสูตรที่มีความเฉพาะเจาะจงให้อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม สามารถเลือกเข้ารับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้ได้การรับรองความรู้ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับองค์กรของตนเอง จึงเป็นที่มาของหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit: RR) ฉบับนี้ ที่องค์กรภาคประชาสังคมส่วนใหญ่มีการให้บริการในด้านดังกล่าว โดยมุ่งหวังให้ผู้เรียนสามารถเสริมสร้างความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ มุ่งสู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ภายในปี 2573

2. วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

2.1 เพื่อให้ผู้ที่เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit: RR)

2.2 เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมที่มีความหลากหลายด้านการจัดบริการในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงวัณโรค และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้อย่างมีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพเพื่อการบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทย

3. คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

3.1 อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในวันสมัครเข้ารับการอบรม

3.2 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า หรือมีประสบการณ์ทำงานด้านเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างน้อย 1 ปี

3.3 สังกัดองค์กรภาคประชาสังคม

4. คุณสมบัติและความสามารถของผู้ผ่านเกณฑ์การฝึกอบรม

4.1 ชั่วโมงสะสมการเข้ารับการอบรมในหลักสูตรฯ ได้ “ร้อยละ 80 ขึ้นไป” โดยในแต่ละรายวิชาต้องเข้ารับการอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของชั่วโมงการอบรม

4.2 ผ่านการทดสอบความรู้หลังการอบรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

5. ระยะเวลาการอบรม

จำนวน 20 ชั่วโมง

6. จำนวนผู้เข้ารับการอบรม

จำนวน 30 – 50 คนต่อครั้ง

7. คุณสมบัติวิทยากรฝึกอบรม

ตารางที่ 1 คุณสมบัติวิทยากร

รายวิชา	คุณสมบัติวิทยากร
1. ความรู้เรื่องเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	- คุณวุฒิด้านแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ หรือศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง หรือ - เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในหัวข้อเกี่ยวข้องตามรายวิชา อย่างน้อย 3 ปี
2. แผนที่ชุมชนกับการจัดการบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	- คุณวุฒิด้านสาธารณสุขศาสตร์ สังคมศาสตร์ หรือศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง และ/หรือ - เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในหัวข้อเกี่ยวข้องตามรายวิชา อย่างน้อย 3 ปี
3. การเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ	- คุณวุฒิด้านสาธารณสุขศาสตร์ สังคมศาสตร์ หรือศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง และ/หรือ - เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในหัวข้อเกี่ยวข้องตามรายวิชา อย่างน้อย 3 ปี
4. การให้บริการปรึกษา ก่อนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ	- คุณวุฒิด้านพยาบาลศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยา หรือศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง และ/หรือ - เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในหัวข้อเกี่ยวข้องตามรายวิชา อย่างน้อย 3 ปี
5. การติดตาม การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศกับการจัดการบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	- คุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยา หรือศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง และ/หรือ - เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในหัวข้อเกี่ยวข้องตามรายวิชา อย่างน้อย 3 ปี
6. กฎหมายที่เกี่ยวข้องและจริยธรรมในการจัดการบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	- คุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ หรือศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง และ/หรือ - เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในหัวข้อเกี่ยวข้องตามรายวิชา อย่างน้อย 3 ปี

8. วิธีการจัดฝึกอบรม

เพื่อให้การฝึกอบรมเป็นไปตามวัตถุประสงค์จึงเน้นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งวิทยากรสามารถออกแบบกระบวนการเรียนรู้ให้เหมาะสมตามหัวข้อ โดยใช้กระบวนการดังต่อไปนี้ การบรรยาย การอภิปราย การประชุมกลุ่มย่อย การระดมสมอง การสาธิต การฝึกบทบาทสมมติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การฝึกปฏิบัติการบริการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ (Pre - test counseling)

9. ปัจจัยเกื้อหนุนในการอบรม

9.1 ด้านสถานที่

สถานที่อบรมเป็นห้องประชุม ขนาดเหมาะสมสำหรับผู้เข้ารับการอบรมจำนวนประมาณ 30 - 50 คน หรือกรณีที่มีผู้เข้ารับการอบรมมากกว่า 50 คน ให้คำนึงถึงรูปแบบและจำนวนวิทยากร จัดแบบห้องเรียน แบบแบ่งเป็นกลุ่ม หรือจัดเก้าอี้เป็นรูปตัวยู (U) ตามรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแต่ละรายวิชา และมีโต๊ะสำหรับวางอุปกรณ์จัดกิจกรรม

9.2 ด้านสื่อและอุปกรณ์ในการอบรม

หนังสือหลักสูตร แบบประเมินการฝึกปฏิบัติ และชุดอุปกรณ์สำหรับการฝึกปฏิบัติ/กิจกรรมกลุ่ม

10. การประเมินผลการอบรม

การประเมินการอบรม ใช้จำนวนชั่วโมงสะสมการเข้ารับการอบรมในหลักสูตร แบบทดสอบความรู้ หลังการอบรมรายบุคคล และกลวิธีการประเมินตามความเหมาะสม

10.1 ชั่วโมงสะสมการเข้ารับการอบรมหลักสูตร ในแต่ละรายวิชาต้องเข้ารับการอบรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของชั่วโมงการอบรม

10.2 ผลทดสอบความรู้หลังการอบรมรายบุคคล ผ่านการทดสอบความรู้หลังการอบรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป

11. การประเมินหลักสูตรและแผนการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร

การวางแผนการประเมินหลักสูตร กำหนดให้มีการประเมินหลักสูตร ทุก 1 ปี โดยคณะทำงาน พัฒนาหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการ ป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit: RR) และนำผลการประเมินหลักสูตร มาปรับปรุงการจัดอบรมในครั้งต่อไป และกำหนดให้มีการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรอย่างน้อยทุก 3 ปี โดยใช้สรุปผลการประเมินการอบรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วยประเด็น ดังนี้

11.1 การตรวจสอบการบรรลุวัตถุประสงค์การอบรมมาน้อยเพียงใด

11.2 การประเมินความพึงพอใจ ประเมินจุดแข็ง และจุดที่ควรปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหา กิจกรรม สื่อ วิทยากร และรูปแบบของการอบรม โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านวิทยากร ด้านเนื้อหาการอบรมแต่ละรายวิชา และภาพรวมการอบรม มีรายละเอียด ดังนี้

11.2.1 ความเหมาะสมด้านวิทยากร

- การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมและแสดงความคิดเห็น
- การตอบคำถามตรงประเด็นชัดเจน
- ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้/สื่อสารข้อมูล

11.2.2 ความเหมาะสมด้านเนื้อหาวิชา

- ความเหมาะสมของระยะเวลาการอบรม
- อุปกรณ์/สื่อที่ใช้ในการอบรมมีความเหมาะสม
- รูปแบบและวิธีการฝึกอบรมมีความเหมาะสม
- เนื้อหาครอบคลุมความจำเป็นในการใช้ปฏิบัติงาน
- เนื้อหาเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงาน

11.2.3 ประเมินภาพรวมการอบรม

- ความคิดเห็นการนำความรู้ความเข้าใจจากการอบรมไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานได้ในระดับใด
- ระดับความพึงพอใจภาพรวม
- การประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ และทักษะหลังการอบรม โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมตอบแบบสอบถามผ่าน Google form
- ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตร

12. แผนการประเมินหลักสูตรและปรับปรุงหลักสูตร 3 ปี

ตารางที่ 2 แผนการประเมินหลักสูตรและปรับปรุงหลักสูตร

กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. เก็บข้อมูลจากการจัดอบรมตามหลักสูตร	2566 - 2568	กอพ./สคร./สสจ. หรือหน่วยงานที่ยื่นขอจัดอบรม
2. การวิเคราะห์ ประมวลผลจากข้อมูล ทบทวนหลักสูตร	2566 - 2568	คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit: RR)
3. ปรับปรุงหลักสูตร	2570	คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit: RR)

13. โครงสร้างหลักสูตร

หลักสูตร “การจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach Recruit: RR)” นี้ ประกอบด้วยวิชาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในด้านการเข้าถึง (Reach) และการเข้าสู่บริการ (Recruit) จำนวน 6 รายวิชา ระยะเวลาเรียน 20 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดหลักสูตรการอบรม ดังตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 โครงสร้างหลักสูตร

รายวิชา	ระยะเวลา (ชั่วโมง)	แนวทางการอบรม
1. ความรู้เรื่องเอชไอวี เอ็ดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	4 ชม.	บรรยาย
2. แผนที่ชุมชนกับการจัดการบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	4 ชม.	บรรยาย/ปฏิบัติ
3. การเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ	4 ชม. 30 น.	บรรยาย/ปฏิบัติ
4. การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ	2 ชม. 30 น.	บรรยาย/ปฏิบัติ
5. การติดตาม การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศกับการจัดการบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	3 ชม. 30 น.	บรรยาย/ปฏิบัติ
6. กฎหมายที่เกี่ยวข้องและจริยธรรมในการจัดการบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน	1 ชม. 30 น.	บรรยาย
รวม	20	

ความรู้เรื่องเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. บอกทิศทาง แนวโน้ม สถานการณ์ปัญหาเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประเทศไทยได้
2. อธิบายสาเหตุ ช่องทางการติดต่อ การดำเนินโรค และอาการของการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้
3. อธิบายความแตกต่างระหว่างเอชไอวีและเอดส์
4. อธิบายความสำคัญของการตรวจ และวิธีการตรวจเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้
5. อธิบายวิธีการป้องกันเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้
6. อธิบายประโยชน์และการดูแลรักษาเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้

คำอธิบายรายวิชา

ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย สาเหตุ ช่องทางการติดต่อ การดำเนินโรค ระยะและอาการของการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ที่สำคัญในกลุ่มประชากรเป้าหมาย การให้ข้อมูลในการนำ โฉมหน้าให้ผู้ที่มีความเสี่ยง หรือกลุ่มเป้าหมายเห็นความสำคัญของการรู้สถานการณ์ติดเชื้อ ความสำคัญของการตรวจคัดกรองเพื่อให้รู้เร็ว (Early detection) การป้องกันและการรักษาเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

เนื้อหาวิชา

ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี เอดส์

1. สถานการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย
2. ความหมายของเอชไอวี และโรคเอดส์
3. ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี
4. ระยะของการติดเชื้อเอชไอวี
5. การดำเนินของโรคเอดส์
6. แนวทางการตรวจคัดกรองและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
7. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

8. โรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญ
9. การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)
10. การใช้ฮอร์โมนเพื่อการข้ามเพศ
11. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1. สถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. ความหมายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. ช่องทางการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. การดำเนินของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
5. การป้องกันการติดเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
6. แนวทางการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เบื้องต้น
7. การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

1. สถานการณ์ของวัณโรค
2. ความหมายและสาเหตุของวัณโรค
3. ช่องทางการติดเชื้อวัณโรค
4. การดำเนินของวัณโรค
5. การป้องกันการติดเชื้อของวัณโรค
6. แนวทางการคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยวัณโรค
7. การรักษาวัณโรค
8. การติดตามการรักษา

ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

1. สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี
2. ความหมายของโรคไวรัสตับอักเสบบี
3. ช่องทางการติดเชื้อของโรคไวรัสตับอักเสบบี
4. การดำเนินของโรคไวรัสตับอักเสบบี
5. การป้องกันการติดเชื้อของโรคไวรัสตับอักเสบบี
6. อาการของโรคไวรัสตับอักเสบบี
7. การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี
8. การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

1. สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบ ซี
2. ความหมายของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
3. ช่องทางการติดเชื้อของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
4. การดำเนินของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
5. การป้องกันการติดเชื้อของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
6. แนวทางการคัดกรองและการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
7. การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

ระยะเวลา 4 ชั่วโมง (ทฤษฎี 4 ชั่วโมง โดยวิธีการบรรยาย)

แนวทางการจัดการเรียนการสอนในการฝึกอบรม

- การบรรยาย/การอภิปราย
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การสรุปสาระสำคัญ

อุปกรณ์และสื่อ

- เอกสารประกอบการบรรยาย/สื่อการเรียนการสอนออนไลน์

รายวิชาที่ 1

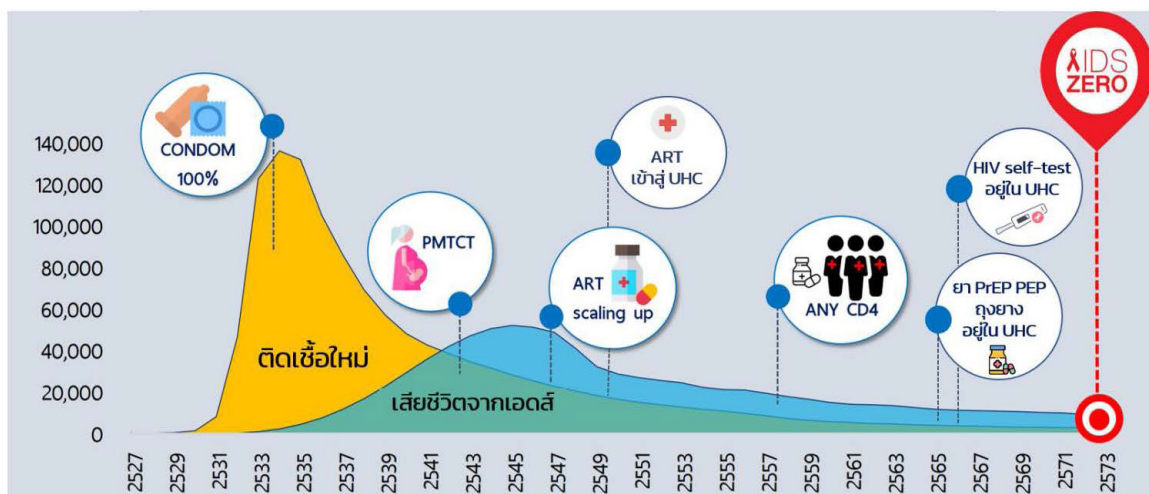
ความรู้เรื่องเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรืส ดับอักเสบ บี และ ซี

1.1 ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์

1.1.1 สถานการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

คาดการณ์สถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย (Thailand spectrum-AEM) ปี 2565 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 561,578 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,230 ราย ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 10,972 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส 457,133 ราย ดังแผนภูมิที่ 1

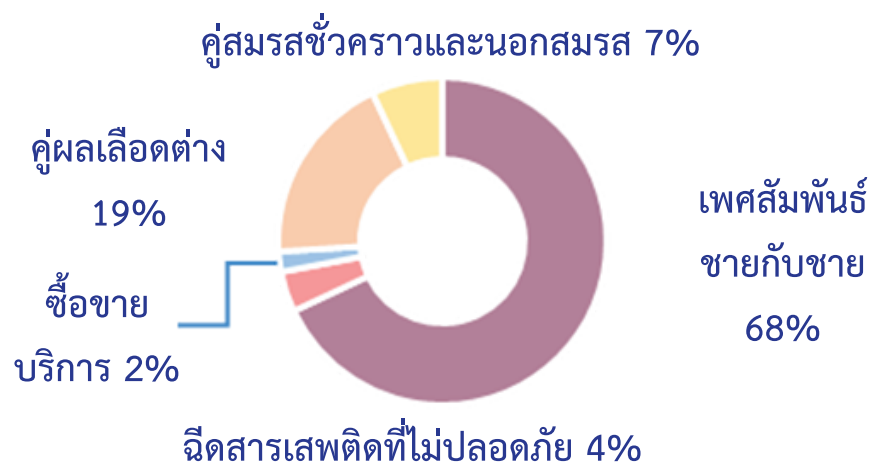
แผนภูมิที่ 1 สถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย (Thailand spectrum-AEM) ปี 2565



ที่มา : Thailand Working Group on HIV/AIDS Projection, Thailand Spectrum-AEM, Project on March, 27th 2023

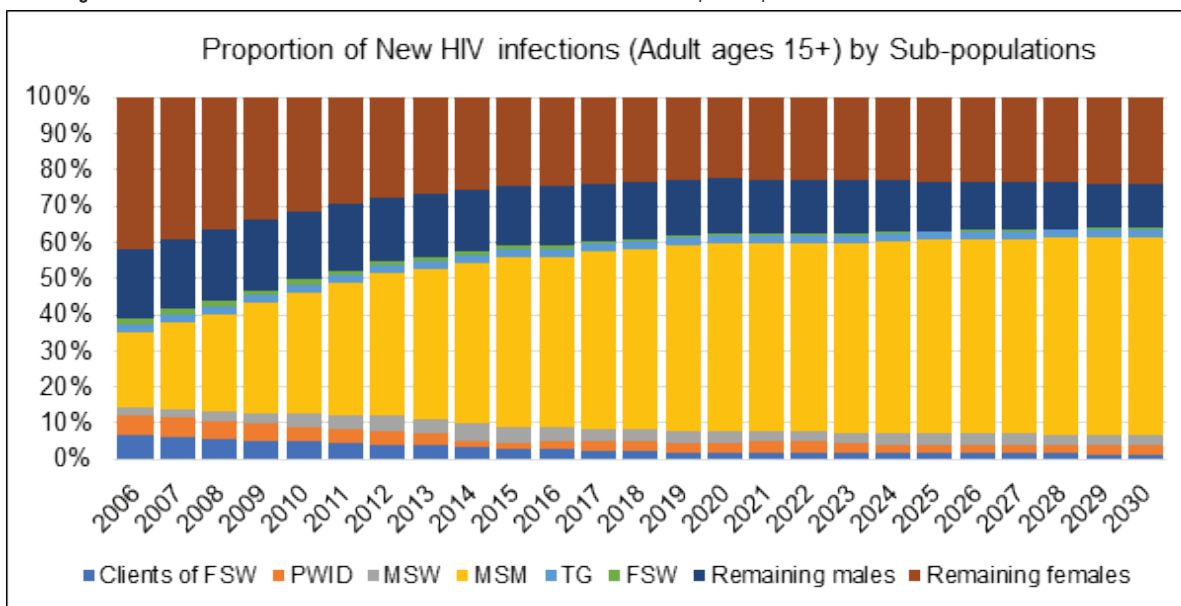
คาดการณ์วิธีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใหญ่ ปี 2565 โดยชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 68 รองลงมาคู่ผลเลือดต่าง ร้อยละ 19 และคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 8 ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 วิธีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใหญ่ ปี 2565



ที่มา: AIDS Epidemic Model: AEM ปรับปรุง 27 มีนาคม 2566

แผนภูมิที่ 3 การคาดการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป



ที่มา : Thailand Working Group on HIV/AIDS Projection, Thailand Spectrum-AEM, Project on April, 22nd 2022

1.1.2 ความหมายของเอชไอวี และโรคเอดส์

เอชไอวี HIV (Human Immunodeficiency Virus) เป็นเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4 cells) หรือทีเซลล์ (T cells) ซึ่งทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากการติดเชื้อ เมื่อเชื้อไวรัส HIV ทำลายเม็ดเลือดขาว CD4 จนมีปริมาณไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้เกิดอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง

เอชไอวี คือเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ (AIDS) ซึ่งย่อมาจาก (Acquired Immunodeficiency Syndrome) ซึ่งเอชไอวี และโรคเอดส์ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคเอดส์เสมอไป หากมีการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะอยู่ในร่างกายตลอดไป ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด แต่ในปัจจุบันจะมียาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อกินยาเร็ว กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพที่แข็งแรงเป็นระยะเวลายาวนาน และช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อไวรัสไปยังผู้อื่นด้วย

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) คือ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยโรคเอดส์จะเกิดขึ้นหลังจากที่ร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีโดยเฉลี่ยเป็นเวลา 8-10 ปี ทำให้ภูมิคุ้มกันเม็ดเลือดขาวในร่างกายลดลง จนในที่สุดร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกันเพียงพอในการป้องกันร่างกายจากเชื้อโรคนอก ทำให้เกิดโรคติดเชื้ออื่น ๆ แทรกซ้อน อาทิเช่น วัณโรค ปอดบวม เชื้อราชั้นสมอง เป็นต้น

1.1.3 ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี

ธรรมชาติของการติดเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่ได้ 3 ช่องทางหลัก ดังนี้

- 1) ทางเพศสัมพันธ์ เป็นช่องทางหลักของการแพร่เชื้อและการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน
- 2) ทางเลือด จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน รวมถึงการสัก โดนเข็มที่มีเชื้อเอชไอวีที่มด้าจากการรับเลือด การรับการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ติดเชื้อ

3) จากแม่สู่ลูก ทั้งจากการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งในปัจจุบัน การติดเชื้อจากแม่สู่ลูกลดลงอย่างมากจากการตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ การให้ยาต้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์ ที่มีการติดเชื้อ การให้ยาป้องกันการติดเชื้อแก่เด็กแรกเกิด และการงดให้นมแม่

1.1.4 ระยะของการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

1) ระยะติดเชื้อเฉียบพลันหรือปฐมภูมิ (Acute HIV infection or primary HIV infection) คือระยะที่รับเชื้อมาใหม่ ผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งจะมีอาการคล้ายไข้หวัดหลังจากได้รับเชื้อมาในช่วง 2 - 4 สัปดาห์ อาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตัว เจ็บคอ ผื่นขึ้น อาการต่าง ๆ จะหายได้เองภายใน 1 - 2 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งจะไม่มีอาการ ทำให้ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้ว

2) ระยะไม่ปรากฏอาการของโรค (Asymptomatic HIV infection) คือเป็นระยะที่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ทำให้ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อและแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่นได้ง่าย โดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

3) ระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงแต่ยังไม่มีโรคแทรกซ้อนชัดเจน ภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ลดลง จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย และมีอาการรุนแรงโดยเฉพาะโรคติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อในระยะนี้อาจมีฝ้าขาวในปาก มีตุ่มคันขึ้นตามแขนขา ทำให้เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้ออาจสงสัยว่าตนเองมีความผิดปกติและเข้ารับการตรวจรักษา

4) ระยะเอดส์หรือระยะที่มีโรคแทรกซ้อน เช่น วัณโรคปอด วัณโรคแพร่กระจาย และวัณโรคเยื่อหุ้มสมอง รวมถึงโรคติดเชื้อที่มักไม่เกิดขึ้นกับผู้ที่ภูมิคุ้มกันปกติ เช่น ปอดอักเสบจากเชื้อรา เชื้อราขึ้นสมอง ฝีในเนื้อสมอง รวมถึงอาจเกิดมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งปากมดลูก

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะแรก ๆ จะไม่แสดงอาการ แต่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ การทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจเพื่อทราบถึงการติดเชื้อของตนเองจึงมีความสำคัญทั้งในแง่สุขภาพของผู้ติดเชื้อเองและในด้านการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น

1.1.5 การดำเนินของโรคเอดส์

- 1) สามารถแพร่เชื้อเอชไอวีได้ทันทีเมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย
- 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่เชื้อได้ตลอดชีวิต
- 3) ในระยะไม่แสดงอาการ ไม่สามารถมองออกว่าใครติดเชื้อ

หลังจากที่เชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย เชื้อจะเพิ่มจำนวนในเซลล์เม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 และเนื้อเยื่อ น้ำเหลืองทั่วร่างกาย ในช่วงเดือนแรกผู้ติดเชื้อบางคนมีอาการของการติดเชื้อเฉียบพลัน จากนั้นอาการจะหายได้เอง และเข้าสู่ระยะที่ไม่แสดงอาการ แต่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ คนไทยทั่ว ๆ ไปจะอยู่ในช่วงที่ไม่แสดงอาการประมาณ 7 - 8 ปี จากนั้นเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 จะลดลงอย่างรวดเร็ว เข้าสู่ระยะแสดงอาการ และมีโรคแทรกซ้อนหรือเอดส์

1.1.6 แนวทางการตรวจคัดกรองและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบัน ใช้การตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ไม่ได้ตรวจจำนวนเชื้อโดยตรง เนื่องจากเป็นวิธีการตรวจที่แม่นยำ มีราคาถูก และสามารถออกผลการตรวจได้ไว แต่ในผู้ที่เพิ่งมีการติดเชื้อใน 2 - 3 สัปดาห์แรก ที่มีระดับแอนติบอดีอยู่ในระดับต่ำจนอาจตรวจไม่พบ เรียกการติดเชื้อในช่วงแรกนี้ว่า ระยะที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ (Window period) นอกจากนั้นห้องปฏิบัติการบางแห่ง สามารถตรวจโดยวิธี Nucleic acid amplification test, NAT หรือการตรวจไวรัสเอชไอวี ในเลือดได้ตั้งแต่ 7 - 10 วัน หลังจากการติดเชื้อ ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หากผลตรวจครั้งนี้ไม่พบการติดเชื้อ ควรนัดตรวจซ้ำหลังจากมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อครั้งสุดท้ายจนครบ 1 - 3 เดือน

การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือส่วนประกอบของเชื้อ ได้แก่

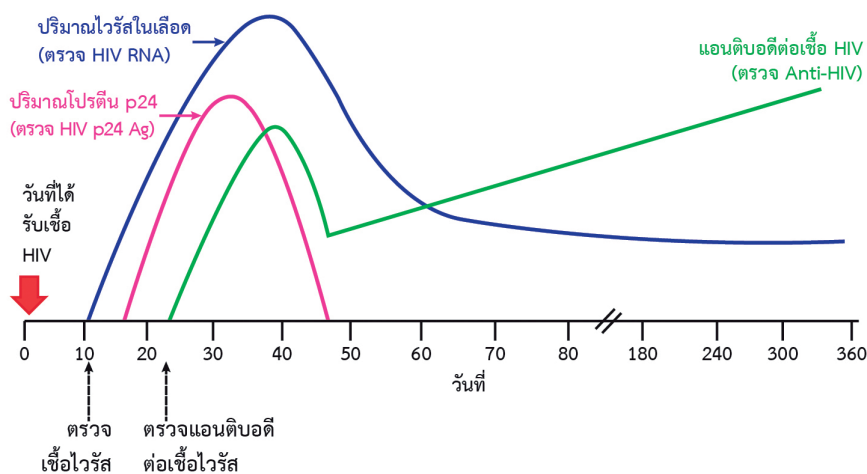
การตรวจหาแอนติเจนของเชื้อเอชไอวี จะทำการตรวจโปรตีนของเชื้อที่ชื่อว่า p24 (HIV p24 antigen testing) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ตรวจการติดเชื้อในระยะแรกที่ได้รับเชื้อยังไม่สร้างแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV) หรือมีระดับแอนติบอดีที่ต่ำ จนไม่สามารถตรวจวัดได้ โดยสามารถตรวจได้ภายหลังการติดเชื้อประมาณ 14-15 วัน (เส้นสีชมพูแสดงในแผนภูมิที่ 4)

การตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV testing) เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในปัจจุบัน โดยสามารถตรวจพบได้หลังการติดเชื้อประมาณ 3-4 สัปดาห์ (เส้นสีเขียวแสดงในแผนภูมิที่ 4)

การตรวจโดยใช้ชุดตรวจแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อเอชไอวีและแอนติเจนของเชื้อพร้อมกันในน้ำยาเดียวกัน (HIV Ag/Ab combination assay) หรือเรียกอีกอย่างว่าน้ำยาตรวจแบบ Fourth generation เป็นการตรวจ Anti-HIV และ/หรือ HIV p24 antigen ในคราวเดียวกัน ซึ่งปัจจุบันน้ำยาประเภทนี้มีการใช้อย่างแพร่หลายเพื่อตรวจคัดกรองผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยสามารถตรวจพบการติดเชื้อได้เร็วที่สุด 14 - 15 วัน หรือ 2 สัปดาห์ หลังติดเชื้อ

การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวีหรือ nucleic acid test (NAT) เป็นวิธีที่มีความไวมากที่สุด โดยสามารถตรวจการติดเชื้อได้ตั้งแต่ 3 - 7 วัน หลังการติดเชื้อ (เส้นสีน้ำเงินแสดงในแผนภูมิที่ 4) ปัจจุบันวิธีนี้ใช้ในการตรวจคัดกรองเลือดผู้บริจาคโลหิต แต่ยังไม่นำมาใช้ในการตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาล

แผนภูมิที่ 4 การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี



การตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV Self-Screening Test) หมายถึง การที่ผู้ตรวจทำการเก็บตัวอย่างเลือดหรือสารน้ำในช่องปากทำการตรวจและแปลผลเบื้องต้นด้วยตนเอง ปัจจุบัน กฎหมายอนุญาตให้ตรวจเอชไอวีด้วยตนเองได้แล้ว มี 2 ชนิด คือ

1) เจาะเลือดที่ปลายนิ้ว มาตรฐานชุดตรวจแบบเจาะเลือดปลายนิ้ว ความไว (Sensitivity) ไม่ต่ำกว่า 99.5% ความจำเพาะ (specificity) ไม่ต่ำกว่า 99%

2) สารน้ำในช่องปาก ใช้แผ่นเก็บตัวอย่างกวาดตามแนวเหงือกเพื่อซับน้ำในช่องปาก มาตรฐานชุดตรวจแบบสารน้ำในช่องปาก ความไว (Sensitivity) ไม่ต่ำกว่า 99% ความจำเพาะ (specificity) ไม่ต่ำกว่า 98%

แผนภูมิที่ 5 การตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยสารน้ำในช่องปาก



สิทธิการตรวจเอชไอวีและสถานที่ให้บริการตรวจเอชไอวี

คนไทยมีสิทธิตรวจเอชไอวี ฟรีปีละ 2 ครั้ง หากมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยสามารถตรวจและรู้ผลภายในวันเดียว หากผลตรวจว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันที ฟรี ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา โดยสามารถรับการตรวจได้ ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั่วประเทศ
- 2) อาคารศูนย์การแพทย์บางรัก กรมควบคุมโรค (คลินิกบางรัก ชั้น 9)
- 3) คลินิกนิรนาม สภาวิชาชีพ
- 4) คลินิกชุมชนสีลม
- 5) มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING)
- 6) สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย คลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสีรุ้ง
- 7) ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขกรุงกรุงเทพมหานคร 69 แห่ง
- 8) คลินิกรักษ์เพื่อน สังกัดกรุงเทพมหานคร
 - โรงพยาบาลกลาง
 - โรงพยาบาลตากสิน
 - โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
 - โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิศ
 - โรงพยาบาลสิรินธร
 - โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
 - โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
 - โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
- 9) คลินิก ฮักซา กลางเวียง (Hugsa Clinic) จังหวัดเชียงใหม่

- 10) มูลนิธิแคร์แมท จังหวัดเชียงใหม่ (CAREMAT Foundation Chiangmai)
- 11) ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนมูลนิธิเอ็มเฟรนด์ จังหวัดอุดรธานี (M-Friends Udonthani Foundation)
- 12) แอ็คทีม (Actteam) จังหวัดขอนแก่น
- 13) มูลนิธิเอ็มพลัส

แนวทางการปฏิบัติสำหรับทดสอบ เอชไอวี เพื่อวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการในปัจจุบัน

ในประเทศไทยแนวทางปฏิบัติเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในระดับชาติ ได้ยึดแนวทางองค์การอนามัยโลกฉบับใหม่ในปี พ.ศ. 2555 โดยใช้ขั้นตอนการทดสอบแบบ 3 วิธี (3 tests algorithm) โดยตั้งต้นด้วยชุดตรวจคัดกรองเป็น HIV Ab หรือ HIV Ag/Ab ดังนี้

- 1) ถ้าไม่พบปฏิกิริยา (non-reactive) สามารถรายงานผลเป็นลบ (negative) ได้ทันที โดยไม่ต้องตรวจยืนยันใด ๆ
- 2) กรณีที่พบปฏิกิริยา (reactive) ด้วยชุดตรวจแรกให้ทดสอบต่อด้วยวิธีที่ 2 และ 3 ที่มีความหลากหลายของแอนติเจนซึ่งอาจมีหลักการเหมือนกันหรือต่างหลักการก็ได้ ตัวอย่างที่พบปฏิกิริยาสอดคล้องตรงกันทั้ง 3 วิธี สามารถรายงานเป็นผลบวก (positive) ได้ โดยที่ห้องปฏิบัติการสามารถออกผลได้เลย ในกรณีเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่หรือตรวจเป็นครั้งแรก (newly diagnosed) สามารถแนะนำให้เจาะเลือดตรวจซ้ำเพื่อยืนยันตัวบุคคล ในกรณีที่ได้เลือดส่งซ้ำทางห้องปฏิบัติการจะตรวจใหม่ซ้ำด้วยชุดทดสอบเดิมอย่างน้อย 1 วิธี
- 3) กรณีที่ผลการทดสอบไม่สอดคล้องกันหลังจากทดสอบซ้ำแล้ว แนะนำให้ตอบเป็นสรุปผลไม่ได้ (inconclusive) อาจตรวจหาเทคนิคระดับโมเลกุลช่วยเพื่อสนับสนุนยืนยัน หรือแนะนำให้เจาะเลือดติดตามตรวจซ้ำหลัง 2 - 4 สัปดาห์ ก็เพียงพอ ในกรณีผลบวกที่แท้จริงทุกชุดตรวจคัดกรองให้ปฏิกิริยาในเลือดหลังการติดตาม

1.1.7 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1) การใช้ถุงยางอนามัย ปัจจุบันการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ คือการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งและทุกช่องทางที่มีเพศสัมพันธ์ เพราะถุงยางอนามัยจะช่วยป้องกันเอชไอวีแล้ว ยังสามารถป้องกันเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ด้วย

ข้อดีของถุงยางอนามัย

- ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ป้องกันโรค : นอกจากเอดส์แล้ว ถุงยางอนามัยช่วยให้ปลอดภัยจากหนองใน หนองในเทียม เป็นต้น
- ใช้ถุงยางอนามัย คือความใส่ใจ ไม่ใช่เรื่องน่ารังเกียจ : สนุกไปพร้อมความใส่ใจปลอดภัยด้วยกันทั้งคู่
- ใคร ๆ ก็เสี่ยง หากไม่ใส่ถุงยางอนามัย : ปลอดภัยไว้ก่อน เพราะเราไม่อาจรู้ว่าคู่ที่นอนกับเราเคยไปนอน หรือมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นมาก่อน อาจนำโรคมาสู่เราได้
- ถุงยางอนามัยมีลูกเล่นที่หลากหลาย ทั้งรูปลักษณ์ และพื้นผิวช่วยสร้างความสนุกสนานทางเพศ
- ถุงยางอนามัยในประเทศไทยต้องผ่านมาตรฐาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ประกันความปลอดภัย มีคุณสมบัติทนแรงอัดอากาศได้ไม่ต่ำกว่า 1.5 ลิตร ยืดได้ยาวถึง 8 เท่า ของความยาวปกติ บรรจุน้ำได้มากกว่า 1 ลิตร
- พกถุงยางอนามัยเป็นคนรอบคอบในการใช้ชีวิต เพราะการมีเพศสัมพันธ์อาจเกิดขึ้นได้อย่างไม่ทันตั้งตัว ควรเตรียมพร้อมเสมอ

2) ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-exposure prophylaxis: PrEP) เป็นยาที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี เหมาะสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีสูงเป็นหนึ่งในชุดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หากกินสม่ำเสมอ สามารถลดโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ 99% และควรใช้ร่วมกับถุงยางอนามัยเสมอ

การรับประทาน PrEP รับประทานวันละเม็ดทุกวันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี รับประทานต่อเนื่อง และรับประทานจนครบ 30 วัน หลังมีความเสี่ยงครั้งสุดท้ายในการติดเชื้อเอชไอวีในรายที่มีเพศสัมพันธ์ไม่บ่อยควรปรึกษาแพทย์ ว่าคุณเหมาะจะรับประทาน PrEP แบบ On Demand PrEP (PrEP เมื่อต้องการ) หรือไม่

PrEP เหมาะกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงในระยะเวลาหนึ่ง เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ได้รับการรักษาหรือเพิ่งเริ่มรักษา ผู้ที่มีคู่นอนหลายคน ผู้ที่มาขอยาป้องกันหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PEP) เป็นประจำ ผู้ที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บ่อย ๆ และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดครั้งสุดท้ายภายใน 3 เดือน

อาการข้างเคียงสำหรับผู้รับประทาน PrEP คือ คลื่นไส้ ท้องอืด ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ง่วงนอน บางรายอาจพบการทำงานของไตผิดปกติ เมื่อหยุดยาจะดีขึ้น หากใช้เป็นเวลานานอาจมีมวลกระดูกลดลง แต่จะกลับมาเป็นปกติหลังหยุดยา

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้รับประทาน PrEP

- ก่อนเริ่มยาแพทย์จะประเมินผลเลือดว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี และไม่มีข้อห้ามในการรับประทาน PrEP
- แพทย์จะจ่ายยา 1 - 3 เดือน และนัดติดตาม
- ผู้ที่รับประทาน PrEP ต้องรับประทานยาต่อเนื่องทุกวันตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อเอชไอวี
- แพทย์จะนัดมาตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีทุก 3 เดือน และดูการทำงานทุก 3 - 6 เดือน
- หากมีอาการคล้ายไข้หวัด ผื่น ปวดเมื่อยตามตัว ต่อม้ำเหลืองโตระหว่างการรับประทาน PrEP ให้ปรึกษาแพทย์
- PrEP สามารถรับประทานได้ต่อเนื่อง ตลอดเวลาที่ยังมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อเอชไอวี
- หากต้องการหยุดรับประทาน PrEP ให้พบแพทย์เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ และวิธีหยุดกินยาอย่างเหมาะสม

3) ยาป้องกันหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Post-exposure prophylaxis: PEP) เป็นยาที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี เหมาะสำหรับผู้ที่คาดว่ามีการสัมผัสเชื้อเอชไอวีมาก่อนต้องรับประทาน PEP ภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากคาดว่ามีการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ยิ่งรับประทานเร็ว ยิ่งลดโอกาสการติดเชื้อเอชไอวี

การรับประทาน PEP ต้องรับประทาน PEP วันละครั้งตรงเวลาทุกวันเป็นเวลา 1 เดือน หลังมีความเสี่ยงการสัมผัสเชื้อเอชไอวี และต้องงดพฤติกรรมเสี่ยงการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในขณะที่รับประทานยา

PEP เหมาะกับผู้ที่มีการสัมผัสกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ถูกฉีดยาทางเพศ ผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น และบุคลากรการแพทย์ที่ถูกเข็มตำ

อาการข้างเคียงสำหรับผู้รับประทานยา PEP คือ คลื่นไส้ ท้องอืด ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ง่วงนอน และบางรายอาจพบการทำงานของไตผิดปกติ เมื่อหยุดยาจะดีขึ้น

ข้อควรรู้ของการรับประทาน PEP

- ต้องกินยาต่อเนื่องทุกวันตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อเอชไอวี
- ต้องเข้ารับการตรวจเลือด และการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ รวมถึงตรวจการติดเชื้อเอชไอวีทั้งก่อน และเมื่อครบ 1 เดือน หลังเริ่มกิน PEP
- หากยังมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อเอชไอวีหลังจากรับประทาน PEP ตามที่แพทย์สั่ง และตรวจไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี สามารถรับประทาน PEP ต่อได้

1.1.8 โรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญ ได้แก่

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ กลุ่มโรคที่ติดต่อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง จากการร่วมเพศ บางโรคอาจติดต่อกันโดยการสัมผัส หรือการถ่ายทอดเชื้อขณะอยู่ในครรภ์

วัณโรค คือ โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ติดต่อโดยผู้ป่วย ไอ จาม ไม่ปิดปาก ไม่ปิดจมูก ผู้ใกล้ชิดหายใจรับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย วัณโรคเป็นได้ทุกส่วนของร่างกาย แต่พบมากที่สุด คือวัณโรคปอด

การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent tuberculosis infection: LTBI) คือ ผู้ที่ได้รับเชื้อ *M. tuberculosis* โดยการหายใจ และเชื้อจะแฝงตัวและซ่อนตัวอย่างเงียบๆ ในร่างกาย โดยไม่มีอาการแสดงใด ๆ และไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ เนื่องจากร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกัน สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อ *M. tuberculosis* ไม่ให้แบ่งตัวหรือลูกหลานได้ แต่เมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง เชื้อที่สงบนิ่งจะออกมาลูกหลานแบ่งตัวและกลายเป็นผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคในที่สุด

โรคไวรัสตับอักเสบบี คือ โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อทางเลือด สารคัดหลั่งอย่างอื่น เช่น น้ำเหลือง โดยสามารถรับและถ่ายทอดเชื้อได้โดยการมีพฤติกรรมเสี่ยง ดังนี้

- 1) การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัย
- 2) การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- 3) การใช้เข็มฉีดยาเจาะร่วมกับผู้มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- 4) การติดเชื้อขณะคลอดจากแม่ที่มีเชื้อ (ถ้าแม่มีเชื้อ ลูกมีโอกาสได้รับเชื้อร้อยละ 90)
- 5) บุคลากรทางการแพทย์ ที่ถูกเข็มตำจากการปฏิบัติงาน
- 6) ใช้อุปกรณ์หรือของมีคมที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เช่น กรรไกรตัดเล็บ หรือมีดโกน

โรคไวรัสตับอักเสบบี คือ โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง รวมทั้งตับแข็งและมะเร็งตับ สามารถติดต่อกันทางเลือด และส่วนประกอบของเลือด เช่น เกล็ดเลือด น้ำเหลืองหรือพลาสมา คล้ายกับไวรัสตับอักเสบบี แต่ไม่สามารถติดต่อกันได้ทางการให้นมบุตร การจามหรือไอรดกัน การรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำด้วยกัน และการใช้ถ้วยชามร่วมกัน

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส คือ การติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งปกติไม่ทำให้เกิดโรคในคนที่สุขภาพปกติ แต่ทำให้เกิดโรคในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็น “โอกาส” ให้เชื้อฉวยโอกาสเข้าก่อโรคได้ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะพบในระยะเอดส์ ซึ่งเป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายจะถูกทำลายลงไปมาก สามารถทราบได้จากการตรวจเลือดจะพบเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ลดลง อาจจะมาพบแพทย์ด้วยวัณโรค เชื้อราในปอด เชื้อราขึ้นสมอง จึงเรียกรวมโรคเหล่านี้ว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส”

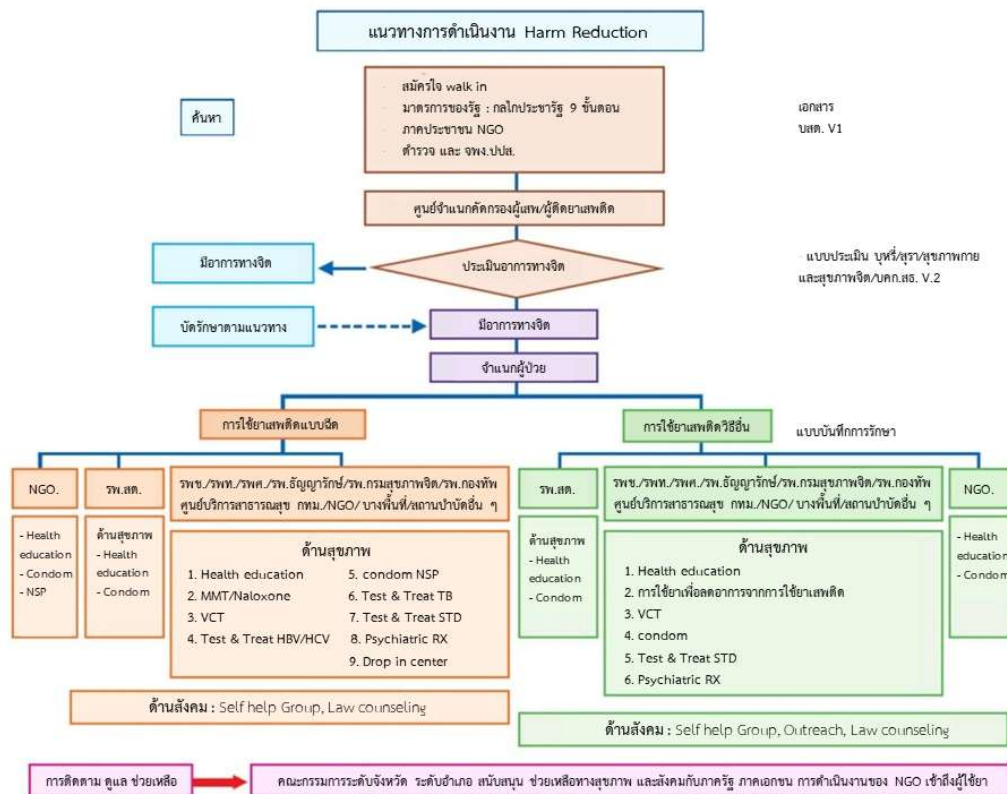
1.1.9 การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) คือ การลดปัญหา หรือภาวะเสี่ยงอันตราย การแพร่ระบาด การสูญเสียจากการใช้ยาเสพติด ที่เกิดกับตัวบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นการป้องกันอันตรายโดยการทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายลดลง ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดยาเสพติดได้ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษา ที่ยึดความพร้อมของผู้ป่วยเป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชนและความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด

การจัดชุดบริการลดอันตรายจากยาเสพติดแบบรอบด้าน ตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) ประกอบด้วย

- 1) ชุดบริการด้านสุขภาพการลดอันตรายจากการใช้ยา ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด
 - การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
 - การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว MMT
 - การจัดให้มีบริการป้องกันและดูแลรักษาอาการจากการใช้ยาเสพติดเกินขนาดในพื้นที่ เช่น การให้บริการ Naloxone
 - การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 - การให้คำปรึกษา ตรวจหา และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
 - การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด
 - การสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย อย่างถูกวิธี
 - การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และรักษาวัณโรค
 - การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษาโรคทางจิตเวช
- 2) ชุดบริการด้านสุขภาพการลดอันตรายจากการใช้ยา ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีอื่น ๆ
 - การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
 - การใช้ยาเพื่อลดอาการจากการใช้ยาเสพติด
 - การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 - การสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี
 - การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษาโรคทางจิตเวช
- 3) การให้บริการด้านสังคม
 - การเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยอาสาสมัครภาคประชาสังคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ
 - กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนทั้งในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมบริการสังคม
 - จัดให้มีพื้นที่ที่ปลอดภัย (Drop in center) ในการดำเนินกิจกรรมลดอันตรายจากยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดำเนินการ

แผนภูมิที่ 6 แนวทางการดำเนินงาน Harm reduction



1.1.10 การใช้ฮอร์โมนเพื่อการข้ามเพศ

ผู้ที่ประสงค์จะใช้ฮอร์โมนเพื่อการข้ามเพศควรศึกษาข้อดี ข้อเสียของการใช้ฮอร์โมนและปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ก่อนเริ่มเข้าสู่กระบวนการเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพและการบริหารการใช้ยาที่เหมาะสม ซึ่งการใช้ฮอร์โมนเพื่อการข้ามเพศถือเป็นกระบวนการเฉพาะบุคคล เนื่องจากแต่ละคนมีพื้นฐานความต้องการและสุขภาพที่ต่างกัน

เพื่อความปลอดภัยผู้ใช้ฮาร์ดแวร์ไม่ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจติดตาม และเฝ้าระวังสุขภาพอย่างเคร่งครัด

ตารางที่ 4 ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ฮอร์โมน

การใช้ฮอร์โมนเพศหญิง	การใช้ฮอร์โมนเพศชาย
• หลอดเลือดดำอุดตัน • นิ่วในถุงน้ำดี • ค่าการทำงานของตับสูงขึ้น • น้ำหนักขึ้น • ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง • โรคหัวใจและหลอดเลือด • ความดันโลหิตสูง • น้ำนมไหล (ภาวะระดับโปรแลคตินสูง) เนื่องออกต่อมได้สมอง • เบาหวานชนิดที่ 2	• ภาวะเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ (เลือดข้น) • น้ำหนักขึ้น • เป็นสิวมากขึ้น • ศีรษะล้าน • ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ • ค่าการทำงานของตับสูงขึ้น • ภาวะไขมันในเลือดสูง • โรคหัวใจและหลอดเลือด • ความดันโลหิตสูง • เบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 5 คำแนะนำเบื้องต้นในการใช้ฮอร์โมน สำหรับหญิงข้ามเพศ

	ฮอร์โมน	
	ฮอร์โมนเพศหญิง (เอสโตรเจน)	กลุ่มยาที่ลดผลของฮอร์โมนเพศชาย (แอนติ-แอนโดรเจน)
ผู้ใช้	ใช้ในหญิงข้ามเพศทุกคนที่ต้องการใช้ฮอร์โมนเพื่อการข้ามเพศ	ใช้เฉพาะในหญิงข้ามเพศที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะออกหรือยังไม่ได้รับการผ่าตัดแปลงเพศ * ควรใช้ร่วมกับฮอร์โมนเพศหญิงหรือตามแพทย์สั่งเท่านั้น
อาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น	• คัด ตึง เจ็บเต้านม • ปวดท้องเกร็ง • คลื่นไส้ อาเจียน • ผิวหนังแดง มีผื่นขึ้น และมีอาการคัน	• ความต้องการทางเพศลดลง • น้ำหนักตัวเพิ่มหรือลด • อารมณ์แปรปรวน
อาการสำคัญที่ควรมาพบแพทย์ทันที	ตัวเหลือง มีไข้ ปวดศีรษะรุนแรง หายใจไม่สะดวก เปลือกตาบวม หน้าบวม	หายใจติดขัด ผื่นขึ้น สายตาพร่ามัว ตา/ตัวเหลือง
คำแนะนำ	• ไม่แนะนำให้ใช้ยาคุมกำเนิดในการข้ามเพศ • ผู้ที่ใช้ยาในกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจร่างกายตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	

ตารางที่ 6 คำแนะนำเบื้องต้นในการใช้ฮอร์โมน สำหรับชายข้ามเพศ

ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน	
ผู้ใช้	ใช้ในชายข้ามเพศทุกคน ทั้งที่ยังไม่ได้รับหรือได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่แล้ว
อาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น	ผิวมัน อาจจะมีสิวขึ้น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดและบวมบริเวณที่ฉีดยา อารมณ์แปรปรวน น้ำหนักขึ้น นอนไม่หลับ ฝันร้าย
อาการสำคัญที่ควรมาพบแพทย์ทันที	• บริเวณมือ แขน หรือขา มีอาการปวด แดง หรือบวม • หายใจติดขัด • ตาพร่ามัว ปวดหัว ชัก • สูญเสียความสามารถในการพุดรุนแรงและเฉียบพลัน • แขนขาอ่อนแรงรุนแรงและเฉียบพลัน
คำแนะนำ	ผู้ที่ใช้ยาในกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจร่างกายตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

1.1.11 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

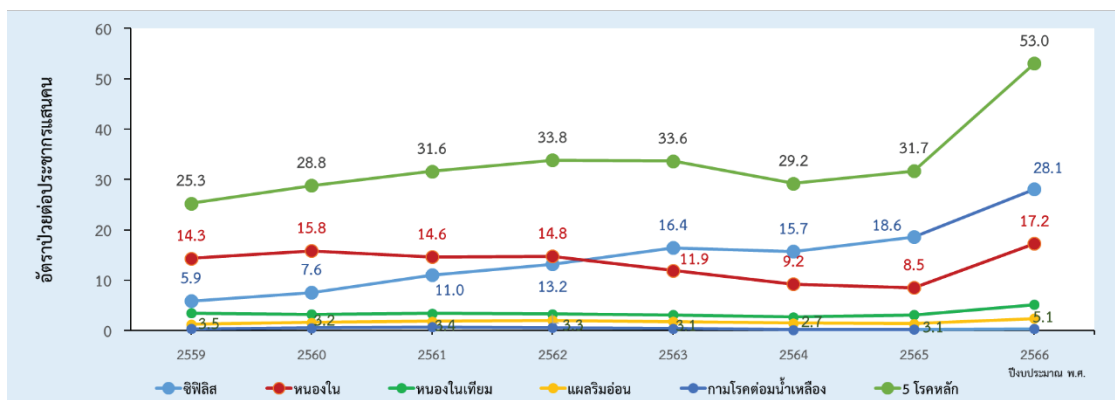
การกินยาต้านไวรัสเอชไอวีจะทำให้ผู้ติดเชื้อมีภูมิคุ้มกันกลับมาเป็นปกติได้ มีสุขภาพดีและมีชีวิตที่ยืนยาวใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะต้องกินยาต้านไวรัสตลอดชีวิต ยาต้านไวรัสในปัจจุบันมีผลข้างเคียงน้อยกว่าในอดีตมาก รวมทั้งมียาหลายชนิดรวมอยู่ในเม็ดเดียว ทำให้กินง่าย และลดความสับสนในการกินยา หากต้องกินยาหลายชนิด ซึ่งคนไทยทุกคนสามารถรับบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ฟรี ที่โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานพยาบาลที่เข้าร่วมจัดบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นอกจากนี้ผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สามารถรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ฟรี

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.2.1 สถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานการณ์การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในภาพรวม 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง และยังถือเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จโดยอ้อม (Proxy indicator) ของการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จากรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในปี 2565 จำนวน 20,976 ราย ส่วนใหญ่พบในเพศชาย ร้อยละ 67.2 คิดเป็นอัตราป่วยเฉพาะเพศชายเท่ากับ 43.5 รายต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยเฉพาะเพศหญิงเท่ากับ 20.4 รายต่อประชากรแสนคน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 – 24 ปี (112.3 ราย ต่อประชากรแสนคน) จากข้อมูล ปี 2565 โรคที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ ซิฟิลิส (12,296 ราย) รองลงมา คือ หนองใน (5,625 ราย) หนองในเทียม (2,039 ราย) แผลริมอ่อน (890 ราย) และกามโรคต่อมและท่อน้ำเหลือง (126 ราย) ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 7 สถานการณ์ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 - 2566



ที่มา : ข้อมูล 506 ปี 2566 ณ วันที่ 5 มีนาคม 2567

1.2.2 ความหมายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted disease) หมายถึง โรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยผ่านการมีเพศสัมพันธ์

โรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น โรคซิฟิลิส โรคแผลริมอ่อน รักษาหาย เป็นซ้ำได้หากได้รับเชื้อเข้ามาใหม่ ติดต่อกับการมีเพศสัมพันธ์

โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส เช่น โรคเริมอวัยวะเพศ โรคหูดหงอนไก่ รักษาหาย และอาจเป็นซ้ำได้แม้ไม่ได้รับเชื้อเพิ่ม ติดต่อกันโดยการมีเพศสัมพันธ์ หรือสัมผัสเชื้อแม้จะไม่ได้สอดใส่

โรคที่เกิดจากเชื้อรา/โปรโตซัว เช่น โรคเชื้อราช่องคลอด สามารถเป็นได้แม้ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์

1.2.3 ช่องทางการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งตามลักษณะอาการ

แผล ได้แก่ ซิฟิลิส แผลริมอ่อน เริมอวัยวะเพศ

ฝี ได้แก่ กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หรือฝีมะม่วง

หนอง ได้แก่ หนองในเทียม

อื่น ๆ ได้แก่ หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก พยาธิช่องคลอด เชื้อราช่องคลอด โលน หิด

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อย

1) หนองใน (Gonorrhea) ผู้ชายจะมีปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลจากท่อปัสสาวะ ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หากมีอาการจะมีตกขาวผิดปกติไม่คัน

2) หนองในเทียม (Non-Gonococcal Urethritis: NGU) ผู้ชายจะมีอาการปัสสาวะแสบขัด อาจมีมูกใสหรือมูกขุ่น ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ

3) ซิฟิลิส (Syphilis)

ระยะแรก : มีแผลที่อวัยวะเพศ หรือที่อื่น ๆ หายเองได้แม้ไม่ได้รับการรักษา

ระยะที่ 2 : ผื่นขึ้นตามลำตัว ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ไม่เจ็บ และไม่คัน

ระยะที่ 3 : หากไม่ทำการรักษาโรคจะลุกลาม ทำลายอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือดสมอง ทำให้พิการ และเสียชีวิตได้

ซิฟิลิสแต่กำเนิด : มารดาที่ติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ อาจแท้ง หรือให้กำเนิดทารกที่เป็นโรคซิฟิลิส

1.2.4 การดำเนินของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาขึ้นอยู่กับแต่ละโรค

ตารางที่ 7 การดำเนินการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ชื่อโรค	สาเหตุ	ระยะฟักตัว
ซิฟิลิส	เชื้อแบคทีเรีย <i>Treponema pallidum</i>	10 – 90 วัน (เฉลี่ย 21 วัน)
หนองในแท้	เชื้อแบคทีเรีย <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	2 – 7 วัน
หนองในเทียม	เชื้อแบคทีเรีย <i>Chlamydia trachomatis</i>	เฉลี่ย 7 วัน

1.2.5 การป้องกันการติดเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1) งดการมีเพศสัมพันธ์

2) มีคู่นอนเพียงคนเดียว ลดจำนวนคู่นอนให้มีจำนวนน้อยที่สุด และไม่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ

3) ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ทุกช่องทาง

4) พาคู่นอนมาตรวจ และรับการรักษาพร้อมกัน หากไม่รักษาทั้งคู่ มีโอกาสกลับไปเป็นซ้ำ

1.2.6 แนวทางการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เบื้องต้น

ประชาชนสามารถตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ที่โรงพยาบาล ห้องปฏิบัติการหรือคลินิกเทคนิคการแพทย์ทั้งของภาครัฐและเอกชน

ตารางที่ 8 แนวทางการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มประชากร	STIs	Treponemal test	HIV
พนักงานบริการ (ชาย/หญิง)	ทุก 1 เดือน	ทุก 3 เดือน	ทุก 3 เดือน
กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	ทุก 12 เดือน	ทุก 12 เดือน	ทุก 12 เดือน
กลุ่มผู้ขายยาเสพติดชนิดฉีด	ทุก 6 เดือน	ทุก 6 เดือน	ทุก 6 เดือน
ผู้ต้องขัง/สถานพินิจ	ตรวจ 1 ครั้ง ก่อนเข้าสถานคุมขัง หากต้องเข้าสถานที่คุมขัง > 6 เดือน ควรตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนออกจากสถานที่คุมขัง		
ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง	ทุก 6 เดือน	ทุก 6 เดือน	ทุก 6 เดือน
กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี	อย่างน้อย 1 ครั้ง	อย่างน้อย 1 ครั้ง	อย่างน้อย 1 ครั้ง

ที่มา : แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2553

* Treponemal test – TPPA, TPHA, FTA-ABS, CLIA เป็นการตรวจที่ใช้คัดกรองโรคซิฟิลิส

บทบาทสำคัญของเจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาสังคมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือการให้ความรู้ การสร้างความตระหนักในการป้องกัน โดยการใส่ถุงยางอนามัย ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การชักชวนและติดตามให้กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเพิ่มโอกาสการติดเชื้อเอชไอวี 2 - 9 เท่า และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระยะเอดส์เร็วขึ้น

1.2.7 การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยการกินหรือฉีดยาปฏิชีวนะให้ครบตามแพทย์สั่ง และให้ความสำคัญกับการพาคู่่นอนมารับการตรวจรักษา ส่วนโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส บางชนิดจะอยู่ในร่างกายตลอดชีวิต เช่น เริม การรักษาจะช่วยควบคุมอาการโรคได้ แต่การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น เอชพีวี ร่างกายอาจกำจัดเชื้อได้เอง หากกำจัดไม่ได้เชื้ออาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งในอนาคต

1.3 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค

1.3.1 สถานการณ์ของวัณโรค

สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับมาเป็นซ้ำที่ค้นพบ และขึ้นทะเบียนรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา 85,837 ราย ผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,631 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 9.4 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี และอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับร้อยละ 75

1.3.2 ความหมายและสาเหตุของวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* วัณโรคเกิดได้กับทุกอวัยวะ แต่จะพบวัณโรคปอดมากที่สุด รวมถึงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีลักษณะเป็นโพรงแผล จะมีเชื้อวัณโรคอยู่เป็นจำนวนมาก เมื่อไอเชื้อจะออกมาพร้อมกับฝอยละออง ซึ่งอาจแขวนลอยอยู่ในอากาศได้นานถึง

30 นาที ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่มากจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1 - 5 ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ซึ่งผู้สูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป อนุภาคขนาดใหญ่ จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่อนุภาคขนาดเล็ก ๆ จะเข้าไปสู่ถุงลมในปอด

1.3.3 ช่องทางการติดเชื้อวัณโรค

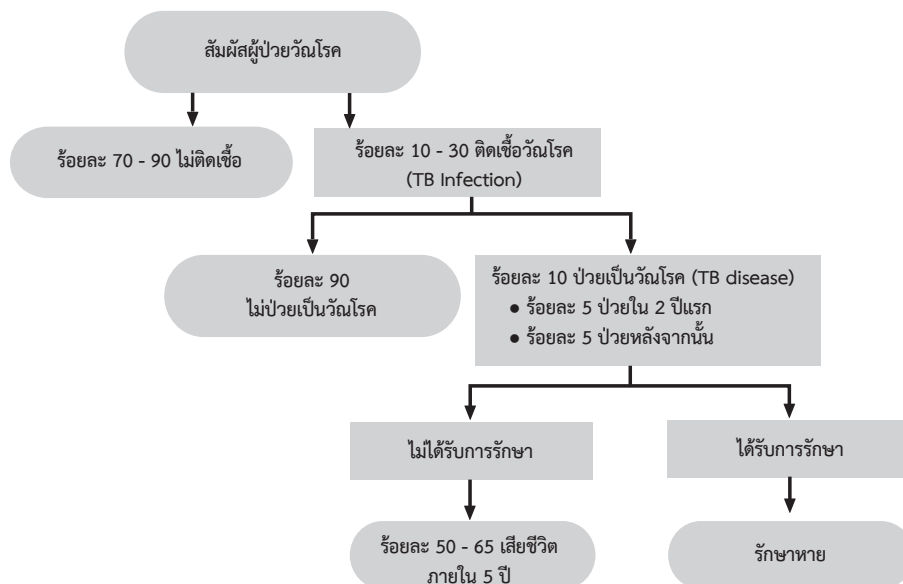
วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ติดต่อกับคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยผู้ป่วย ไอ จาม ไม่ปิดปาก ไม่ปิดจมูก ผู้ที่อยู่ใกล้หายใจเอาเชื้อเข้าสู่ร่างกาย

อาการและอาการแสดงของวัณโรค

อาการของวัณโรค ได้แก่ อาการไอเรื้อรังนานกว่า 2 สัปดาห์ อาจไอออกมาเป็นเลือด มีไข้ตอนบ่าย และมีเหงื่อออกตอนกลางคืน เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แต่ไม่มีความจำเพาะ ดังนั้นการวินิจฉัยวัณโรค จำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย

1.3.4 การดำเนินของวัณโรค

แผนภูมิที่ 8 ธรรมชาติของการดำเนินโรควัณโรค



1.3.5 การป้องกันการติดเชื้อของวัณโรค

- 1) หลีกเลี่ยงการคลุกคลี ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค
- 2) รักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยการออกกำลังกาย รับประทานอาหารครบ 5 หมู่
- 3) ตรวจร่างกาย โดยการเอกซเรย์ปอด อย่างน้อยปีละครั้ง
- 4) หากมีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน ควรให้กินยาอย่างครบถ้วน สม่าเสมอทุกวัน

หากมีอาการผิดปกติ สงสัยว่าจะเป็นวัณโรคควรรีบพบแพทย์ เพื่อเข้ารับการตรวจ โดยการเอกซเรย์ปอด และตรวจเสมหะทันที

1.3.6 แนวทางการคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยวัณโรค

การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ซึ่งจะพบความผิดปกติได้บ่อย กล่าวคือความไวในการวินิจฉัยสูงแต่มีความจำเพาะต่ำ เพราะสิ่งผิดปกติที่พบในภาพรังสีทรวงอกอาจไม่ใช่วัณโรค แต่เป็นการติดเชื้ออื่น เช่น เนื้องอก หรือการอักเสบอื่น จึงต้องมีการตรวจเพิ่มเติม โดยการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคร่วมด้วย

การคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค อาการที่สำคัญคือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาการอื่น ๆ ที่อาจพบคือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้ (ช่วงตอนบ่าย เย็น หรือตอนกลางคืน) ไอมีเลือดปน (hemoptysis) เจ็บหน้าอก หายใจขัด เหงื่อออกมากตอนกลางคืน

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจหาตัวเชื้อหรือส่วนประกอบของเชื้อวัณโรค จากสิ่งส่งตรวจจากสารคัดหลั่งของร่างกาย เช่น เสมหะ หนอง น้ำไขสันหลัง ปัสสาวะ อุจจาระ หรือตัวอย่างที่ได้จากอวัยวะที่สงสัยว่าเป็นวัณโรค เช่น ขั้วเนื้อจากต่อมน้ำเหลือง หรือตรวจการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ เช่น เลือด น้ำเหลือง เป็นต้น

1) การตรวจหาเชื้อ acid-fast bacilli (AFB) ด้วยกล้องจุลทรรศน์ (microscopic examination) ย้อมสีโดยวิธี Ziehl-Neelsen เป็นวิธีที่ตรวจได้ง่าย ได้ผลเร็ว ราคาถูก แต่ไม่สามารถบอกการมีชีวิตของเชื้อ ไม่สามารถแยกเชื้อที่พบ ระหว่าง Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC) และ non-tuberculous mycobacteria (NTM) และไม่สามารถแยกชนิดการดื้อยาของเชื้อได้

2) การเพาะเลี้ยงเชื้อและพิสูจน์ยืนยันชนิดของเชื้อ เป็นการตรวจที่มีความไวและความจำเพาะสูง สามารถบอกการมีชีวิตของเชื้อ และสามารถแยกเชื้อที่พบ ระหว่าง Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC) และ non-tuberculous mycobacteria (NTM) แต่ไม่สามารถแยกชนิดการดื้อยาของเชื้อได้ การเพาะเชื้อวัณโรค ใช้เวลานาน 2 - 8 สัปดาห์ แพทย์ส่วนใหญ่จึงตัดสินใจให้การรักษาโรคจากอาการประกอบกับภาพรังสีทรวงอก และการตรวจเสมหะ

3) การตรวจทางอณูชีววิทยา (Molecular testing) วิธีที่องค์การอนามัยโลกรับรองในปัจจุบัน เช่น Xpert MTB/RIF assay ใช้วินิจฉัยวัณโรคและทดสอบการดื้อยา rifampicin แต่การตรวจทางอณูชีววิทยา ในปัจจุบัน ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากปริมาณเครื่องมือมีจำกัด และค่าตรวจยังมีราคาสูง

1.3.7 การรักษาวัณโรค

การรักษาวัณโรคให้ได้ผลมีหลักสำคัญ ดังนี้

1) มียารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษา สามารถรักษาหายขาดได้
2) ให้รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอจนครบกำหนด ไม่ก่อให้เกิดเชื้อดื้อยา โดยใช้เวลาในการรักษา 6 - 8 เดือน

3) ห้ามหยุดยาด้วยตนเอง

4) มีพี่เลี้ยงในการช่วยดูแลการกินยาจนครบการรักษา

ปัจจุบันวัณโรคสามารถรักษาหายได้ สาเหตุสำคัญที่สุดของการรักษาล้มเหลว เกิดจากการที่ผู้ป่วยวัณโรคทานยาไม่ครบกำหนด และการหยุดยาด้วยตนเอง การมีพี่เลี้ยงในการช่วยดูแลการกินยาเป็นปัจจัยหลักที่สามารถติดตามและทำให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่องจนครบการรักษา

1.3.8 การติดตามการรักษา

การติดตามการรักษาเพื่อดูอาการและอาการข้างเคียงจากยา 1 - 2 สัปดาห์แรก

1) ตรวจย้อมเสมหะ 3 ช่วง คือ หลังได้รับยา 2 เดือน เพื่อดูการเปลี่ยนเสมหะจากบวกเป็นลบ หลังได้รับยา 5 เดือน เพื่อดูว่ามีการรักษาล้มเหลวหรือไม่ และเมื่อสิ้นสุดการรักษา เพื่อดูอัตราการหายจากโรค

2) ภาพรังสีทรวงอก เมื่อเริ่มรักษาและเมื่อสิ้นสุดการรักษา การถ่ายภาพระหว่างการรักษาไม่มีความจำเป็น ยกเว้นผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อน

3) การตรวจความไวของเชื้อต่อยาควรทำในรายที่รักษาซ้ำ มีการปรับสูตรยาในช่วงของการให้ยา ต่อเนื่องที่แตกต่างจากปกติ

1.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี

1.4.1 สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบ บี

โรคไวรัสตับอักเสบ บี เกิดจากไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Virus: HBV) เป็นดีเอ็นเอไวรัสชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพและชีวิตของประชาชนทั่วโลก จากรายงานความก้าวหน้าสถานการณ์เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกซึ่งเผยแพร่ใน พ.ศ. 2564 โดยองค์การอนามัยโลกพบว่า ใน พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง รายใหม่ 1.5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตด้วยไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ 820,000 คน สำหรับสถานการณ์ไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยพบว่าอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณร้อยละ 4.5 ของประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 และคาดประมาณว่าประเทศไทยน่าจะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณ 2.2 - 3 ล้านคน ทั่วประเทศ

1.4.2 ความหมายของโรคไวรัสตับอักเสบบี

- 1) โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นโรคติดต่อที่พบได้บ่อยในคนไทย
 - 2) ในอดีตคนไทยมักติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากการดื่มน้ำที่ไม่สะอาดในวัยเด็ก แต่กลายเป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรังในอนาคต และมีโอกาสเกิดอาการตับอักเสบบีเรื้อรัง จนเกิดพังผืด ตับแข็ง และมะเร็งตับได้
- จากหลักฐานการศึกษาปัจจุบัน บ่งชี้ว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการเกิด “มะเร็งตับ” ซึ่งเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในคนไทย

1.4.3 ช่องทางการติดเชื้อของโรคไวรัสตับอักเสบบี

เชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบได้ในเลือด น้ำเหลือง น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อนี้มาได้อย่างไร การติดต่อของโรคนี้มีช่องทางสำคัญดังนี้

- 1) การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง โดยอาจได้รับเชื้อจากกรณี เช่น การใช้ของมีคมหรือของใช้ที่เปื้อนเลือดร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อ เช่น เข็ม กระบอกฉีดยา ไบรด์คอน กรรไกรตัดเล็บ แปรงสีฟัน อุปกรณ์สักผิวหนังร่วมกัน ซึ่งเชื้อสามารถเข้าทางผิวหนังที่ถลอกมีบาดแผล รวมไปถึงการถูกเข็มที่ติดเชื้อตำจากการทำงานในสถานพยาบาล
- 2) การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งนี้การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้
- 3) การติดเชื้อจากการดื่มน้ำ การติดต่อวิธีนี้มีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ในระหว่างคลอด ควรมีการตรวจเลือดของหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างที่ฝากครรภ์ หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในกระแสเลือดจำนวนมากต้องได้รับยาต้านไวรัสเมื่ออายุครรภ์ 24 - 32 สัปดาห์ จนถึง 4 สัปดาห์ หลังคลอด และทารกควรได้รับภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปต่อไวรัสตับอักเสบบี (HBIG) และวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในเวลาที่เหมาะสม

อย่างไรก็ตามเชื้อมีจะไม่ติดต่อกันทางลมหายใจ อาหารหรือน้ำดื่ม การให้นม และการจูบ เว้นแต่กรณีที่มีแผลในช่องปาก

1.4.4 การดำเนินของโรคไวรัสตับอักเสบบี

การแพร่กระจายของไวรัสตับอักเสบบี ในประเทศไทยส่วนใหญ่มารดามักจะเป็นพาหะทำให้ทารกมีโอกาสติดโรคจากการดื่มน้ำได้ประมาณร้อยละ 40 - 50 ซึ่งมารดาที่เป็นพาหะจะตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HbsAg) และส่งต่อไปให้บุตรเป็นวงจรเช่นนี้ต่อไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด ดังนั้นการป้องกันในทารกแรกเกิดจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตัดวงจรดังกล่าว และจะลดการแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบบี ลงได้ในที่สุด

1.4.5 การป้องกันการติดเชื้อของโรคไวรัสตับอักเสบ บี

- 1) ทุกคนควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงทุกชนิด ได้แก่ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
- 2) ปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ โดยผู้ที่ควรฉีดวัคซีนมากที่สุด คือเด็กแรกเกิด
- 3) สำหรับผู้ใหญ่ หากต้องการฉีดวัคซีนควรได้รับการตรวจเลือดก่อนว่ามีภูมิคุ้มกันหรือไม่ เนื่องจากผู้ที่เคยติดเชื้อมาแล้วหรือมีภูมิคุ้มกันแล้ว ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีน
- 4) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ บี ต้องฉีดให้ครบชุดจำนวน 3 เข็ม เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันเพียงพอขึ้นในร่างกาย

1.4.6 อาการของโรคไวรัสตับอักเสบ บี

อาการของโรคไวรัสตับอักเสบ บี แบ่งได้ 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ตับอักเสบระยะเฉียบพลัน (Acute)

เริ่มมีอาการภายใน 2 - 5 เดือน หลังติดเชื้อ ได้แก่ อาการไข้ ตัวเหลือง ตาเหลือง ปวดท้องใต้ชายโครงขวา ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงเกิดจากเซลล์ตับถูกทำลายเป็นจำนวนมาก ในกรณีดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะตับวายได้

อาการตับอักเสบระยะเฉียบพลันจะดีขึ้นใน 1 - 4 สัปดาห์ แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถกำจัดเชื้อออกจากร่างกายได้หมด จะกลายเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง

ระยะที่ 2 ตับอักเสบระยะเรื้อรัง (Chronic)

ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ แต่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ผลการตรวจเลือดพบค่าการทำงานของตับอยู่ในเกณฑ์ปกติก็ได้ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง อาจเกิดภาวะตับอักเสบเฉียบพลันแทรกซ้อนได้เป็นระยะ ๆ หากไม่ได้รับการรักษา อาจกลายเป็นโรคตับแข็ง หรือมะเร็งตับ

1.4.7 การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี ปัจจุบันโรคไวรัสตับอักเสบ บี สามารถรักษาได้ แต่ไม่หายขาด

- ยาที่ใช้ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี ปัจจุบันอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถรับยาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามสิทธิการรักษาพยาบาล

- การรักษาด้วยยาด้านไวรัสจะกดไวรัสไม่ให้มีการแบ่งตัวจนมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นจนทำให้เกิดการทำลายเซลล์ตับหรือทำให้เกิดพังผืดหรือตับแข็งต่อไป

- ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ บี ควรได้รับการประเมิน และแนะนำอย่างละเอียดก่อนการรักษา ซึ่งรวมถึงภาวะของโรค โรคร่วม ข้อจำกัด หรือข้อห้ามในการใช้ยา การปฏิบัติตัว ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการติดตามระยะยาว

1.4.8 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี

การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี ในประเทศไทย สามารถทำได้ด้วยการตรวจหา Hepatitis B surface Antigen (HBsAG) ในเลือด โดยใช้หลักการทางภูมิคุ้มกันวิทยา ซึ่งสามารถตรวจได้ 2 แบบ ได้แก่

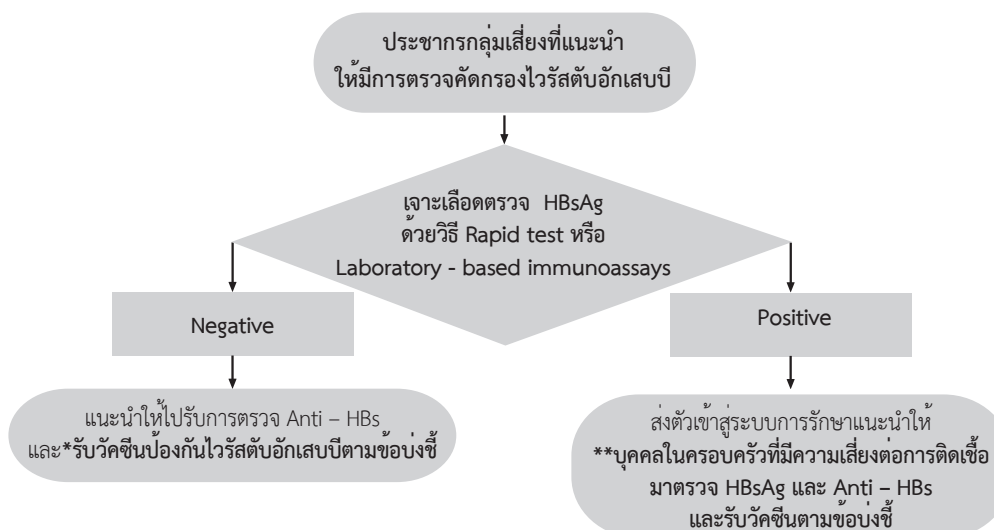
1) การตรวจด้วยน้ำยาตรวจในห้องปฏิบัติการ หรือ Laboratory-based immunoassays ซึ่งเป็นวิธีที่เป็นมาตรฐาน ความแม่นยำสูง แต่มีความยุ่งยากมากกว่า และมีราคาสูงกว่าการตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว ส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่

2) การตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว หรือ Rapid Diagnostic Tests (RDTs) เป็นวิธีตรวจที่ง่าย รวดเร็ว ใช้อุปกรณ์น้อย และมีราคาถูกกว่าการใช้น้ำยาตรวจในห้องปฏิบัติการ สามารถทำการตรวจที่จุดบริการได้ และทราบผลภายในเวลา 5 - 30 นาที (ขึ้นอยู่กับยี่ห้อชุดตรวจ)

การตรวจทั้ง 2 แบบนี้ เป็นวิธีที่ได้การยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยการใช้ชุดตรวจแบบ RDTs ได้รับความนิยมมากขึ้นโดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีความแม่นยำค่อนข้างสูง และสามารถใช้ได้ในทุกกลุ่มประชากร อย่างไรก็ตามการเลือกใช้ชุดตรวจ RDTs นี้ ควรเลือกใช้ชุดตรวจที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ เช่น ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลก หรือ เลือกใช้ชุดตรวจที่ได้รับการทดสอบว่ามีความไวและความจำเพาะสูงผ่านการขึ้นทะเบียนและรับรองมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย

ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่แนะนำให้มีการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535 ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงแค่ครั้งเดียว เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เคยได้รับเลือด หรือสารเลือดก่อนปี 2535 เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนปี 2535 เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือ มีคู่นอนหลายคน โดยไม่ได้ป้องกัน มีคนในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส (คู่นอน) บุตร บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดามารดา เป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เคยสักผิวหนัง เจาะหู เจาะตามร่างกาย ฝังเข็ม ในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่ เคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น

แผนภูมิที่ 9 การตรวจคัดกรองผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี



***คำแนะนำเรื่องวัคซีน :** ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้ถูกจัดอยู่ในวัคซีนพื้นฐานที่ทารกที่เกิดมาต้องได้รับตามเกณฑ์ แต่ในผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 หากตรวจเลือดแล้วพบว่าไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เร็วจริง ไม่มีภูมิคุ้มกันและไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี มาก่อน ควรที่จะได้รับการฉีดวัคซีน

การฉีดวัคซีนประกอบด้วยการฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน 3 ครั้ง ที่ 0, 1-2 และ 6 เดือน โดยทั่วไป การตรวจเลือด Anti-HBs หลังการฉีดวัคซีนครบตามกำหนด 1 เดือนไม่มีความจำเป็น จะตรวจเลือด Anti-HBs หลังการฉีดวัคซีนครบเมื่อผู้รับมีความเสี่ยงสูงที่จะติดโรค เช่น บุคลากรทางการแพทย์ หรือต้องการทราบว่า เป็นผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อวัคซีน (non-responder) ในกรณีบุคคลที่เกิดภายหลังปี พ.ศ. 2535 มีความประสงค์ จะฉีดวัคซีนโดยที่ไม่แน่ใจ หรือไม่ทราบประวัติการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่ชัดเจน ให้ฉีด วัคซีน 1 เข็มแล้วตรวจ Anti-HBs ภายหลังการฉีดวัคซีน > 4 สัปดาห์ หากพบว่าระดับภูมิคุ้มกันสูงกว่า 10 IU/ml แสดงว่าร่างกายมีภูมิคุ้มกันอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนอีก

****บุคคลในครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ :** ได้แก่ คู่สมรส (คู่นอน), บุตร, บิดา, มารดา และพี่น้อง ร่วมบิดามารดาของผู้ติดเชื้อ

1.5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

1.5.1 สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี

โรคไวรัสตับอักเสบบี ในประเทศไทย พ.ศ. 2557 มีรายงานความชุกผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ร้อยละ 0.39 และมีการคาดประมาณว่ามีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณ 356,670 ราย ทั่วประเทศ โดยร้อยละ 80 ของผู้ได้รับเชื้อจะมีการติดเชื้อเรื้อรัง มีอาการไม่ชัดเจน และจะเริ่มมีตับแข็ง มีโอกาสเกิดเป็น มะเร็งตับได้ร้อยละ 1 - 3 ต่อปี

1.5.2 ความหมายของโรคไวรัสตับอักเสบบี

ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis C Virus หรือ HCV) เป็นเชื้อไวรัสก่อโรคที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการ ตับอักเสบ (hepatitis) ติดต่อผ่านทาง การรับเลือดและส่วนประกอบของเลือด สามารถก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วย เพียงเล็กน้อยที่หายเองได้ภายในระยะเวลาไม่กี่สัปดาห์ไปจนถึงอาการเรื้อรังที่เป็นไปตลอดชีวิต โดยปัจจุบัน ยังไม่มีวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

1.5.3 ช่องทางการติดเชื้อของโรคไวรัสตับอักเสบบี

สามารถติดต่อกันทางเลือด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือเพศสัมพันธ์ คล้ายกับไวรัสตับอักเสบบี แต่ไม่ติดต่อกันทางการให้นมบุตร การจาม หรือไอรดกัน การรับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำด้วยกัน รวมไปถึง การใช้ถ้วยชามร่วมกัน

1.5.4 การดำเนินโรคไวรัสตับอักเสบบี

โรคไวรัสตับอักเสบบี แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน เข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดการอักเสบ ของตับ แต่ส่วนมากผู้ป่วยจะไม่มีอาการ มีเพียงประมาณร้อยละ 25 - 30 ของผู้ป่วยที่มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ที่เรียกว่าดีซ่าน จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ตนเองว่าเกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แบบเฉียบพลัน

ระยะเรื้อรัง มากกว่าร้อยละ 60 จะเกิดภาวะตับอักเสบเรื้อรัง ซึ่งในระยะแรก ผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการ จนเมื่อตับถูกทำลายไปมากพอสมควร หรือมีอาการอักเสบของตับมาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

1.5.5 การป้องกันการติดเชื้อของโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

โรคไวรัสตับอักเสบ ซี ยังไม่มีวัคซีนที่ใช้ป้องกันโรค ดังนั้น ผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อควรหลีกเลี่ยง ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่

- 1) ห้ามใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
- 2) สวมถุงมือถ้าต้องสัมผัสเลือด
- 3) ห้ามใช้มีดโกนหนวด แปรงสีฟันร่วมกัน
- 4) ห้ามใช้อุปกรณ์ในการสักร่วมกัน
- 5) ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

1.5.6 แนวทางการคัดกรองและการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในประเทศไทย สามารถทำได้ด้วยการตรวจหา Anti-HCV ในกระแสเลือดโดยใช้หลักการทางภูมิคุ้มกันวิทยา ซึ่งสามารถตรวจได้ 2 แบบ ได้แก่

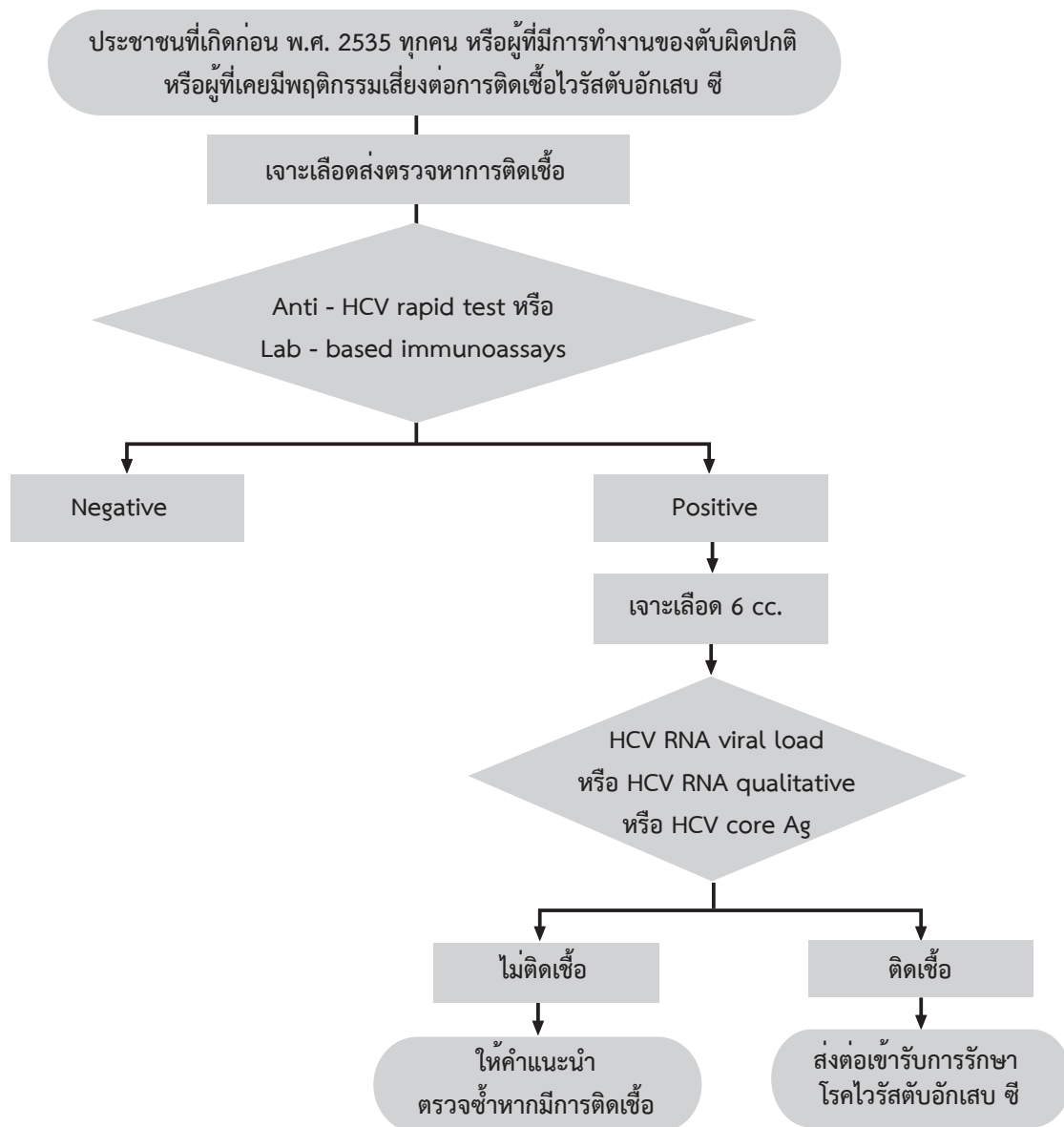
1) การตรวจด้วยน้ำยาตรวจในห้องปฏิบัติการ หรือ Laboratory-based immunoassays ตัวอย่างเช่น Chemiluminescence immunoassay (CLIA) Electrochemiluminescence assay (ECL) และ Enzyme immunoassay (EIA) เป็นต้น การตรวจในห้องปฏิบัติการนี้เป็นวิธีที่เป็นมาตรฐาน แต่มีความยุ่งยากมากกว่า และมีราคาสูงกว่าการตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว

2) การตรวจด้วยชุดตรวจแบบรวดเร็ว หรือ Rapid diagnostic tests (RDTs) เป็นวิธีตรวจที่ง่าย รวดเร็ว ใช้อุปกรณ์น้อย และมีราคาถูกกว่าการใช้น้ำยาตรวจในห้องปฏิบัติการ สามารถทำการตรวจที่จุดบริการได้

สำหรับประเทศไทยนั้น กลุ่มเป้าหมายที่แนะนำให้ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ได้แก่ ประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ทุกคน ผู้ที่มีการทำงานของตับผิดปกติ ผู้ที่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ได้แก่ เคยใช้สารเสพติดวิธีฉีดเข้าเส้น แม้ว่าจะทดลองใช้เพียงแค่ครั้งเดียว เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เคยมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือ มีคู่นอนหลายคน เคยได้รับเลือด หรือสารเลือด ก่อนพ.ศ. 2535 เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนพ.ศ. 2535 เคยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เคยมีคู่มรส(คู่นอน) เป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เคยสักผิวหนัง เจาะหู เจาะตามร่างกาย ฝังเข็ม ในสถานที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล เคยได้รับการฉีดยาหรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมตำขณะปฏิบัติหน้าที่ เคยใช้อุปกรณ์บางชนิดร่วมกับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เช่น แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา เป็นต้น

การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Anti-HCV) โดยวิธีการ Rapid test หรือ Lab-based immunoassays ในประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ทุกคน หรือผู้ที่มีการทำงานของตับผิดปกติ หรือผู้ที่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ผลการตรวจหากผลเป็นลบ ให้มีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ถ้าผลเป็นบวก ให้ดำเนินการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อส่งตรวจยืนยันการติดเชื้อ โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ HCV RNA Viral load หรือ HCV RNA Qualitative หรือ HCV Core Ag หากไม่ติดเชื้อให้มีการให้คำแนะนำในการตรวจซ้ำ กรณีที่มีความเสี่ยง และหากติดเชื้อให้ส่งต่อเข้ารับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ต่อไป รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 10

แผนภูมิที่ 10 การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ ซี



การวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี แพทย์จะทำการวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังต่อไปนี้

- 1) ตรวจหาไวรัสตับอักเสบชนิดเฉียบพลัน โดยการเจาะเลือดตรวจการทำงานของตับเพื่อดูการอักเสบ และตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบ ซี หรืออาร์เอ็นเอของไวรัสตับอักเสบ ซี ในเลือดบางรายที่ตรวจไม่พบในระยะแรกอาจจะต้องตรวจซ้ำอีก 2 – 8 สัปดาห์ถัดไป
- 2) ตรวจหาตับอักเสบเรื้อรังเนื่องจากไวรัสตับอักเสบ ซี โดยการตรวจดูการอักเสบมากกว่า 6 เดือนหรือไม่ร่วมกับการตรวจหาอาร์เอ็นเอของไวรัสตับอักเสบ ซี
- 3) การเจาะเลือดตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบ ซี โดยวิธีอีไอเอ (Enzyme Immunoassay: EIA) หากพบก็แสดงว่าเป็นไวรัสตับอักเสบ ซี ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายราว 300 - 400 บาท โดยอาจต้องรอผล 3 - 7 วัน

1.5.7 การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี

ปัจจุบัน Sofosbuvir/Velpatasvir (Sof/Vel) ยังคงเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี มีผลการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบ ซี ในเลือด และเข้าเกณฑ์การรักษาตามชุดสิทธิประโยชน์ ผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยา Sofosbuvir/Velpatasvir (Sof/Vel) และ/หรือ Ribavirin ในกรณีที่มีภาวะตับแข็งร่วมด้วย เพื่อเพิ่มผลการรักษาผู้ป่วยให้หายขาดในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ปัจจุบันยาดังกล่าวเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและมีการจัดหารวมในระดับประเทศด้วยเช่นกัน

ข้อห้ามในการรักษา

- อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์
- มีโรคประจำตัวที่ยังควบคุมรักษาไม่ได้ดี เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน
- ภูมิแพ้ยา ภูมิแพ้โรคไทรอยด์เป็นพิษ และเอชไอวี ที่ยังมีการติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่
- ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด

แผนที่ชุมชนกับการจัดบริการเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. อธิบายความสำคัญของแผนที่ชุมชนกับการทำงานด้านเอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้
2. อธิบายรายละเอียดขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้ ประเภทของกลุ่มประชากร สถานที่ เวลาและข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ได้
3. อธิบายขั้นตอนกระบวนการในการทำแผนที่ชุมชนเพื่อการทำงานด้านเอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้
4. อธิบายวิธีการนำแผนที่ชุมชนไปใช้งานด้านเอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้
5. สามารถวางแผนการเก็บข้อมูล เพื่อนำไปทำแผนที่ชุมชนได้
6. สามารถเชื่อมโยงประโยชน์ของการทำแผนที่ชุมชนกับกลุ่มเป้าหมาย สำหรับใช้ในการวางแผนงานด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

คำอธิบายรายวิชา

ศึกษาเกี่ยวกับความสำคัญของแผนที่ชุมชนกับการทำงานด้านเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี กลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้น ประเภทของข้อมูลที่ใช้ในการทำแผนที่ชุมชน ขั้นตอน กระบวนการและระยะเวลาการเก็บข้อมูลในการทำแผนที่ชุมชน การนำแผนที่ชุมชนไปใช้ประโยชน์ต่อการทำงานด้านเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

เนื้อหาวิชา

1. ความหมาย ความสำคัญของแผนที่ชุมชนและประโยชน์การใช้งานด้านเอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึง วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
2. ประเภทและลักษณะข้อมูลที่เก็บเพื่อประกอบการทำแผนที่ชุมชน
3. การเตรียมความพร้อมในการทำแผนที่ชุมชน วิธีการดำเนินงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน
4. การสรุปและการนำเสนอข้อมูล จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เก็บ สถานที่ ฯลฯ ที่ได้จากการทำแผนที่ชุมชน
5. การใช้แผนที่ชุมชนเพื่อนำไปวางแผนการให้บริการเชิงรุกอย่างมีประสิทธิภาพ
6. แผนที่ชุมชนออนไลน์ (Mapping Online)

ระยะเวลา 4 ชั่วโมง (ทฤษฎี 2 ชั่วโมง/ปฏิบัติ 2 ชั่วโมง)

แนวทางการจัดการเรียนการสอนในการฝึกอบรม

- การบรรยาย/การอภิปราย/ประชุมกลุ่ม
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การสรุปสาระสำคัญ

อุปกรณ์และสื่อ

- เอกสารประกอบการบรรยาย/สื่อการเรียนการสอนออนไลน์
- ใบงานการประชุมกลุ่ม
- อุปกรณ์กิจกรรม ประกอบด้วย กระดาษฟลิปชาร์ตพร้อมขาตั้ง ปากกาไวท์บอร์ด กระดาษ A4 แอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมาย ความสำคัญของแผนที่ชุมชนและประโยชน์การใช้งาน

2.1.1 การทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย

แผนที่ชุมชน คือ เครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยในการสำรวจชุมชน สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม ประชากร วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ และข้อมูลเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชากรในชุมชนนั้น

การทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย คือ การศึกษาเรียนรู้ การทำความเข้าใจกับชุมชน และกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ว่ามีลักษณะอย่างไร ทั้งในเชิงกายภาพ (Catchment area) และในเชิงเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มเป้าหมายที่เราต้องการทำงานด้วย ว่าคือใคร เป็นกลุ่มเป้าหมายประเภทใด จำนวนเท่าไร อยู่ที่ไหน มีลักษณะอย่างไร มีส่วนประกอบอื่นใดในพื้นที่หรือชุมชนที่มีผลต่อการทำงาน เช่น หน่วยบริการ หรือหน่วยสนับสนุนงานอื่น ๆ

ดังนั้น การทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย จึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยในการวางแผนการทำงาน กำหนดเป้าหมาย และการจัดบริการต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.1.2 ความสำคัญและประโยชน์ของการทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย

การจัดทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเป็นกระบวนการหนึ่งซึ่งจะทำให้สามารถเข้าใจประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ รวมทั้งชุมชน สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลจากการจัดทำแผนที่ชุมชนสามารถสร้างเป็นฐานข้อมูลของทั้งองค์กร หน่วยงาน หรือพื้นที่ และนำไปสู่การวางแผน ในด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มีความชัดเจน รวมทั้งการพัฒนางานด้านการป้องกัน หรือการดูแลให้ครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ

ในการดำเนินงานด้านการบูรณาการ การป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านเอชไอวีและเอดส์ รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี สู่การดูแลรักษานั้น การศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย สถานการณ์ของพื้นที่ และบริบทในชุมชนถือว่ามีสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการ ซึ่งเป็นหนึ่งในประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี และเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก เนื่องจากสภาพสังคมมีความหลากหลาย และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายและชุมชนก่อนที่จะมีการลงมือทำงาน ถือเป็นสิ่งที่สำคัญและมีผลต่อความสำเร็จของการทำงาน เพราะทำให้สามารถกำหนดเป้าหมายและทิศทางการทำงานได้ตรงตามความต้องการซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย

สำหรับอาสาสมัคร ทำไมต้องเรียนรู้การทำแผนที่ชุมชน

- 1) เพื่อที่จะได้เข้าใจบริบทสภาพปัจจุบัน วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมชุมชนของกลุ่มเป้าหมายนั้น
- 2) เพื่อทำให้ค้นหากลุ่มเป้าหมายได้
- 3) เพื่อจะสามารถทราบข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนและการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน
- 4) เพื่อที่จะสามารถนำแผนที่ชุมชนไปใช้งานด้านเอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี รวมทั้งการบูรณาการการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายแบบศูนย์องค์รวม

2.1.3 อาสาสมัครได้ประโยชน์อะไรจากการทำแผนที่ชุมชน

- 1) ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการค้นหาบ้าน/จุดรวมตัวของกลุ่มเป้าหมายในชุมชน
- 2) ทำให้เห็นวิถีชีวิตภาพรวมของกลุ่มในชุมชน ได้เข้าใจบริบทกลุ่มเป้าหมายและมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- 3) ทำให้มีภาคีเครือข่ายในชุมชน
- 4) ทำให้ได้ข้อมูลในระยะเวลาอันสั้น สามารถอ่านข้อมูลได้ง่าย ทำความเข้าใจได้รวดเร็วและนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการทำงาน ออกแบบบริการที่สอดคล้องกับบริบท เป็นแนวทางการกำหนดแผนในการทำงาน เพื่อต่อการประเมินผลในการทำงาน
- 5) การทำงานของอาสาสมัครเกิดความสำเร็จ มีประสิทธิภาพ

2.2 ประเภทและลักษณะข้อมูลที่ใช้ประกอบการทำแผนที่ชุมชน

2.2.1 ประเภทของการทำแผนที่ชุมชน (Community mapping)

- 1) แผนที่ลายเส้น (Line maps) เป็นแผนที่ที่มีลักษณะเป็นลายเส้น อาจเป็นเส้นตรง เส้นโค้งหรือเส้นที่เป็นรูปแบบ เป็นสัญลักษณ์แทนสถานที่ต่าง ๆ ของชุมชน โดยมีสัญลักษณ์แสดงรายละเอียดเป็นรูปประกอบข้างแผนที่
- 2) แผนที่รูปถ่าย (Photo maps) เป็นแผนที่ซึ่งได้มาจากกล้องถ่ายภาพหรือจากดาวเทียม
- 3) แผนที่แบบผสม (Annotated maps) ประกอบด้วยแผนที่ลายเส้นและแผนที่รูปภาพประกอบกัน

2.2.2 ข้อมูลที่จำเป็นในการทำแผนที่ชุมชน

- 1) ข้อมูลด้านประชากร/กลุ่มเป้าหมาย ประเภทของกลุ่มเป้าหมายมีกลุ่มไหนบ้าง เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการ เป็นต้น
- 2) ข้อมูลพื้นที่ สถานประกอบการ สถานศึกษา พื้นที่สาธารณะ ที่กลุ่มเป้าหมายรวมตัว
- 3) จำนวนกลุ่มเป้าหมาย แนวโน้มของกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงสอดคล้องกับบริบทของชุมชนนั้นหรือไม่
- 4) ช่วงเวลารวมตัวของกลุ่มเป้าหมาย/ช่วงเวลาที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ ซึ่งถือว่ามีความสำคัญในการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เช่น ช่วงวันเวลาที่กลุ่มเป้าหมายมักรวมตัว ช่วงวันเวลาเปิด - ปิดของสถานบันเทิงที่กลุ่มเป้าหมายมักรวมตัว หรือสถานที่สาธารณะที่กลุ่มเป้าหมายนัดพบปะรวมตัว เป็นต้น
- 5) ปฏิทินชุมชน เป็นการระบุวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายว่าในแต่ละช่วงเดือนหรือปี กลุ่มเป้าหมายมีกิจกรรมอะไรบ้างในแต่ละช่วง เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการทำงานต่อไปในพื้นที่ เช่น ประเพณี ช่วงเวลาเฉลิมฉลอง หรือบางกลุ่มเป้าหมายอาจมีช่วงเวลาเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดจะมีช่วงเวลาการติดยาแตกต่างจากกลุ่มอื่น เป็นต้น
- 6) ผู้นำชุมชน/ผู้ให้ข้อมูลหลัก/ผู้ประสานในพื้นที่ ผู้ที่เป็นผู้นำตามธรรมชาติในพื้นที่ หรือตามจุดรวมนั้น ๆ เป็นบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อกลุ่ม สามารถประสานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งหน่วยงานในพื้นที่เพื่อการดำเนินงานและกิจกรรมด้านการป้องกันได้ เช่น เจ้าของหรือผู้จัดการสถานประกอบการ หัวหน้าแก๊งหัวหน้ากลุ่ม (ในบางชุมชน เรียกบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมายว่า “ตัวแม่”)

7) ความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย เป็นข้อมูลที่ควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้มีข้อมูลที่รอบด้านมากขึ้นวิเคราะห์ในเชิงลึก เพื่อกำหนดกลยุทธ์และวางแผนการดำเนินงานให้เหมาะสม ข้อมูลที่ควรศึกษา ได้แก่ ความเชื่อ วัฒนธรรมเฉพาะของกลุ่ม ความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไวรัสตับอักเสบบีและซี และวัณโรค พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกัน การใช้ถุงยางอนามัย การเข้าถึงการให้บริการ PrEP/PEP และการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ความสนใจ ความต้องการรับบริการสุขภาพ รวมถึงบริการเฉพาะด้านต่าง ๆ ความสนใจในสื่อต่าง ๆ การใช้สื่อ เป็นต้น

8) ข้อมูลหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น หน่วยบริการด้านการตรวจ VCT/STIs/HCV/TB ระบุทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน รายละเอียดการให้บริการ บริการอะไรบ้าง วันเวลาเปิด - ปิด สามารถตรวจแบบใดได้บ้าง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รวมถึงช่องทางการติดต่อและหน่วยบริการด้านการดูแลรักษา ควรระบุบริการให้ชัดเจน รวมถึงข้อมูลที่เป็นเครือข่ายในท้องถิ่นชุมชนนั้น ได้แก่ เครือข่ายด้านวิชาการ เครือข่ายด้านแหล่งทุน เครือข่ายด้านสิทธิ เครือข่ายด้านบริการสังคม เป็นต้น

9) ผู้มีส่วนร่วมในการทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณะผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาด้านวิชาการ คณะทำงานจากตัวแทนหน่วยงานต่าง ๆ ทิมเก็บข้อมูลที่รวมถึงคนที่ให้ข้อมูลในชุมชน และแกนนำที่ประสานการทำงานในพื้นที่ และคณะติดตามและสนับสนุนช่วยเหลือให้การทำแผนที่ชุมชนประสบความสำเร็จ

2.2.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการจัดทำแผนที่

1) การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลใหม่ที่ได้จากการลงพื้นที่ สัมภาษณ์ ใช้แบบสอบถามกับคนในชุมชนโดยตรง

2) การเก็บข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูลที่ได้จากข้อมูลเดิมที่มีอยู่แล้วในชุมชน เช่น ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมในหน่วยบริการในชุมชนนั้น เป็นต้น

การรวบรวมข้อมูล จำเป็นต้องมีการวางแผนกระบวนการและเครื่องมือให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการพิจารณาการทำแผนที่อาจมีอยู่ 2 รูปแบบ คือ

- แผนที่ทางกายภาพหรือมีจุดรวมตัว (Hotspot mapping) เป็นแผนที่กายภาพหรือแผนที่เป็นจุดจุดใช้เป็นสัญลักษณ์ในการแสดงจำนวน แผนที่ประเภทนี้ใช้เพื่อการเปรียบเทียบให้เห็นภาพรวม เช่น กลุ่มเป้าหมายนี้มักรวมกลุ่มกันที่บริเวณไหน ใกล้สถานที่ไหนในชุมชน เป็นต้น

- แผนที่เครือข่ายทางสังคม (Social network mapping) เป็นแผนที่เครือข่ายทางสังคมเพื่อดูความสัมพันธ์ของกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มเป้าหมายที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ โอกาสที่จะเสี่ยงไปที่กลุ่มไหนได้บ้าง เป็นต้น เป็นแผนที่ที่ทำให้เห็นมิติของการดูแลป้องกันสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนมากยิ่งขึ้น

2.2.4 แบบฟอร์มการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมแผนงานเก็บข้อมูล

- 1) ระบุพื้นที่/สถานที่เก็บข้อมูล
- 2) ระบุข้อมูลที่ต้องการ
- 3) ระบุแหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้

ตารางที่ 9 ตัวอย่างการออกแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำแผนที่ชุมชน และกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลที่ต้องเก็บรวบรวมเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ให้ข้อมูลหลัก (ระบุผู้ที่จะให้ข้อมูล)	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (ระบุวิธีการเก็บและช่วงเวลา)	ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล (ระบุผู้เก็บข้อมูล)
สถานศึกษา				
สถานประกอบการ เช่น สถานบริการ หรือ สถานบันเทิง				
พื้นที่ชุมชน				
พื้นที่สาธารณะ				
เครือข่ายเพื่อน/สังคมกลุ่มเฉพาะ				
เครือข่ายออนไลน์				

ตารางที่ 10 ตัวอย่างการออกแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูล

คำชี้แจง ขอให้อาสาสมัครเตรียมจัดทำแผนที่ชุมชนของตนเองและกลุ่มเป้าหมายในชุมชนที่ตนสนใจและคิดว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนตามข้อมูลที่มี ณ ปัจจุบัน โดยให้ระบุข้อมูลตามตารางและจัดทำเป็นแผนที่ชุมชนที่ตนเองต้องปฏิบัติงาน

กลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลที่ต้องเก็บรวบรวมที่มี ณ ปัจจุบัน	ข้อมูลที่ต้องเก็บรวบรวมเพิ่ม	ผู้ที่จะให้ข้อมูลหลัก (ระบุผู้ที่จะให้ข้อมูล)	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
		- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย - ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายการทำงาน - ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการ		

2.3 การเตรียมความพร้อมในการกำาแผนกัชุมชน วิธีการดำเนินงาน ขั้นตอนการดำเนินงาน

2.3.1 เครื่องมือในการประเมินชุมชน

- 1) แผนที่เดินดิน เป็นเครื่องมือขั้นแรกที่มีความสำคัญ ใช้ในการสำรวจสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ทั้งในรูปแบบออฟไลน์และออนไลน์
- 2) ผังเครือญาติ เป็นแผนผังที่เขียนขึ้นมาเพื่อดูความสัมพันธ์ในเชิงเครือญาติของคนในชุมชน
- 3) โครงสร้างองค์กรชุมชน เป็นระบบที่แสดงความสัมพันธ์ที่หลากหลายที่ซ่อนทับอยู่ในชุมชน ประกอบด้วยบุคคลและองค์กรต่าง ๆ ที่มีบทบาทในชุมชน
- 4) ระบบสุขภาพชุมชน เป็นระบบความสัมพันธ์กันที่ทำให้เกิดสุขภาพของชุมชน
- 5) ปฏิทินชุมชน เป็นตารางกิจกรรมที่เกิดขึ้นทุกช่วงเวลา เป็นการเรียนรู้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนหรือกลุ่มเป้าหมายในชุมชนนั้น เช่น ช่วงเวลาที่ประเพณีของคนในชุมชน ช่วงเวลาทำากิจกรรมของคนในชุมชน เป็นต้น
- 6) ประวัติศาสตร์ชุมชน เป็นการสืบค้นความเป็นมาของชุมชนนั้น
- 7) ประวัติศาสตร์ชีวิต เป็นการศึกษาประวัติชีวิตผู้ที่มีอิทธิพลในชุมชน เป็นผู้นำ หรือเป็นคนในชุมชนให้ความเคารพ

2.3.2 ขั้นตอนในการจัดทำาแผนกัชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย

การจัดทำาแผนกัชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สามารถวางแผนและจัดการกระบวนการจัดทำาแผนกัได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีกระบวนการหรือขั้นตอน ดังนี้

- 1) การจัดทำาแผนกัก่อนการดำเนินการ
 - จัดตั้งทีมทำงาน โดยระบุบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน
 - กำหนดกรอบการทำงานและวัตถุประสงค์ของการจัดทำาแผนกั ประชุมทีมงาน/คณะทำงาน เพื่อร่วมกำหนดกรอบแนวทาง วัตถุประสงค์ รูปแบบ และกระบวนการในการทำาแผนกั
 - ทบทวนชุดข้อมูลที่มีอยู่ (หากมี) และวางแผนในการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม ทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ประมวลข้อมูลเพื่อเป็นฐานตั้งต้น และระบุชุดข้อมูลที่ต้องการ หรือต้องรวบรวมเพิ่มเติม โดยการกำหนดพื้นที่อาจเริ่มจากบางพื้นที่ก่อนแล้วขยายไปยังพื้นที่อื่น หรือในกรณีมีความพร้อมของทีมงานอาจสามารถทำได้ในหลายพื้นที่พร้อมกัน
 - จัดทำาแผนงานการทำาแผนกัให้ชัดเจนเพื่อใช้เป็นขั้นตอนให้ทีมทำงานอ้างอิงและปฏิบัติตามได้ ทั้งนี้ควรมีแผนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานร่วมด้วย โดยอาจจัดทำาคู่มือเพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐานของพื้นที่ในการทำงาน เช่น ขั้นตอนการเตรียมข้อมูลเบื้องต้น ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ ผู้รับผิดชอบ/ผู้เกี่ยวข้อง และการติดตามสนับสนุน
 - ฝึกอบรมทีมรวบรวมข้อมูล หรือผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล ให้มีความเข้าใจในกระบวนการ ขั้นตอน เครื่องมือ และการใช้แบบฟอร์มให้ถูกต้อง และมีการประสานกับพื้นที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต้องมีบทบาทสนับสนุน (มีทีมอื่นหรือไม่)
- 2) ระหว่างดำเนินการจัดทำาแผนกั
 - รวบรวมข้อมูลตามแผนงาน
 - ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลระหว่างการรวบรวมข้อมูล โดยทีมรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจใช้วิธีการ หรือเครื่องมือที่ต่างกัน หรือแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน

- ประชุมติดตาม ในการลงพื้นที่ควรมีแผนการติดตามและสนับสนุนเชิงกระบวนการเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน สามารถใช้เป็นกระบวนการเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับทีมรวบรวมข้อมูล
- หลังดำเนินการรวบรวมข้อมูลการจัดทำแผนที่
- ประชุมคณะทำงาน ผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของชุดข้อมูลที่ได้มา และอาจมีการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมกรณีขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลบางส่วน ทั้งนี้ควรมีการแลกเปลี่ยนถึงประสบการณ์ในการลงพื้นที่ ปัญหาอุปสรรค และการจัดการของทีมงานด้วย
- บันทึกข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมให้เป็นตามรูปแบบที่วางกรอบไว้และเป็นฐานข้อมูลของพื้นที่
- จัดทำสรุปข้อมูลและนำเสนอข้อมูล รวมถึงนำข้อมูลมาอภิปราย ประเมิน วิเคราะห์หาความหมาย กำหนดรูปแบบที่เหมาะสมในการนำเสนอจากชุดข้อมูลที่มี และนำเสนอข้อมูลที่สำคัญจากการทำแผนที่ชุมชนแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการทำงานต่อไป ทั้งนี้อาจรวมถึงกระบวนการ เครื่องมือ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการด้วย

2.4 การสรุปและนำเสนอข้อมูลจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เก็บ สถานที่ ฯลฯ ที่ได้จากการทำแผนที่ชุมชน

การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการทำ mapping เน้นวิธีประมวลข้อมูลและนำข้อมูลมานำเสนอในรูปแบบต่าง ๆ เช่น แผนที่ ตาราง เป็นต้น ให้เรียงร้อยเป็นภาพเดียวกัน เพื่อให้มองเห็นลักษณะสำคัญของข้อมูลชัดเจนขึ้น เห็นความสัมพันธ์กันในกลุ่มข้อมูลตามความต้องการของผู้ใช้ข้อมูล สามารถอ่านข้อมูลได้ง่าย ทำความเข้าใจได้รวดเร็ว น่าสนใจ และนำข้อมูลไปใช้ได้ในการวางแผนการทำงาน ข้อมูลจากการทำ mapping อาจเสนอได้ดังนี้

1) **แผนที่** เป็นการนำเสนอข้อมูลทางกายภาพของชุมชน ทำให้เห็นภาพรวมของชุมชนครบถ้วน ผู้ทำแผนที่สามารถนำแผนที่เดิมมาใช้โดยตรวจสอบข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น ถนนสายเล็ก ๆ เป็นต้น และเพิ่มเติมรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น จุดรวมตัว จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ณ จุดรวมตัวต่าง ๆ ช่วงเวลารวมตัว สถานประกอบการ สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

2) **ตารางข้อมูล** เป็นการจัดรูปแบบในการนำเสนอข้อมูล โดยให้รายละเอียดที่สำคัญและจำเป็น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้จัดทำว่าต้องการนำเสนอข้อมูลใดบ้าง

2.5 การใช้แผนที่ชุมชนเพื่อนำไปวางแผนการให้บริการเชิงรุกอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดทำแผนที่ชุมชนและศึกษาเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มประชากรเป้าหมาย ทำให้เข้าใจว่ามีกลุ่มย่อยใดบ้างในแต่ละกลุ่มประชากรหลัก และแต่ละกลุ่มย่อยมีแรงจูงใจอะไรที่ทำให้สนใจรับบริการ หรือมีความกลัวหรือกังวลอะไรในการรับบริการ ซึ่งทำให้สามารถวางกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายตามบริบทพื้นที่ โดย

- รวบรวมฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่ เพื่อนำมาเป็นจุดเริ่มต้นในการวางแผนการสำรวจชุมชน
- สำรวจชุมชน ทำแผนที่ชุมชน เครือข่ายทางสังคมของกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยที่การสำรวจนั้นจะได้มาซึ่งข้อมูล ประกอบด้วย
 - จำนวนจตุรรวมตัว ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย
 - ประเมินการจำนวนกลุ่มประชากรเป้าหมายในแต่ละจตุรรวมตัว
 - แผนที่จตุรรวมตัวของกลุ่มประชากรเป้าหมาย
 - ช่วงเวลาที่มีการรวมตัวกลุ่มประชากรเป้าหมายหรือสถานที่ที่จะเข้าถึงได้
- สำรวจชุมชนออนไลน์ หรือ Dating application เช่น Grindr Hornet BlueD เป็นต้น รวมถึง Facebook Group Line group X (Twitter circle) เฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น
- นำเสนอร่างผลสำรวจและจัดทำแผนที่ชุมชน กลุ่มประชากรเป้าหมาย แก่ผู้เกี่ยวข้องพิจารณาและปรับให้สมบูรณ์ในกรณีที่เป็นพื้นที่ชุดบริการเข้มข้นมาก หรือกรณีที่มีลักษณะการเคลื่อนไหวของกลุ่มประชากรหลักตามช่วงเวลาต่าง ๆ ให้พิจารณาสำรวจชุมชนเพิ่มเติม หรือดำเนินการในลักษณะเจาะลึกเพิ่มเติม

2.6 แผนที่ชุมชนออนไลน์ (Mapping Online)

2.6.1 ความหมาย ความสำคัญของแผนที่ชุมชนออนไลน์ (Mapping Online) และประโยชน์การใช้งาน

1) การทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย

แผนที่ชุมชน คือ เครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยในการสำรวจชุมชน สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม ประชากร วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของประชากรในชุมชนนั้น

การทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย คือ การศึกษาเรียนรู้การทำความเข้าใจกับชุมชน และกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ว่ามีลักษณะอย่างไร ทั้งในเชิงกายภาพ (Catchment Area) และในเชิงเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มเป้าหมายที่เราต้องการทำงานด้วย ว่าคือใคร เป็นกลุ่มเป้าหมายประเภทใด จำนวนเท่าไร อยู่ที่ไหน มีลักษณะอย่างไร มีส่วนประกอบอื่นใดในพื้นที่หรือชุมชนที่มีผลต่อการทำงาน เช่น หน่วยบริการ หรือหน่วยงานสนับสนุนงานอื่น ๆ

ดังนั้น การทำแผนที่ชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย จึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยในการวางแผนการทำงาน กำหนดเป้าหมาย และการจัดบริการต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2) ทำความเข้าใจ กลุ่มประชากรต่าง ๆ ผ่านช่องทางออนไลน์

- กลุ่มประชากรที่สามารถเข้าถึงผ่านช่องทางออนไลน์อาจจะทับซ้อนกับคนที่เราสามารถเข้าถึงได้ ผ่านช่องทางออฟไลน์อยู่แล้ว
- การทำงานออนไลน์สามารถช่วยให้เข้าถึงกลุ่มต่าง ๆ ได้มากขึ้น เช่น กลุ่มที่มีอายุน้อย นักเรียน นักศึกษา คนที่มีรายได้ปานกลาง และคนที่มีรายได้สูง (กลุ่มนี้จะขยายตัวอยู่เสมอ) กลุ่มที่ไม่ได้ระบุว่าตนเองเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่ไม่ได้เป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรหลัก เช่น ชาย หรือหญิง ที่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย หรือมีคู่นอนหลายคน

2.6.2 การสำรวจเกี่ยวกับกลุ่มประชากรเป้าหมายในช่องทางออนไลน์ มีดังนี้

1) การทำแบบสอบถามออนไลน์

การใช้แบบสอบถามออนไลน์ เพื่อเข้าใจกลุ่มประชากรหลักออนไลน์ให้มากขึ้นในเรื่องการใช้เทคโนโลยี ความเสี่ยงเรื่องเอชไอวี ความชอบในการส่งและรับข้อมูลบริการเอชไอวีต่าง ๆ

2) การทำกิจกรรมกลุ่ม (Focus Group)

การจัดวงสนทนาเพื่อพูดคุยและแลกเปลี่ยนข้อมูลในกลุ่มย่อย จะทำให้เราได้รับข้อมูลเพื่อระบุว่า พฤติกรรมในการใช้โซเชียลมีเดียของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างไร เราจะได้สร้างโปรไฟล์โซเชียลมีเดีย ที่เกิดการมีส่วนร่วม ตลอดจนโฆษณาที่เน้นลักษณะของคนรับ (Targeted ads.)

3) คณะที่ปรึกษา (Advisory Team)

การจัดตั้งการมีส่วนร่วมของคนในออนไลน์กับทางโครงการ โดยเน้นที่การให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาวะผู้นำ และความสามารถต่าง ๆ ของเครือข่าย

2.6.3 วิธีในการหากลุ่มประชากรเป้าหมายผ่านช่องทางออนไลน์

1) การทำแผนผังโซเชียลมีเดีย (Social Media Mapping)

- การทำแผนที่ออนไลน์ เสมือนจริง (Virtual mapping) สามารถหากลุ่มประชากรเป้าหมายผ่านช่องทางออนไลน์ได้อย่างไร
 - ร่างแผนผังตำแหน่งว่ากลุ่ม KPs จะเข้าถึงด้านใดบ้าง รวมถึงกลุ่ม และเพจต่าง ๆ บน Facebook, WhatsApp และเว็บไซต์หรือช่องทางพูดคุยหาข้อมูลต่าง ๆ
 - ทำแผนผังผู้มีอิทธิพลออนไลน์ จัดหาและเขียนรายชื่อคนที่มีอิทธิพลในโลกออนไลน์ ซึ่งเป็นรายบุคคลผ่านช่องทางโซเชียลมีเดียที่มีผู้ติดตามจำนวนมาก และพิจารณาแนวโน้มของผู้ติดตามที่น่าจะมีความเสี่ยงเรื่องเอชไอวี รวมถึงผู้ติดตามที่เป็นกลุ่มประชากรหลัก

2) ทำแผนผังผู้มีอิทธิพลออนไลน์ (Influencer Mapping)

- จัดหาและร่างผู้มีอิทธิพลในโลกออนไลน์ - เป็นบุคคลที่มีโปรไฟล์โซเชียลมีเดีย อาทิ Instagram, Facebook, YouTube และ Snapchat และมีผู้ติดตามจำนวนมาก
 - ใครคือผู้มีอิทธิพลในโลกออนไลน์ ในที่นี้ผู้มีอิทธิพลบนโลกออนไลน์คือ คนที่มีผู้ติดตามจำนวนหนึ่ง และผู้ติดตามนั้นพร้อมที่จะคล้อยตามเมื่อ Influencer คนๆ นั้นนำเสนออะไรบางอย่าง หรือแค่ใช้สินค้าบางอย่างให้เห็น
 - หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้มีอิทธิพลในโลกออนไลน์มาทำงาน เลือกตามความเหมาะสมและจำนวนผู้ติดตาม และประเภทของ Influencer
 - ประเภทของ Influencers ที่แบ่งตามจำนวนผู้ติดตาม
 - Nano influencers (1 พัน – 1 หมื่น followers)
 - Micro influencers (1 หมื่น – 1 แสน followers)
 - Macro influencers (1 แสน – 1 ล้าน followers)
 - Mega หรือ Celebrity Influencers (1 ล้าน followers ขึ้นไป)

- วัตถุประสงค์ในการเลือกใช้ Influencer การเลือกใช้ Influencer ให้เหมาะกับแคมเปญที่แบรนด์ต้องการจะสื่อสารไปยังผู้บริโภคนั้น ควรคำนึงจากวัตถุประสงค์ของแคมเปญเป็นหลัก รองลงมาอาจเป็นในเรื่องของงบประมาณที่แบรนด์ต้องการที่จะใช้จ่ายในแคมเปญนั้น ๆ ทั้งนี้การเลือก Influencer ควรเลือกคนที่มีลักษณะ (Character) ไปในทิศทางเดียวกันกับแบรนด์ เพื่อให้พวกเขาเหล่านี้ได้เป็นตัวแทน หรือกระบอกเสียงแทนแบรนด์ ในการบอกต่อสินค้าหรือบริการของเราได้มีประสิทธิภาพสูงสุดนั่นเอง

3) ทำแผนผังความหนาแน่นจากแอปพลิเคชันหาคู่ (DATING APP DENSITY MAPPING) การนับจำนวนผู้ใช้แอปในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อที่จะได้ทราบว่าพื้นที่ใดมีความนิยม ในวันและเวลาใด

(1) ความสำคัญและประโยชน์ของการทำ DATING APP DENSITY MAPPING

- กำหนดเป้าหมาย สามารถนำข้อมูลจากแผนที่ไปใช้ในการวางแผน ติดตาม ในการดำเนินงาน
- การจัดลำดับความสำคัญ ความเร่งด่วน และความสำคัญของสิ่งที่ต้องดำเนินการ
- การกำหนดพื้นที่เป้าหมายหลัก กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ที่จะดำเนินการ และใช้ประเมินความครอบคลุมของการดำเนินโครงการ
- ออกแบบกลยุทธ์ ให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย
- วางแผนหาช่องทางในการเข้าถึง เช่น ทำลิงก์จอตระจออนไลน์ การส่งต่อกับสถานบริการต่าง ๆ
- การจัดหาทรัพยากร เพื่อดำเนินการตามแผนที่วางไว้

(2) การทำแผนผังความหนาแน่น (Density Mapping)

- ทำแผนผังสถานที่ hotspots โดยใช้แอปพลิเคชันหาคู่ต่าง ๆ
- Download แอปพลิเคชัน fake GPS app
- จำลองโลเคชันของคุณให้อยู่ใกล้กับพื้นที่เหล่านั้น
- เปิดแอปพลิเคชันหาคู่ คุณจะเห็นได้ว่าคนที่อยู่รอบข้างของคุณคือใครบ้าง ถึงแม้ว่าคุณจะไม่ได้อยู่บริเวณนั้นก็ตาม
- นับจำนวนคนที่ออนไลน์อยู่ในโลเคชันจำลองนั้น ๆ บันทึกวันและเวลาด้วย
- ทำซ้ำในหลาย ๆ โลเคชัน

วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมาย ความสำคัญ ในการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ
2. อธิบายบทบาทหน้าที่และคุณสมบัติของอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมในการทำงานเชิงรุก ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพได้
3. อธิบายการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี อุปกรณ์ป้องกัน การรับบริการ PrEP เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อได้
4. อธิบายการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสถานบริการสุขภาพ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และการบริการข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้
5. อธิบายกระบวนการในการเข้าถึงบริการป้องกัน และการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้

คำอธิบายรายวิชา

ศึกษาเกี่ยวกับความหมายความสำคัญของการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ เพื่อโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี บทบาท หน้าที่ กระบวนการในการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ เพื่อโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ค้นหากลุ่มเป้าหมายเพื่อให้บริการเชิงรุกกับกลุ่มประชากรที่อาจเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก หรือไม่ต้องการเปิดเผยตัว ผู้ไม่เคยสนใจบริการ หรือไม่มีโอกาสในการใช้บริการด้านเอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

เนื้อหาวิชา

1. ความสำคัญของการทำงานเชิงรุกของอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม
2. ความสำคัญ ความหมายของการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
3. วิธีการและเทคนิคการทำงานเชิงรุกกับผู้รับบริการ เพื่อการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

4. กระบวนการ/ขั้นตอนการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ
5. บทบาทและหน้าที่ของหน่วยร่วมบริการและหน่วยรับส่งต่อเพื่อการรับบริการสุขภาพ ของมาตรการ RR (Reach Recruit) ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม
6. ความร่วมมือและประสานงานระหว่างหน่วยงานในการส่งต่อผู้รับบริการ
7. การดำเนินงานขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเฉพาะด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

ระยะเวลา 4 ชั่วโมง 30 นาที (ทฤษฎี 3 ชั่วโมง/ปฏิบัติ 1 ชั่วโมง 30 นาที)

แนวทางการจัดการเรียนการสอนในการฝึกอบรม

- การบรรยาย/การอภิปราย/ประชุมกลุ่ม
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การสรุปสาระสำคัญ

อุปกรณ์และสื่อ

- เอกสารประกอบการบรรยาย/สื่อการเรียนการสอนออนไลน์
- อุปกรณ์กิจกรรม ประกอบด้วย กระดาษฟลิปชาร์ตพร้อมขาตั้ง ปากกาไวท์บอร์ด กระดาษ A4

3.1 ความสำคัญของการทำงานเชิงรุกของอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม

การทำงานเชิงรุกเป็นวิธีการเพื่อช่วยให้ค้นหากลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากหรือไม่อาจเปิดเผยตัว ซึ่งอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยมีสาเหตุมาจากการขาดข้อมูลความรู้และไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีอยู่ในชุมชน จึงควรมีการจัดระบบการทำงานของอาสาสมัครหรือเจ้าหน้าที่เพื่อให้มีศักยภาพที่อาจจะคอยเป็นพี่เลี้ยงและให้คำแนะนำ และนำเข้าสู่ระบบบริการ โดยส่งต่อจากผู้ให้บริการเชิงรุก หรือเครือข่ายเพื่อนหรือผ่านการนัดหมายทางสื่อสังคมอิเล็กทรอนิกส์ หรือเข้าสู่ระบบบริการด้วยตนเองไปสถานพยาบาล ศูนย์บริการชุมชน หรือหน่วยบริการเคลื่อนที่ได้

3.1.1 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมในการให้บริการสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

- เพื่อสร้างเสริมและสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยให้บุคคล ผู้รับบริการ กลุ่มเป้าหมาย สามารถปฏิบัติพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
- เพื่อการป้องกันโรค มีมาตรการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนที่จะเกิดโรคหรือภัยเพื่อไม่ให้เกิดโรค
- เพื่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยเร่งด่วนแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และทำให้ได้รับอันตรายน้อยที่สุด ก่อนที่จะส่งต่อโรงพยาบาล
- เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเสริมสร้าง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาคาความบกพร่องของร่างกายและจิตใจ ที่ยังไม่มีหรือสูญเสียไป ให้สามารถเรียนรู้ ปฏิบัติงาน และดำรงชีวิตในสังคมได้

3.1.2 คุณสมบัติของอาสาสมัครในการทำงานเชิงรุกให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและสนับสนุนการเข้าสู่บริการ

- 1) มีคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ให้บริการสุขภาพตามมาตรฐาน
- 2) มีความรู้ และทักษะด้านการให้บริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และวัณโรค
- 3) ปฏิบัติงานในชุมชนด้วยความเป็นมิตร
- 4) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ
- 5) มุ่งเน้นการส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศ
- 6) สร้างการคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพของผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง
- 7) ผู้ให้บริการสุขภาพต้องคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณผู้ให้บริการ

3.2 ความสำคัญ ความหมายของการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

3.2.1 ความสำคัญของการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน

สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมของประชาชน อนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และเกิดจากสัดส่วนของประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลง

แนวทางการจัดการปัญหาสุขภาพอนามัยประชาชน

เน้นการพัฒนาศักยภาพของคน เน้นการสร้างเสริมและป้องกันโรค กระตุ้นให้ประชาชน มีการติดตามข่าวสารและส่งเสริมการเข้าถึงบริการส่งต่อ และการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการด้านสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพ

หมายถึง การบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐานครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

การบริการสุขภาพ

หมายถึง จัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของประชาชนในด้านสุขภาพ การบริการสุขภาพมี 2 ลักษณะ ได้แก่ การบริการเชิงรับและการบริการเชิงรุก

การบริการสุขภาพในการทำงานเชิงรุก

หมายถึง การทำงานที่มีการวางแผนงานเพื่อป้องกันปัญหาหรือลดความรุนแรงของปัญหาที่สามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นล่วงหน้าได้ด้วยข้อมูลที่มีอยู่ และพร้อมตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มุ่งเน้นที่มีความรู้ ทักษะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในที่สุดด้วยการใช้กลยุทธ์ เทคนิค เทคโนโลยี องค์ความรู้ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมโดยไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

3.2.2 ความหมายของการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ

1) ความหมายของการเข้าถึงบริการป้องกัน

เป็นการดำเนินการค้นหา และเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายเชิงรุกเพื่อให้บริการป้องกัน โดยเป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ชุดตรวจหาเชื้อด้วยตนเอง (Self-test) ความสำคัญและประโยชน์ของการรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และวัณโรค ให้การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อฯ ทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ติดเชื้อฯ ได้แก่ ถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น อุปกรณ์สะอาด รวมถึงการให้ข้อมูลสถานที่ให้บริการตรวจเอชไอวี คัดกรอง และการให้บริการยา PrEP/PEP โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือการรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยสารทดแทน

2) ความหมายของการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ

เป็นบริการส่งต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการสุขภาพ เพื่อรับบริการตรวจคัดกรองหรือการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และวัณโรค รวมถึงบริการยาป้องกันก่อน (PrEP) และหลัง (PEP) การสัมผัสเชื้อเอชไอวี และการลดอันตรายจากการใช้ยา

3.3 วิธีการและเทคนิคการทำงานเชิงรุกกับผู้รับบริการ เพื่อการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี

- 1) สืบหาข้อมูลพื้นที่ทำการลงพื้นที่เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายและส่งต่อข้อมูลความรู้และสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองให้กับกลุ่มเป้าหมาย
- 2) พัฒนาศักยภาพค่ายแกนนำในชุมชนเพื่อสร้างให้เกิดแกนนำในการที่จะทำงานเพื่อชุมชนของพวกเขาเอง
- 3) สร้างการรวมกลุ่ม/สร้างพลัง (Solidarity/Activity) เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการอยู่ร่วมกันและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สร้างกิจกรรมให้สัมพันธ์กับวิถีชีวิตและความชอบของกลุ่มเป้าหมาย
- 4) การสร้างเครือข่าย เสริมสร้างศักยภาพในการเป็นผู้นำในชุมชน (Leadership development) ซึ่งสามารถให้ความรู้พื้นฐานแก่กลุ่มเป้าหมาย และทำหน้าที่เป็นผู้ประสานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับกลุ่มเป้าหมาย
- 5) สร้างสัมพันธภาพและส่งต่อเข้าสู่กระบวนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
- 6) การให้ความรู้เรื่องเอชไอวี วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รวมถึงข้อมูลด้านการป้องกัน เพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และประโยชน์ของการตรวจเอชไอวี รวมถึงเรื่อง การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี อีกทั้งข้อมูลการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (สำหรับ PWID)
- 7) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น สำหรับกลุ่มเป้าหมาย บริการเข็มสะอาด (กลุ่ม PWID)
- 8) แนะนำสถานที่และช่วยเหลือในการส่งต่อเข้ารับบริการให้การปรึกษาและตรวจคัดกรองเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
- 9) สร้างระบบการส่งต่อในพื้นที่ ทั้งภาครัฐและเอกชน
- 10) บันทึกและติดตามการส่งต่อ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับบริการได้รับการส่งต่อการรักษาและมีการติดตามเพื่อให้คงอยู่ในระบบสุขภาพ

การให้บริการเชิงรุกเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reach) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการป้องกันโดยผู้ให้บริการเชิงรุก หรือเครือข่ายเพื่อน หรือโดยใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (Social media) บริการประกอบด้วย

- การให้ข้อมูลความรู้เรื่องเอชไอวี วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รวมถึงข้อมูลด้านการป้องกัน เพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และประโยชน์ของการตรวจเอชไอวี รวมถึงเรื่อง การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี อีกทั้งข้อมูลการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (สำหรับ PWID, PWUD)
- การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น รวมทั้งเข็มสะอาด (สำหรับ PWID) โดยผู้ให้บริการเชิงรุกมีการแจกถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น รวมทั้งให้ความรู้การ “เลือก เก็บ ใช้ ทิ้ง” ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี
- การให้ข้อมูลว่าจะรับบริการตรวจเอชไอวี ตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และชุดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) ได้ที่ไหน หรือส่งต่อไปรับบริการ

- การให้ข้อมูลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (PrEP) เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงข้อมูลของยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหลังการมีเพศสัมพันธ์ (PEP)

- การให้ข้อมูลความรู้ เรื่องชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV Self-test)

การเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit) โดยส่งต่อจากผู้ให้บริการเชิงรุก หรือเครือข่ายเพื่อน หรือผ่านการนัดหมายทางสื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือเข้าสู่ระบบบริการด้วยตนเอง ไปที่สถานพยาบาล หรือศูนย์บริการชุมชน (Drop-in Center) หรือหน่วยบริการเคลื่อนที่ บริการที่ได้รับ ได้แก่

a. บริการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวี (Pre-test counseling) โดยอาจตรวจหรือยังไม่ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

b. บริการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

c. บริการให้การปรึกษาการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) ส่งต่อเข้าสู่บริการที่จำเป็น

3.4 กระบวนการ/ขั้นตอนการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ

เป็นการค้นหาประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เพื่อให้ข้อมูลความสำคัญของการเข้ารับบริการตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี นำผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าสู่การตรวจและรักษาส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกัน การสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตรวจเอชไอวี วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี การส่งต่อการรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อการรักษา การให้บริการปรึกษาเพื่อเข้าสู่บริการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออื่น ๆ (Pre - Exposure Prophylaxis (PrEP) and other Prevention) การติดตามให้คงอยู่ในระบบบริการสุขภาพ

3.5 บทบาทและหน้าที่ของหน่วยร่วมบริการและหน่วยรับส่งต่อเพื่อการรับบริการสุขภาพของมาตรการ RR (Reach Recruit) ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

การสร้างคามเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี โดยรัฐเพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำเป็นต้องมีการดำเนินงานที่มีคุณภาพ และรัฐให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคม สร้างความร่วมมือและประสานการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรภาคประชาสังคม เนื่องจากมีศักยภาพในการเข้าถึงบริการเป็นเครือข่ายเพื่อนของประชากรกลุ่มเป้าหมายร่วมกับสถานบริการภาครัฐ ร่วมจัดบริการทั้งในรูปแบบบริการเคลื่อนที่เชิงรุก เพื่อเพิ่มความครอบคลุมพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย RR (Reach Recruit) ได้แก่ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกัน (Reach) การสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ (Recruit) การให้บริการปรึกษาเพื่อเข้าสู่บริการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออื่น ๆ (Pre - Exposure Prophylaxis (PrEP) and other Prevention)

ลักษณะการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

1) การจัดบริการโดยหน่วยงานรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การบริการที่ศูนย์บริการชุมชน (Drop in Center: DIC)

2) การจัดบริการโดยองค์กรภาคประชาสังคม ส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกัน (Reach) การสนับสนุนการเข้าสู่บริการสุขภาพ (Recruit) รวมถึงการให้บริการปรึกษาเพื่อเข้าสู่บริการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออื่น ๆ (Pre - Exposure Prophylaxis (PrEP) and other Prevention)

3.6 ความร่วมมือและประสานงานระหว่างหน่วยงานในการส่งต่อผู้รับบริการ

ประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพหรือสถานพยาบาลเครือข่าย ประเมินผู้รับบริการและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพเครือข่ายที่รับผิดชอบการรักษา เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ส่งต่อผู้รับบริการไปยังหน่วยบริการสุขภาพ/สถานพยาบาลเครือข่ายที่รับผิดชอบ ตามแนวทางการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

3.7 การดำเนินงานขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเฉพาะด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

3.7.1 ที่มาและความสำคัญ

- การบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้เข้าถึงบริการในระบบ เป็นการกีดกันป้องกันและลดปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐานบริการการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี RRTTPR กรมควบคุมโรค (อ้างอิงมาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการทำสัญญาโครงการกับศูนย์องค์รวมที่ร่วมให้บริการ โดยมีภารกิจในการให้คำปรึกษา ด้านยา การดูแลตนเอง ช่วยแก้ปัญหาทางสังคมจิต ให้ผู้ติดเชื้อได้รับยาตามมาตรฐาน คงอยู่ในระบบบริการ และกดเชื้อไวรัสให้น้อยลงจนไม่สามารถแพร่เชื้อ ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส มีคุณภาพชีวิตและอายุขัยตามปกติ ไม่เสียชีวิตจากการติดเชื้ออันเกี่ยวเนื่องกับเอชไอวี

องค์กรภาคประชาสังคมที่ดูแลผู้ติดเชื้อ เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (ศูนย์องค์รวม) ได้แสดงความจำเป็นเป็นหน่วยบริการตามมาตรา 3 ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.7.2 ทิศทางนโยบายด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- การสนับสนุนประชาชนรู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง
- การคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี
- การร่วมเป็นผู้ให้บริการของภาคประชาชน
- การบริการแบบบูรณาการเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรคและโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
- นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อำนวยความสะดวกในการรับบริการ การลดปัญหาการจัดระเบียบ

3.7.3 กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง

- 1) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

- มาตรา 3

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพ หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

- มาตรา 44 45 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการหน้าที่ของหน่วยบริการ
- มาตรา 46 การรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
- มาตรา 41 การรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ
- มาตรา 57 58 59 60 การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ

2) ข้อบังคับ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการฯ พ.ศ. 2564

การเป็นหน่วยบริการ ตามพ.ร.บ. สปสช. (ย่อ) หน่วยบริการ มีหน้าที่

มาตรา 45

1. ให้บริการสาธารณสุข
2. ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุข
3. ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. รักษาความลับของผู้รับบริการอย่างเคร่งครัด
5. จัดทำระบบข้อมูล เพื่อตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมถึงการขอรับค่าใช้จ่าย ทั้งนี้

ตามหลักเกณฑ์ที่กรรมการควบคุมกำหนด

มาตรา 46 หน่วยบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์

มาตรา 57 ในกรณีที่สำนักงานตรวจสอบพบว่าหน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขที่กำหนด ให้รายงานต่อคณะกรรมการควบคุมฯ เพื่อดำเนินการสอบสวน

มาตรา 58 หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้คณะกรรมการควบคุม ดำเนินการดังนี้

1. ไม่เจตนา ให้ตักเตือน
2. เจตนากระทำผิด ให้ชำระค่าปรับทางปกครอง
3. แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอบสวนและวินิจัยข้อกล่าวหา

มาตรา 59 ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ได้รับความสะดวกตามสมควรหรือสิทธิที่จะได้รับบริการ ถูกเรียกเก็บเรียกเก็บโดยไม่มีสิทธิ

มาตรา 60 กรณีกระทำผิดร้ายแรงหรือซ้ำหลายครั้ง ให้คณะกรรมการควบคุมดำเนินการดังนี้

1. สั่งเพิกถอนการขึ้นทะเบียน
2. แจ้งต่อรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมายเพื่อดำเนินการตามกฎหมายนั้น ๆ

การดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนกลไกสนับสนุนการจัดบริการ เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1. ออกระเบียบว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทย (ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2562)

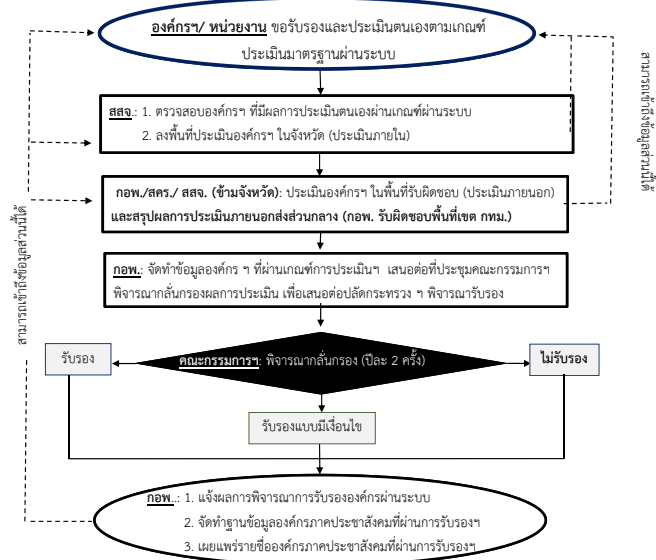
- มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562
- มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2562
- มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2562

2. จัดทำมาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

3. การดำเนินการประเมินและการขึ้นทะเบียนองค์กรภาคประชาสังคมของกระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 11 การประเมินมาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

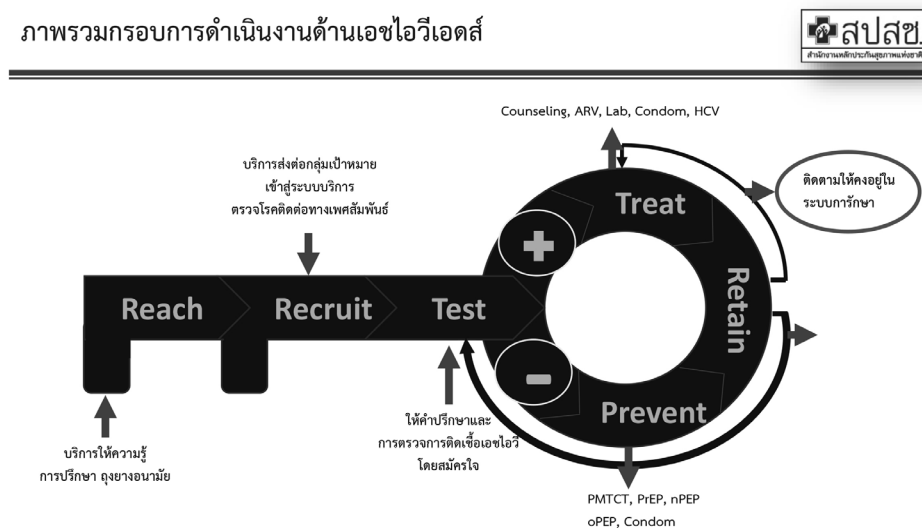
การประเมินมาตรฐานการจัดบริการ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนขององค์กรภาคประชาสังคม



ที่มา : กองโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค, 2563

รูปภาพที่ 1 กรอบการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์

ภาพรวมกรอบการดำเนินงานด้านเอชไอวีเอดส์



มาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

องค์ประกอบมาตรฐาน (1) มาตรฐานการบริหารจัดการ (2) คุณลักษณะของผู้ให้บริการ และ (3) มาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

การใช้ประโยชน์

1. องค์กรภาคประชาสังคม (CBO)/องค์กรชุมชน มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานตามมาตรการ RRTT(P)R ที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ
2. องค์กรภาคประชาสังคม (CBO)/องค์กรชุมชนมีแนวทางในการพัฒนาศักยภาพดำเนินงานตามมาตรการ RRTT(P)R ได้อย่างมีคุณภาพ

3. องค์การภาคประชาสังคม (CBO)/องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อบรรลุการยุติปัญหาเอดส์
- 4 แหล่งทุนมีแนวทางในการพิจารณาสนับสนุนทุนดำเนินงานจัดบริการฯ แก่องค์กรภาคประชาสังคม (CBO)/องค์กรชุมชนอื่น ๆ

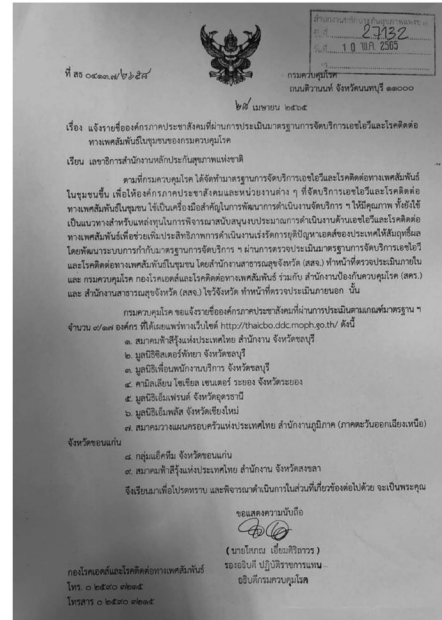
รูปภาพที่ 2 ตัวอย่างเกียรติบัตรและหนังสือแจ้งจากกรมควบคุมโรค

ตัวอย่างเกียรติบัตรและหนังสือแจ้งจากกรมควบคุมโรค



ข้อเสนอแนะ

1. ระบุใน CPP ระบุวันเริ่มสัญญา วันสิ้นสุดสัญญา (รับรอง 2 ปี) อนุมัติได้...ก็วันตามประกาศ คร
2. ประสาน คร การยื่นขอใบรับรอง ต้องยื่นภายในกี่วันก่อนหมดอายุ
3. กรณีการรับรอง พก. กรณีคนพิการทั่วไป ไม่ระบุใบรับรองจะใช้หลักเกณฑ์ใด



การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการมาตรา 3 ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
องค์การภาคประชาสังคมผ่านเกณฑ์มาตรฐานและได้รับการรับรองจาก กรมควบคุมโรค/สปสช.กำหนด
แสดงความจำนงพร้อมเอกสารหลักฐานออนไลน์ <https://ossregister.nhso.go.th/>
การจัดส่งเอกสารการขึ้นทะเบียน

- หนังสือนำส่ง เรียบ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- จำหน่ายของเอกสาร ดังนี้

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

นางสาวเหมือนฝัน จันเต็ม โทร 061 4200 364 (ฝ่ายบริหารงานทะเบียน)

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 – 4 อาคารรวมหน่วยราชการ (อาคาร B)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210

รูปภาพที่ 3 การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการมาตรา 3 ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



การบริหารงบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566

รูปภาพที่ 4 การบริหารงบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

กรอบการบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2567			
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		2. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและบริการที่เกี่ยวข้อง	
ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย	ขอบเขตบริการ	แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่าย
1. บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (RRTR) - ค่าบริการป้องกัน - ฉายยาอนามัยและสารหล่อลื่น	- จ่ายตามผลงานบริการ หน่วยบริการ - จ่ายรายโครงการ กรณีองค์กรชุมชน	1. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ - บริการให้คำปรึกษา - ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) - ฉายยาอนามัย	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ - จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ - สนับสนุนฉายยาอนามัย
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันการติดเชื้อและติดตามผู้ติดเชื้อ (งานศูนย์องค์รวม)	- จ่ายเป็นรายโครงการ ตามข้อกำหนด - จ่ายตามอัตรา กรณีหน่วยบริการ ม.3	2. ยาด้านไวรัส ยาลดไขมัน เพื่อการป้องกันและรักษา	- สนับสนุนในรูปแบบของยา
3. บริการ Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Post Exposure (PEP)	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ - สนับสนุนในรูปแบบของยา - สนับสนุนฉายยาอนามัย และสารหล่อลื่น	3. การตรวจชิ้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ
		4. สนับสนุนค่าบริการรักษาให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ - บริการรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ - ฉายยาอนามัย	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานบริการ - สนับสนุนฉายยาอนามัยและสารหล่อลื่น
		5. ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบบี (HCV)	- จ่ายเป็นค่าบริการตามผลงานที่ให้บริการ

 ประกาศหลักเกณฑ์ 2566_ลา28ธค65

 ประกาศ HIV AIDS 2566

การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรอง การติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. อธิบายทักษะและเทคนิคการให้ข้อมูลบริการแก่ผู้รับการปรึกษาในเรื่องที่เกี่ยวกับเอชไอวีที่สำคัญได้
2. ประเมินความเสี่ยง และให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในระหว่างให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาดัดสันใจตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ
3. ให้การปรึกษาก่อนการตรวจเอชไอวีได้

คำอธิบายรายวิชา

ศึกษาหลักการสำคัญของการให้บริการปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การบริการปรึกษาเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ/การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อที่เหมาะสม การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้บริการปรึกษารายบุคคลก่อนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฝึกทักษะการให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เนื้อหาวิชา

1. หลักการ 5C ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. กระบวนการให้บริการปรึกษาก่อนตรวจคัดกรองเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. การให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
5. แนวทางการจัดบริการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง ประเทศไทย
6. บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน
7. การสร้างกรอบการสื่อสารที่เป็นผลดีหรือผลเสีย และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

แนวทางการจัดการเรียนการสอนในการฝึกอบรม

- การบรรยาย/การอภิปราย/ประชุมกลุ่ม
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การสรุปสาระสำคัญ

อุปกรณ์และสื่อ

- เอกสารประกอบการบรรยาย/สื่อการเรียนการสอนออนไลน์
- อุปกรณ์กิจกรรมประกอบด้วย กระดาษฟลิปชาร์ตพร้อมขาตั้ง ปากกาไวท์บอร์ด กระดาษ A4

รายวิชาที่ 4 การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ

4.1 หลักการ 5C ในการให้การปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อเป็นการลดการแพร่เชื้อในชุมชน เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและครอบครัว และเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา โดยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์นั้น มีหลักการสากลตามท้องถื่นการอนามัยโลก (WHO) กำหนด ดังนี้

หลักการ 5C ในการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี UNAIDS และ WHO ให้คำแนะนำ ได้แก่

Confidential การรักษาความลับ

ข้อมูลในเรื่องการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคล สถานการณ์ และบุคคลแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการรักษาความลับในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงผลการตรวจเลือด แนวทางในการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อนเปราะบาง จึงมีความสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้ข้อมูลดังกล่าวถูกเปิดเผยต่อบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง อันจะเป็นการละเมิดสิทธิผู้รับบริการปรึกษา ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งต่อผู้รับบริการปรึกษาและหน่วยบริการ การรักษาความลับควรมุ่งเน้นตั้งแต่กระบวนการเข้ารับบริการการตรวจรักษา การเก็บรักษาข้อมูล จนกระทั่งการส่งต่อผู้รับบริการปรึกษา

Consent การยินยอมรับการตรวจ

การจัดบริการตรวจรักษาควรเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่เป็นการบังคับ โดยวัตถุประสงค์เพื่อเริ่มรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย ต้องคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ติดเชื้อ จริยธรรมและสิทธิที่ควรได้รับข้อมูลอย่างรอบด้าน ได้แก่ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรักษาที่เป็นปัจจุบัน ข้อดีและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา และผู้ติดเชื้อควรแสดงความยินยอมรับการปรึกษา โดยสามารถแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโดยวาจาที่บ่งบอกถึงความต้องการและความสมัครใจของผู้ติดเชื้อเอง

Counseling การให้การปรึกษา

ผู้ให้การปรึกษาจะใช้กระบวนการให้การปรึกษา (Counseling Process) และทักษะการให้การปรึกษา (Counseling Skills) ในการพูดคุยกับผู้รับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งก่อนและหลังการตรวจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาเกิดความเข้าใจ ตระหนักเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี มีข้อมูลเพียงพอที่จะสามารถตัดสินใจรับการตรวจ รวมทั้งการปรับพฤติกรรม มีแนวทางการป้องกัน และการดูแลรักษาที่เหมาะสม

Correct result การรับรู้ผลตรวจที่ถูกต้อง

ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความเข้าใจและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการปรึกษาถึงผลการตรวจ ไม่ว่าจะเป็นผลลบหรือบวก ทำความเข้าใจเรื่องของระยะที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ (window period) และความแม่นยำของชุดการตรวจ รวมทั้งความจำเป็นของการตรวจเลือดซ้ำในบางกรณี

Connection to care การเชื่อมต่อเข้าสู่การรักษา

เมื่อตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี สามารถให้บริการส่งต่อเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี โดยเร็ว ดังนั้น ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีทุกรายควรได้รับการเสนอเริ่มยาต้านเอชไอวี ในทันทีหลังรับรู้ผลเลือด ซึ่งผู้ให้บริการสามารถพิจารณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อแต่ละราย โดยเน้นให้เกิดความเข้าใจและเห็นประโยชน์ของการรักษาทั้งต่อสุขภาพตนเอง และประโยชน์ ในการป้องกันที่เกิดจากการรักษา และประโยชน์ในการป้องกันที่เกิดจากการรักษา

4.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ขั้นตอนแรกที่สำคัญก่อนที่ผู้ให้บริการปรึกษาการตรวจคัดกรองเอชไอวีนั้น ควรมีการประเมิน พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ที่มารับบริการ เพื่อเป็นการสำรวจข้อมูลสาเหตุปัญหานั้นของแต่ละบุคคล

การตรวจประเมินพฤติกรรมเสี่ยง (Risk Assessment) หมายถึงการพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการรับ/ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

หลักการติดต่อของเชื้อเอชไอวี 4 ประการ (Principles of Transmission) การที่ผู้รับบริการปรึกษา มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องทราบถึงช่องทางการติดต่อของเชื้อเอชไอวีว่ามาจากสาเหตุใดบ้าง โดยหลักการติดต่อของเชื้อเอชไอวี มีดังนี้

- 1) ทางออก (Exit) เชื้อเอชไอวีออกจากร่างกายทางเลือด น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด หรือน้ำหล่อลื่น จากการร่วมเพศ
- 2) มีชีวิตอยู่ (Survive) หมายถึง เชื้อเอชไอวีต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้
- 3) มากพอ (Sufficient) หมายถึง จำนวนเชื้อเอชไอวีที่เข้าไปในร่างกายจะต้องมีปริมาณเพียงพอที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อ
- 4) ทางเข้า (Enter) เชื้อเอชไอวีต้องเข้าสู่ร่างกายทางกระแสเลือด โดยผ่านช่องทางเปิดต่าง ๆ เช่น บาดแผลเปิด และช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

4.2.1 ความสำคัญของการตรวจประเมินปัจจัยเสี่ยง

มีประโยชน์ในการส่งเสริมผู้รับบริการปรึกษา ให้ความรู้และความสนใจ และมีความตระหนัก เกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นการให้ความรู้และการป้องกันเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึง เป็นการช่วยในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจ (Investigation) ที่จำเป็น และการตรวจประเมินความเสี่ยง เป็นตัวบ่งชี้ถึงแนวทางการรักษาที่เกี่ยวข้อง และเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับรู้ผลการตรวจเลือด

4.2.2 วิธีประเมินความเสี่ยง

อธิบายหลักการติดต่อของเชื้อเอชไอวีโดยใช้หลักการติดต่อของเชื้อเอชไอวี 4 ประการ (Principles of Transmission) ให้ข้อมูลก่อนถามคำถามทุกครั้ง ควรตกลงการเก็บรักษาความลับ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นภายหลัง หรือในระยะที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ (Window period) ทำการจดบันทึกความเสี่ยงครั้งสุดท้าย ประเมินระดับ ความเสี่ยงในกิจกรรมต่าง ๆ ดูระดับความเสี่ยง ไม่เสี่ยง เสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูง **โดยยึดหลัก WHAT** (เสี่ยงอะไร) **HOW** (เสี่ยงอย่างไร) **WHEN** (เสี่ยงเมื่อไร) **WHERE** (เสี่ยงที่ไหน) **WHY** (เพราะอะไรถึงเสี่ยง) และ **WHOM** (เสี่ยงกับใคร)

4.2.3 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่จะทำการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงและเป็นผู้ให้คำปรึกษา

- 1) เริ่มการสนทนาด้วยเรื่องง่ายๆ เพื่อให้ผู้ป่วัยรู้สึกผ่อนคลาย ตกลงเรื่องเก็บข้อมูลเป็นความลับ
- 2) มั่นใจว่าผู้รับการปรึกษาเข้าใจศัพท์และภาษาที่เราใช้
- 3) ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน
- 4) ใช้รูปภาพหรืออุปกรณ์ช่วยเพื่อให้ผู้รับการประเมินมีความเข้าใจมากขึ้น
- 5) เก็บรายละเอียดของข้อมูล

จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ประเมินนั้น ต้องมีทักษะในการสื่อสาร ทักษะการฟัง ทักษะการถาม ทักษะการแสดงออกด้านกริยาท่าทาง ซึ่งหัวใจหลักสำหรับผู้ประเมินความเสี่ยงและผู้ให้คำปรึกษา คืออย่าปล่อยให้ความรู้สึกหรือความเชื่อส่วนตัวเข้ามารบกวนกระบวนการตรวจประเมินปัจจัยเสี่ยงในทุกกิจกรรม สรุปการตรวจประเมินปัจจัยเสี่ยงผู้รับการปรึกษาทุกราย ครอบคลุมทุกพฤติกรรม ตรวจประเมินความเสี่ยงและให้คำปรึกษาทุกครั้งที่มาใช้บริการและทุกระยะของการติดเชื้อเอชไอวี

4.3 กระบวนการให้บริการปรึกษาก่อนตรวจคัดกรองเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การให้การปรึกษาก่อนการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Pre – test Counselling) หมายถึง เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้รับการปรึกษาให้เข้าใจอย่างรอบด้านเกี่ยวกับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
- 2) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองได้อย่างเหมาะสม
- 3) เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้รับการปรึกษาในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้เข้าใจผลดีและผลกระทบที่อาจเกิดจากการตรวจ และการรับทราบผลการตรวจ

ขั้นตอนการให้การปรึกษา

1) **สร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ** ผู้ให้การปรึกษาต้องสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว สร้างความคุ้นเคยและบรรยากาศให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกเป็นกันเองและสะดวกใจที่จะพูดถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นส่วนตัว จากนั้นจึงตกลงประเด็นการปรึกษา เวลาที่ใช้ และการรักษาความลับ

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ผู้รับการปรึกษาควรรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น วิธีการตรวจ ความเชื่อมั่นของผลการตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจและรอผลตรวจ เพื่อการตัดสินใจด้วยความสมัครใจ

สำหรับการประเมินความพร้อมของผู้รับการปรึกษาในการรับฟังผลการตรวจ ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญ การซักถามพูดคุยถึงความสะดวกในการรอผล หลังรับฟังผลมีแผนทำอะไรหรือไปไหนต่อ มีเพื่อน แฟนหรือใครมาด้วยหรือไม่ เป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักถึงความพร้อมในการตรวจและรอทราบผล นำสู่การตกลงบริการในทิศทางเดียวกันและด้วยความสมัครใจ

2) **สำรวจเหตุผลที่มารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ** โดยการสอบถามเหตุผลของการมารับการตรวจว่าผู้รับการปรึกษาต้องการมาด้วยความสมัครใจ หรือได้รับการส่งต่อเพื่อสำรวจแรงจูงใจ และให้ผู้รับการปรึกษาประเมินตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด โดยพยายามเชื่อมโยงกับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของผู้รับการปรึกษา ซึ่งได้แก่ การประเมิน

พฤติกรรมทางเพศหรือพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ครั้งสุดท้ายเมื่อใด รูปแบบของพฤติกรรมเสี่ยงเป็นอย่างไร ทั้งนี้ ผู้รับการปรึกษาส่วนหนึ่งอาจประเมินพฤติกรรมเสี่ยงไม่ถูกต้อง หรือไม่ทราบว่าพฤติกรรมแบบใดของตนหรือของคู่ที่เข้าข่ายเป็นพฤติกรรมเสี่ยง ดังนั้น ผู้ให้การปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองอย่างถูกต้อง โดยการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอย่างละเอียด พิจารณาถึงระยะที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ (Window period) และระยะติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute Infection) เช่น มีอาการไม่สบาย ผิดปกติอะไรบ้างหรือไม่ เพื่อวางแผนในการระบุระยะเวลาการตรวจซ้ำ หรือวันนัดตรวจที่เหมาะสมในกรณีผลเลือดลบ

3) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ผู้ให้การปรึกษาตรวจสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ การติดเชื้อเอชไอวี การรับและถ่ายทอดเชื้อ รวมทั้งประเมินความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจอะไรที่ผิด ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้รับการปรึกษาโดยเฉพาะด้านการป้องกัน ผู้ให้การปรึกษาควรอธิบายเพิ่มเติมและแก้ไขความเข้าใจที่อาจไม่ถูกต้อง

การอธิบายโดยสรุปถึงเรื่องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมีประโยชน์อย่างไร โดยเฉพาะเมื่อพบการติดเชื้อเอชไอวีหรือผลเลือดเป็นบวก สามารถช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้วางแผน และตัดสินใจเรื่องการเข้าสู่การดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว รวมทั้งยังเป็นการช่วยป้องกันคู่และลูกในกรณีตั้งครรภ์ การเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างถูกต้องก็เป็นเรื่องสำคัญในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นประโยชน์ด้านสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสามารถแก้ไขความเข้าใจผิดเรื่องการดูแลรักษาก่อนที่จะรับทราบผลนั้น

4) อธิบายเกี่ยวกับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้การปรึกษาพูดคุยรายละเอียดของ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ใน 3 ประเด็น

(1) ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยอธิบายสอบถาม และให้ผู้รับการตรวจประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงครั้งสุดท้าย ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น การรับเลือด การสักตามร่างกาย ฯลฯ โดยอธิบายความหมายของระยะที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ (Window period) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษารับทราบผลการตรวจอย่างเข้าใจ เชื่อมั่นในผลการตรวจมากขึ้นเพียงใดถ้าอยู่ในระยะตรวจไม่พบการติดเชื้อ และต้องตรวจซ้ำอีกครั้งเมื่อใด

(2) การตรวจและวิธีการตรวจ ควรอธิบายให้เข้าใจถึงวิธีการตรวจ ชนิดการตรวจ การแปลผลการตรวจ ระยะเวลารอผล การแจ้งผล และข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ (window period) รวมทั้งมาตรฐานการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ และการตรวจของห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความมั่นใจว่าผลการตรวจที่ได้รับถูกต้อง ไม่มีการสลับคนหรือตรวจผิดคน และเน้นเรื่องการรักษาความลับในผลการตรวจที่ได้รับ

(3) อธิบายความหมายของผลการตรวจและการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้การปรึกษาประเมินความเข้าใจของผู้รับการปรึกษา และให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมายของผลการตรวจและการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ผลการตรวจเป็นลบ ผลการตรวจเป็นบวก หมายความว่าอย่างไร

5) เตรียมความพร้อมที่จะรับทราบผลการตรวจ ให้ผู้รับการปรึกษาประเมินความคาดหวังต่อผลการตรวจ จะทำอย่างไรหากผลการตรวจเป็นบวกหรือลบ และประเมินการสนับสนุนต่าง ๆ ที่ผู้รับการปรึกษามีอยู่ เช่น เมื่อมีภาวะวิกฤติในชีวิตหรือไม่สบายใจอย่างรุนแรงปรึกษาใครได้บ้าง หรือทำอย่างไรมีใครที่เป็นกำลังใจให้เมื่อมีปัญหา รวมถึงประเมินแนวโน้มการคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลอย่างมากในอดีต การใช้สารเสพติดหรือการดื่มเหล้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อ การปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมเสี่ยง และความพร้อมในการรับมือกับผลตรวจถ้าพบว่าการติดเชื้อเอชไอวี

กรณีผู้รับการปรึกษาไม่พร้อมรับทราบผลการตรวจในวันเดียว (Same day result) ผู้รับการปรึกษาบางรายอาจแจ้งว่าตนเองอาจไม่สามารถยอมรับ หากผลการตรวจเป็นบวกได้ เช่น อาจจะทำร้ายตนเอง/คู่ หรือยังแสดงท่าทีวิตกกังวลอย่างมาก ผู้ให้การปรึกษามีทักษะในการประเมินความพร้อม โดยการตั้งคำถามเพื่อคัดกรองและสังเกตปฏิกิริยาของผู้รับการปรึกษา ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษามีแนวโน้มไม่อยากจะตรวจหรือรับทราบผลการตรวจในวันเดียว ผู้ให้การปรึกษาสามารถเสนอทางเลือก เช่น เลื่อนการตรวจจนกว่าผู้รับการปรึกษาจะมีความพร้อม แต่ถ้าการเลื่อนการตรวจออกไปจะมีผลต่อการดูแล เช่น ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องรับประทานไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกหรือกรณีเจ็บป่วย ผู้ให้การปรึกษาควรให้ข้อมูลแก่ผู้รับการปรึกษาได้ทราบถึงผลกระทบดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจว่าจะเลื่อนการตรวจหรือไม่

6) การตัดสินใจรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี หลังจากผู้รับการปรึกษาได้รับข้อมูล และได้รับการประเมินต่าง ๆ เพื่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างรอบด้านและครบถ้วนแล้ว ผู้ให้การปรึกษาควรเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาตัดสินใจด้วยตนเองว่าต้องการจะตรวจหรือไม่ โดยขอความยินยอม ซึ่งการยินยอมดังกล่าวนี้ สามารถให้เป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นการบอกกล่าวด้วยวาจาก็ได้ โดยขึ้นอยู่กับนโยบายสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่ ถ้าเป็นการให้ความยินยอมด้วยวาจาจากผู้ให้การปรึกษารับบันทึกในแบบบันทึกการให้การปรึกษาว่าผู้รับการปรึกษาให้ความยินยอมด้วยวาจา เป็นต้น

ในกรณีที่ตัดสินใจไม่ตรวจ ควรสำรวจเหตุผลของการตัดสินใจ และให้การปรึกษาตามสภาพปัญหา เช่น ผู้รับการปรึกษาบางรายที่อยู่ในระยะที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อ (Window period) อาจต้องการมาตรวจเมื่อพ้นระยะดังกล่าว และในบางรายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจ และยังไม่พร้อมที่จะรับทราบผลการตรวจ จากนั้นควรให้การปรึกษาเพื่อปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากหากได้ประเมินแล้วว่าผู้รับการปรึกษามีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่พร้อมที่จะตรวจในครั้งนั้น ผู้รับการปรึกษาควรต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและมีแนวทางการป้องกันที่เหมาะสม

7) ยุติบริการ และนัดรับทราบผลการตรวจ ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยร่วมกัน จากนั้นดำเนินการส่งผู้รับการปรึกษาไปเจาะเลือด หรือผู้ให้การปรึกษาที่ได้รับมอบหมาย และผ่านการฝึกอบรมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจชนิดเร็ว (Rapid test) เป็นผู้ตรวจให้เอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระบบของหน่วยบริการหรือสถานบริการสุขภาพแห่งนั้น เช่น อาจเป็นคลินิกที่ให้บริการเฉพาะจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service)

4.4 การให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับการปรึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การตัดสินใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น เลิกใช้สารเสพติดหรือเลิกดื่มสุรา หรือเริ่มใช้ถุงยางอนามัย มักเป็นเรื่องยาก ผู้รับการปรึกษาส่วนใหญ่มักไม่ยากพูดออกมาว่าพวกเขาอยากที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีเหล่านี้ แต่มักจะลังเลและไม่ค่อยแน่ใจว่าอยากที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนหรือไม่ หากผู้รับการปรึกษายังไม่พร้อมหรือมีความลังเล การสั่งหรือการบังคับให้เปลี่ยนพฤติกรรม ก็อาจทำให้เกิดการไม่ยอมรับและเกิดการต่อต้านได้ แนวความคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสกาและดีคลีเมนต์ (Prochaska and DiClemente) แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยจะค่อยๆ เปลี่ยนจาก

1) ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ยังไม่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใน 6 เดือนข้างหน้าคิดว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ไม่เป็นปัญหาไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้น บางคนอาจเคยพยายามที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมมาแล้วแต่ล้มเหลว จึงไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงอีก กลุ่มนี้ควรได้รับการกระตุ้นให้คิดถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มากขึ้น และเร้าอารมณ์ให้รู้สึกว่าการกระทำพฤติกรรมที่ไม่ดีของตนเอง ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นด้วย

2) ขั้นลังเลใจ/ซังใจ (Contemplation) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้เริ่มคิดหรือรับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมที่ทำอยู่เป็นปัญหา จึงคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า หรือคิดจะเปลี่ยนแปลงใน 30 วันข้างหน้า โดยไม่เคยมีความพยายามที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมมาก่อน กลุ่มนี้จะเริ่มต้นพิจารณาผลดีและผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมของตนที่ผ่านมา แต่จะรับรู้ข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับที่ใกล้เคียงกัน อาจเคยได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ดีมาแล้ว ดังนั้น กลุ่มนี้ควรได้รับการเรียนรู้ว่าเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว เขาจะเป็นอย่างไร ลดอุปสรรคหรือข้อเสียในการเปลี่ยนพฤติกรรม (Reduce the cons of changing behavior)

3) ขั้นเตรียมตัว (Preparation) บุคคลในขั้นนี้มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมในอนาคตอันใกล้ ภายใน 30 วันข้างหน้า และเคยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาแล้วอย่างน้อย 24 ชั่วโมง กลุ่มนี้จะเริ่มต้นการกระทำบางอย่างที่จะมุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น บอกเพื่อนและครอบครัวว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในระยะเตรียมตัวควรได้รับการกระตุ้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Support) เพื่อให้กำลังใจ

4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้เริ่มปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน แต่ยังไม่ถึง 6 เดือน การช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้ควรให้คำแนะนำเทคนิคต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เขาปฏิบัติกิจกรรมตามข้อตกลง (commitment) ได้ เช่น ให้รางวัลกับตนเองเมื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ หลีกเลี่ยงบุคคลหรือสถานการณ์ที่ทำให้เขากลับไปมีพฤติกรรมที่ไม่ดีเหมือนเดิม

5) ขั้นดำรงการปฏิบัติตัว (Maintenance) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้สามารถที่จะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมใหม่มาแล้วมากกว่า 6 เดือน โดยมีการป้องกันการกลับทำพฤติกรรมเดิมซ้ำ (Revert relapse) สิ่งสำคัญในขั้นนี้คือ การช่วยให้บุคคลนั้นรับรู้สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความอยาก (Temptation) ที่จะกลับไปทำพฤติกรรมเดิม โดยเฉพาะการมีภาวะเครียด ดังนั้น จึงควรรหาแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดที่เชื่อถือหรือไว้วางใจ พูดคุยหรือใช้เวลาอยู่กับบุคคลที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีรู้วิธีการจัดการกับความเครียดแทนการหาทางออกโดยการมีพฤติกรรมเดิมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื่อเอชไอวี

6) ขั้นสิ้นสุด (Termination) เป็นขั้นที่บุคคลมั่นใจว่าจะไม่กลับไปกระทำพฤติกรรมเดิมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื่อเอชไอวีอีก

การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) เป็นวิธีการให้การปรึกษาแบบที่ไม่สร้างความกดดันให้แก่ผู้รับการปรึกษา จากผลการศึกษาต่าง ๆ พบว่าวิธีนี้เป็นวิธีที่ได้ผลดีมากสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติด ดื่มสุรา และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื่อเอชไอวีที่กำลังอยู่ในขั้นไม่เห็นปัญหา หรืออยู่ในขั้นเริ่มคิดอยากที่จะเปลี่ยน เป้าหมายของการสนทนาแบบนี้ก็เพื่อสำรวจว่าผู้รับการปรึกษามีความลังเลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือไม่ และเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดถึงสิ่งที่ทำให้มีความกลัว หรือวิตกกังวลและเหตุผลที่ทำให้ไม่อยากเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ซึ่งการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจนี้มุ่งช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเอง

4.5 แนวทางการจัดบริการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง ประเทศไทย

การตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง คือกระบวนการของผู้ที่อยากทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ทำการเก็บตัวอย่างของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นจากน้ำในช่องปาก (oral fluid) หรือจากเลือด (blood) จากนั้นทำการทดสอบในชุดตรวจคัดกรองแบบรวดเร็ว (Rapid test) อ่านและแปลผลได้ด้วยตนเองอย่างเป็นส่วนตัว อาจจะเป็นการตรวจแบบมีผู้ให้คำแนะนำวิธีการตรวจ (supervised) หรือไม่มีผู้ให้คำแนะนำ (unsupervised) ก็ได้ โดยผลที่ได้เป็นเพียงผลการตรวจคัดกรองเอชไอวีเบื้องต้นเท่านั้น ไม่ได้เป็นการสรุปวินิจฉัยแต่อย่างใด หากผลตรวจที่ได้มีปฏิกิริยา (reactive) ผู้นั้นจะได้รับบริการต่อเนื่องในการตรวจยืนยันผล (Confirmatory test) ตามมาตรฐานการตรวจเชื้อเอชไอวีของประเทศต่อไป (National HIV testing algorithm) ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง มีสองชนิดหลักคือ ตรวจจากน้ำในช่องปาก และจากเลือด โดยเป็นการตรวจหาแอนติบอดี HIV-1/2 หรือ HIV-1 p24 ในสารตัวอย่าง

4.5.1 ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง

- 1) กระตุ้นการเข้าถึงการตรวจเอชไอวี
- 2) ผู้ต้องการตรวจเอชไอวี มีอิสระในการตัดสินใจ
- 3) มั่นใจเรื่องการรักษาความลับ
- 4) สร้างการเพิ่มอำนาจและความสามารถในการกำหนดเส้นทางหรือวิถีชีวิตของตัวเอง
- 5) สะดวก (ใช้งานง่าย อ่านผลเร็ว)
- 6) ลดระยะเวลาและภาระของผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ

4.5.2 วิธีการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง (Approaches for HIV Self-Screening Test)

วิธีการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง จะเน้นที่การเข้าถึงชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองได้จากช่องทางที่เข้าถึงง่ายเหมาะกับจริตของผู้รับบริการในแต่ละกลุ่ม อาจซื้อหาได้ด้วยตนเองจากจุดจำหน่ายหรือรับจากสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ หากผู้ใช้บริการต้องการคำชี้แนะ สามารถเข้าถึงการให้คำแนะนำถึงวิธีการใช้ชุดตรวจได้จากช่องทางข้อมูลที่หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมได้จัดเตรียมไว้ทั้งแบบรับข้อมูลทางเดียว แบบมีปฏิสัมพันธ์ทั้งแบบเจอตัวหรือแบบออนไลน์ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นวิธีใดก็ตาม ผู้ใช้บริการจะเป็นผู้เก็บตัวอย่างอ่านและแปลผลการตรวจด้วยตนเอง โดยการให้บริการจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับการให้ความช่วยเหลือกับผู้ใช้บริการในการตรวจคัดกรอง และขึ้นอยู่กับว่าชุดตรวจนั้นจะมีการจำหน่ายออกไปด้วยวิธีใด

4.5.3 วิธีการเข้าถึงชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง

วิธีการเข้าถึงชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองสามารถทำได้ด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

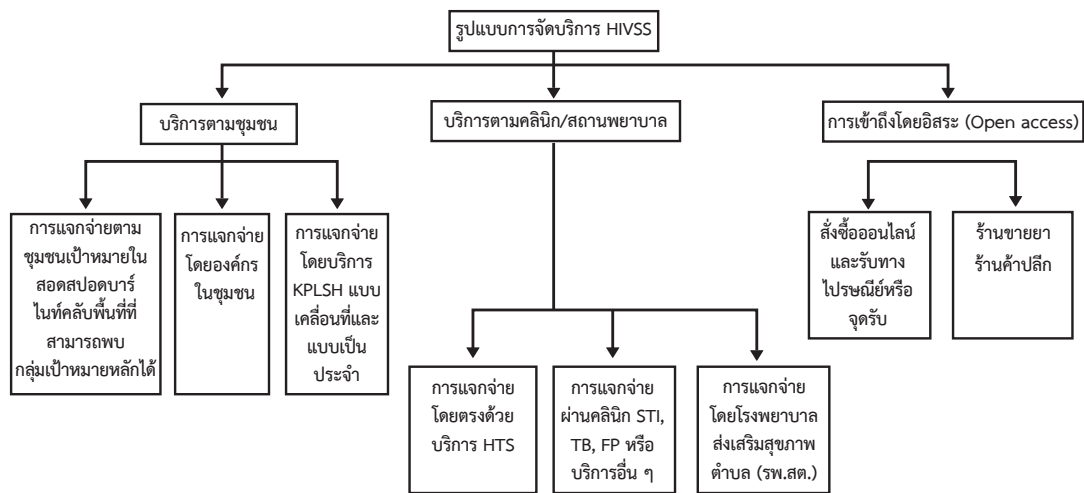
การเข้าถึงโดยอิสระ (Open Access) ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองมีขายตามจุดจำหน่าย สามารถวางขายและจัดจำหน่ายได้ทั่วไปตามลักษณะของจุดบริการ หรือสถานที่ต่าง ๆ ที่สามารถรักษาคุณภาพตามวิธีการเก็บรักษาของชุดตรวจได้ เช่น ตามร้านขายยา ร้านสะดวกซื้อ คลินิก และเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ เป็นต้น

การเข้าถึงผ่านชุมชน (Community Access) แจกชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองผ่านหน่วยบริการสุขภาพที่นำโดยกลุ่มประชากรหลัก (KPLHS) หรือหน่วยงานภาคประชาสังคมที่ได้รับการอบรมให้กับประชากรกลุ่มหลักผ่านกิจกรรมลงพื้นที่ การออกหน่วยตรวจสุขภาพในชุมชน การให้บริการสุขภาพทางไกลของภาคประชาสังคม

การเข้าถึงผ่านหน่วยบริการสุขภาพ (Facility Access) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์สามารถจัดสถานที่ให้ผู้ใช้บริการใช้ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองเพื่อตรวจคัดกรองเอชไอวีโดยบูรณาการให้กับผู้ใช้บริการระหว่างที่คอยรับบริการอื่น ๆ เช่น ตามคลินิกวัณโรค คลินิกกามโรค คลินิก

ไวรัสตับอักเสบบี หรือคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือสามารถแนะนำให้นำชุดตรวจกลับไปตรวจเองที่บ้าน ซึ่งการเข้าถึงผ่านหน่วยบริการสุขภาพนี้ หมายรวมถึงกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดไม่สามารถเข้าถึงชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง เช่น พืชสวนหรือเรือนจำ ที่หน่วยงานรับผิดชอบสามารถจัดสถานที่ให้ผู้ต้องขังตรวจคัดกรองเอชไอวีได้ด้วยตนเอง ผ่านทางเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำสถานะนั้น ๆ ที่ได้ผ่านการอบรมการให้การปรึกษาและสามารถจัดบริการเพื่อส่งต่อตรวจยืนยันผล และได้รับบริการด้านเอชไอวีอื่น ๆ ต่อไปด้วย

แผนภูมิที่ 12 การเข้าถึงชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง



HTS: การจัดการเอชไอวี STIs: คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ TB: คลินิกวัณโรค
FB: คลินิกวางแผนครอบครัว

4.6 บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน

บทบาทหน้าที่ที่กล่าวถึงในส่วนนี้ จะเกี่ยวข้องกับการให้บริการเอชไอวีโดยพิจารณาตามกระบวนการ Cascade Reach-Recruit-Test-Treat-Prevention-Retrain (RRTTPR) อันจะเกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองเท่านั้น แต่ในบทบาทอื่นหรือการบริการอื่นของการป้องกันเอชไอวีแบบองค์รวมจะไม่นำเข้ามาอยู่ในตารางบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน สรุปบทบาทหน้าที่ในการให้บริการของหน่วยบริการต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ซึ่งหน้าที่เหล่านี้เป็นเพียงตัวอย่างจากมาตรการที่สามารถทำได้ แต่ยังไม่ครบถ้วน เป็นเพียงข้อเสนอให้พิจารณาเริ่มต้นเท่านั้น

อนึ่ง เนื่องจากการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองยังเป็นเรื่องใหม่ ซึ่งระบบที่ผ่านมาในการให้บริการตรวจเอชไอวีตามระบบปกติ ผู้ให้บริการในการตรวจเอชไอวีต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ หรือนักเทคนิคการแพทย์ ในการตรวจเท่านั้น แต่สำหรับการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง ผู้ที่ทำหน้าที่ให้การปรึกษา หรือสาธิตวิธีการใช้ชุดตรวจ หรือให้คำแนะนำในการตรวจ ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ พยาบาล หรือนักเทคนิคการแพทย์ สามารถใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้ผ่านการอบรมในการให้บริการมาแล้วได้ ซึ่งในกรณีของภาคประชาสังคม บุคลากรที่ได้รับการอบรมและรับรองเป็นอาสาสมัครภาคประชาสังคมสามารถให้บริการใช้ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองทั้งในด้านการให้การปรึกษา และการสาธิตวิธีการใช้งานทั้งชุดตรวจคัดกรองแบบสารน้ำในช่องปาก (oral fluid) และแบบตัวอย่างเลือด (blood-based) เนื่องจากการเก็บตัวอย่าง อำนวยผล และแปลผลจะเป็นหน้าที่ของผู้รับบริการเอง จึงไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำแต่อย่างใด

ตารางที่ 11 บทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน

บทบาทภายใต้แต่ละ Cascade ของ โปรแกรมเอชไอวี	คำอธิบาย	รพ./ รพ.สต./ KPLHS	หน่วยบริการ ภาค ประชาสังคม CSO/NGO	จุดเข้าถึงบริการ ภาคเอกชน (เช่น ร้านขายยา หรือตัวแทน จำหน่าย
Reach/Recruit				
การสร้างความตระหนัก และความต้องการใช้ ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวี ด้วยตนเอง	ให้ข้อมูล และสร้างความต้องการใช้ ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง โดยการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ในชุมชนผ่านเจ้าหน้าที่เชิงรุกผ่าน หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ และ ช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ	✓	✓	✓
การเข้าถึงชุดตรวจ แบบแจกฟรี	แจกชุดตรวจคัดกรองเอชไอวี ด้วย ตนเองที่ได้รับการสนับสนุนจาก ผู้ให้ทุน หรือระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าทั้งแบบเจอตัวและส่งทาง ไปรษณีย์	✓	✓	คลินิกเทคนิค การแพทย์หรือ ร้านขายยาที่เข้า ร่วมโครงการ
การเข้าถึงชุดตรวจ แบบจำหน่าย	- การจำหน่ายในร้านของตัวแทน จำหน่าย - การตลาดเพื่อสังคม (social marketing)	KPLHS เท่านั้น	✓	✓
การสาธิตวิธีการใช้ หรือ การให้การปรึกษาก่อน และ/หรือหลังการใช้ ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวี ด้วยตนเอง	การให้การปรึกษาก่อน และ/หรือ หลัง หรือการสาธิตการใช้ชุดตรวจนั้น ไม่มีความจำเป็นที่ต้องทำเสมอไป แต่ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้รับ บริการ โดยการให้บริการอาจเป็น แบบเจอตัว หรือแบบทางไกล เช่น ทางโทรศัพท์ หรือทางวิดีโอคอล	✓	✓	✓
การส่งต่อชุดตรวจผ่านคู่ (Secondary distribution)	ผู้รับบริการที่เข้าถึงบริการ จะได้รับ ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีเพิ่มอีก เพื่อไปแจกให้กับคู่นอนและผู้อื่นที่มี ความเสี่ยง	✓	✓	

บทบาทภายใต้แต่ละ Cascade ของ โปรแกรมเอชไอวี	คำอธิบาย	รพ./ รพ.สต./ KPLHS	หน่วยบริการ ภาค ประชาสังคม CSO/NGO	จุดเข้าถึงบริการ ภาคเอกชน (เช่น ร้านขายยา หรือตัวแทน จำหน่าย
การส่งต่อเพื่อรับการตรวจ ยืนยันผลเอชไอวี	ผู้รับบริการ HIVSST จะถูกส่งต่อไป ให้กับหน่วยบริการสุขภาพของรัฐ หรือภาคประชาสังคม (KPLHS) เพื่อตรวจยืนยันผลเลือด	รพ.สต.	✓	✓
Test				
การตรวจยืนยันผล	หน่วยบริการสาธารณสุข และ KPLHS ให้บริการการตรวจยืนยันผล และ เชื่อมต่อเข้าสู่บริการป้องกันและ รักษาต่อไปในรูปแบบที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว และเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ	รพ. ทุติยภูมิ ขึ้นไป และ KPLHS		
การติดตามว่าได้มีการ รับการตรวจยืนยันผล เอชไอวี	โทรติดตาม หรือส่งข้อความติดตาม ผู้ที่ตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง เพื่อให้มั่นใจว่าได้ไปตรวจยืนยันผล เอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ	รพ.สต.	✓	✓
การให้การปรึกษา ก่อน และหลังการตรวจยืนยัน ผลเอชไอวี	ที่ตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองได้ รับการให้การปรึกษาทั้งก่อน และ หลังการตรวจเอชไอวี HIVSST แบบ มาตรฐานที่สถานบริการสาธารณสุข และหน่วยบริการเคลื่อนที่ที่ให้การ ตรวจยืนยันผลเอชไอวี	✓	✓	✓
การส่งต่อชุดตรวจให้คู่ ของผู้ที่มีผลเลือดบวก (Index testing)	ผู้ที่มีผลเลือดบวก (index client) จะได้รับชุดตรวจคัดกรองเอชไอวี เพื่อนำกลับไปให้คู่นอนของตนตรวจ	✓	✓	✓
*Prevention				
**การให้การปรึกษาเรื่อง การใช้เพร็พ (PrEP) และ การป้องกันแบบผสมผสาน (Combination Prevention)	การให้การปรึกษาเพื่อสามารถใช้ เพร็พ (PrEP) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และร่วมกับความสำคัญของการใช้ ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	✓	✓	

บทบาทภายใต้แต่ละ Cascade ของ โปรแกรมเอชไอวี	คำอธิบาย	รพ./ รพ.สต./ KPLHS	หน่วยบริการ ภาค ประชาสังคม CSO/NGO	จุดเข้าถึงบริการ ภาคเอกชน (เช่น ร้านขายยา หรือตัวแทนจำหน่าย)
การแนะนำให้ใช้ HIVSST เพื่อส่งต่อการเข้าถึง เพรีพ (PrEP) หรือเป๊ป (PEP)	มีการแจก หรือแนะนำการใช้ชุด ตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเองเพื่อ เป็นส่วนหนึ่งของแพ็คเกจการให้ บริการเพรีพ (PrEP) หรือ เป๊ป (PEP)	รพ.สต.	✓	
การให้การปรึกษาและ ตรวจด้วย HIVSST เพื่อใช้ PrEP ในช่วงต่อเนื่องใน สถานการณ์ฉุกเฉิน	การใช้ชุดตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วย ตนเองที่บ้านเพื่อเป็นการติดตาม สถานะผลเลือดระหว่างการรับเพรีพ อย่างต่อเนื่อง แทนที่จะเข้ามาตรวจ ผลเลือดที่ในสถานบริการสุขภาพใน ช่วงสถานการณ์ฉุกเฉิน	✓	✓	
Retain (Negative)				
การแนะนำให้ใช้/เข้าถึง HIVSST ในช่วงการติดตาม ผู้ที่มีผลเลือดลบ	ผู้ให้บริการสุขภาพส่งข้อความ หรือ ติดต่อเพื่อเตือนผู้รับบริการในการ กลับมาตรวจซ้ำตามช่วงเวลา	✓	✓	

4.7 การสร้างกรอบการสื่อสารที่เน้นผลลัพธ์หรือผลเสีย และขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การสร้างกรอบการสื่อสาร เป็นแนวทางที่ใช้ในกระบวนการให้การปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ การนำแนวทางนี้มาใช้ในการให้การปรึกษาทางด้านสุขภาพ จะเป็นการนำเสนอข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ตรงกับข้อกังวลของผู้รับบริการแต่ละคน ซึ่งการสื่อสารในลักษณะเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการด้วย โดยใช้ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of Change) จาก Transtheoretical Model ของ Prochaska, DiClemente และ Norcross เพื่อประเมินความพร้อม ซึ่งข้อความที่วางกรอบไว้สื่อสารในแต่ละขั้นตอน จะช่วยให้ผู้รับบริการรับทราบข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับตนเอง แล้วเริ่มดูแลหรือรักษาสุขภาพของตนเองต่อไป

การสื่อสารที่เน้นถึงข้อดี หรือประโยชน์ หมายถึง สิ่งดี ๆ ที่จะเกิดขึ้น และสิ่งไม่ดีที่จะไม่เกิดขึ้น หากปฏิบัติตนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

การสื่อสารที่เน้นถึงผลเสีย หมายถึง สิ่งไม่ดีที่จะเกิดขึ้น และสิ่งดี ๆ ที่จะไม่เกิดขึ้น หากไม่ปฏิบัติตนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การสร้างกรอบการสื่อสารจะไม่เปลี่ยนความหมายของข้อความ ตัวอย่างของข้อความที่เน้นผลดี ได้แก่ “การตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการทราบสถานะของคุณช่วยลดความกังวลได้” หรือ “ถ้าคุณใช้ PrEP ก็จะได้ป้องกันตัวจากเชื้อเอชไอวี” มีความหมายเท่ากับข้อความที่เน้นผลเสีย “การไม่ตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการไม่ทราบสถานะของคุณอาจทำให้คุณกังวลมากขึ้น” หรือ “ถ้าคุณไม่ใช้ PrEP ก็จะไม่ได้รับการป้องกันเชื้อเอชไอวี” เป็นต้น การสร้างกรอบการสื่อสาร ไม่ควรหมายความว่า ทางเลือกหรือผลลัพธ์นั้นดีหรือไม่ แต่ควรสื่อให้เห็นถึงทางเลือกหรือโอกาสในทางดีหรือร้ายที่จะเกิดขึ้น

การศึกษาต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าการสร้างกรอบการสื่อสารด้านสุขภาพ ที่เน้นผลดีจะมีประสิทธิภาพมากกว่าเมื่อพุ่งเป้าไปที่พฤติกรรมป้องกันโรค ในทางกลับกัน การสื่อสารที่เน้นผลเสียจะมีประสิทธิภาพมากกว่าเมื่อพุ่งเป้าไปที่พฤติกรรมที่ตรวจพบโรค ทั้งนี้ ผู้รับบริการต้องรับทราบความเสี่ยงของตนเองด้วย

การสื่อสารที่เน้นผลดี ช่วยให้ผู้รับบริการทำสิ่งต่าง ๆ ได้มีประสิทธิภาพ ทั้งการตัดสินใจ ความมุ่งมั่น ทำตามที่ได้ตัดสินใจ ไปจนถึงการกินยาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น ในทางกลับกัน การสื่อสารที่เน้นผลเสีย อาจกลายเป็นสิ่งที่กำหนดให้ทำแต่ไม่มีใครนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเหมือนผู้ให้การศึกษากำลังสั่งให้ตนทำตามความต้องการของผู้ให้การศึกษา เครื่องมือเหล่านี้แสดงตัวอย่างข้อความที่สร้างกรอบการสื่อสารไว้ตามความพร้อมของผู้รับบริการ (ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) เพื่อตรวจเอชไอวีหรือที่จะใช้ PrEP เป็นกลยุทธ์ในการป้องกันโรค

4.7.1 การให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี Stages of change วัฏจักรของการเปลี่ยนแปลง

รูปภาพที่ 5 ทัศนคติความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม



1) ขั้นไม่สนใจปัญหา (Precontemplation)

บุคคลคิดว่าพฤติกรรมที่ทำอยู่ไม่มีปัญหาอะไรต่อสุขภาพ ไม่มีความคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น เช่น เหตุผลข้ออ้างในการไม่สวมถุงยางอนามัย ดังนี้ ฉันไม่เห็นจะต้องสวมถุงยางอนามัยเลย เพราะฉันมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ดูดี สะอาด และฉันไม่ได้ซื้อบริการทางเพศ

2) ขั้นลังเลใจ/ตั้งใจ (Contemplation)

บุคคลเริ่มรับรู้ว่าพฤติกรรมที่ทำอยู่ตอนนี้ อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ มักจะมีความลังเลใจ (Ambivalence) ระหว่างการยอมรับหรือปฏิเสธการเปลี่ยนแปลง เหตุผลข้ออ้างสำหรับความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น ผลการตรวจเลือดที่ผ่านมาพบว่า ฉันติดหนองใน หมอแนะนำให้สวมถุงยางอนามัย แต่ว่าฉันไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย ฉันต้องเลือกคนที่ฉันมั่นใจมากกว่านี้

3) ขั้นเตรียมตัว (Preparation)

บุคคลคิดที่จะลด หรือเลิกพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหา และเริ่มวางแผน (Action plan) ในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี เช่น เมื่อมีการติดหนองในซ้ำ จึงเริ่มมีการหาข้อมูลของการสวมถุงยางอนามัย เริ่มสอบถามถึงวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง เป็นต้น

4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)

ขั้นนี้จะเริ่มขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนได้ เช่น เริ่มทดลองใช้ถุงยางอนามัย เลือกซื้อถุงยางอนามัยที่มีกลิ่นพิเศษเพื่อสร้างแรงจูงใจในการใช้ ในขั้นตอนนี้อาจใช้หลายวิธีการร่วมกันที่จะช่วยให้การเปลี่ยนแปลงประสบความสำเร็จ เช่น การจัดทำแผนระยะสั้น และแผนระยะยาว

5) ขั้นดำรงการปฏิบัติตัว (Maintenance)

บุคคลสามารถปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นพฤติกรรมที่คงที่ กล่าวคือ มีการสวมถุงยางอนามัยเป็นประจำจนเป็นนิสัย แต่อาจมีการหวนกลับไปทำพฤติกรรมเดิมอีก (Relapse) คือหันกลับมา มีพฤติกรรมไม่สวมถุงยางอนามัยกับคู่ที่ไว้วางใจ เป็นต้น

6) ขั้นสิ้นสุด (Termination)

เป็นขั้นบุคคล ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีความมั่นใจว่าจะไม่กลับไปกระทำพฤติกรรมเดิมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอีก

การติตรา การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง ด้วยเหตุแห่งเพศกับการจัดบริการเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. อธิบายความหมาย รูปแบบของการติตราและการเลือกปฏิบัติ และปัจจัยที่นำไปสู่การติตราและการเลือกปฏิบัติได้
2. อธิบาย และวิเคราะห์ผลกระทบจากการติตรา และการเลือกปฏิบัติ ทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้
3. อธิบายแนวทางการแก้ไขปัญหการติตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในการจัดบริการฯ ในชุมชนได้
4. อธิบายหลักการสำคัญในการจัดบริการที่ปราศจากการติตรา และเลือกปฏิบัติ
5. ตระหนักถึงความแตกต่างและความ (ไม่) สอดคล้องระหว่างอัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ การแสดงออกทางเพศ และลักษณะทางกายภาพ และเชื่อมโยงกับความคิดอัตโนมัติที่อาจเหมารวมคนบางกลุ่ม

คำอธิบายรายวิชา

ศึกษาเกี่ยวกับความหมาย รูปแบบของการติตราและการเลือกปฏิบัติ ความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศ และปัจจัยที่นำไปสู่การติตราและเลือกปฏิบัติ ศึกษาเกี่ยวกับนิยาม อัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ การแสดงออกทางเพศ และลักษณะทางกายภาพ ผลกระทบจากการติตรา และเลือกปฏิบัติทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ แนวทางการแก้ไขปัญหการติตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในการจัดบริการฯ ในชุมชน ความสำคัญของการจัดบริการที่ปราศจากการติตราและเลือกปฏิบัติ อาทิ การรักษาความลับของผู้รับบริการ การได้ข้อมูลรอบด้าน และการเคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ

เนื้อหาวิชา

1. ความหมายของการติตรา และการเลือกปฏิบัติ
2. รูปแบบของการติตรา และการเลือกปฏิบัติ และความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศ โดยรวมถึงอัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ การแสดงออกทางเพศ และลักษณะทางกายภาพ
3. ปัจจัยที่นำไปสู่การติตราและเลือกปฏิบัติ และวงจรความคิดอัตโนมัติด้านลบ
4. ผลกระทบจากการติตราและการเลือกปฏิบัติทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
5. การคำนึงถึงเรื่องสิทธิมนุษยชน และหลักการสำคัญในการจัดบริการที่ปราศจากการติตราและเลือกปฏิบัติ
6. สิทธิมนุษยชน สิทธิทางเพศด้านสุขภาพ กับการลดการติตราและการเลือกปฏิบัติ
7. แนวทางการจัดบริการฯ ในชุมชนที่ลดการติตรา การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศ
8. แนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียน การละเมิดสิทธิด้านเอดส์ เพศภาวะ และความเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ

ระยะเวลา 3.30 ชั่วโมง (ทฤษฎี 3 ชั่วโมง/ปฏิบัติ 30 นาที)

แนวทางการจัดการเรียนการสอนในการฝึกอบรม

- การบรรยาย/การอภิปราย/ประชุมกลุ่ม
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การสรุปสาระสำคัญ

อุปกรณ์และสื่อ

- เอกสารประกอบการบรรยาย/สื่อการเรียนการสอนออนไลน์
- ใบงานการประชุมกลุ่ม
- อุปกรณ์กิจกรรม ประกอบด้วย กระดาษฟลิปชาร์ตพร้อมขาตั้ง ปากกาไวท์บอร์ด กระดาษ A4

5.1 ความหมายของการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ

การตีตรา (Stigmatization) หมายถึง กระบวนการทางสังคมในบริบทเชิงอำนาจที่ลดคุณค่าบุคคลหรือกลุ่มคน ส่งผลให้มีเจตคติ ความเชื่อ พฤติกรรมเชิงลบ ต่อบุคคลหรือกลุ่มคนนั้น

การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) หมายถึง การปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมหรือไม่เป็นธรรม ต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคล

การตีตราทางสังคม (Social stigma/Public stigma) หมายถึง การที่สังคมมองบุคคล (ผู้ป่วย) อย่างไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม เป็นคนไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการ สาเหตุเกิดจากความเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ของคนในสังคมเกี่ยวกับภาวะหนึ่งของบุคคล ทำให้สังคมมองบุคคลแบบเหมารวม (Stereotype) และอคติ (Prejudice) ทำให้เกิดการแบ่งแยก เลือกปฏิบัติ (Discrimination)

การรับรู้การตีตรา (Perceive stigma) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่ามีสังคมมองตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์กับตนเองในทางลบ หรือเป็นการรับรู้อคติที่สังคมมีและปฏิบัติกับตนเองของบุคคล

การตีตราตนเอง (Self-stigma/Internalized stigma) หมายถึง การเกิดภาวะกดดัน กดทับ คุณค่าในตนเองของบุคคล จนบุคคลยอมรับสถานภาพที่เห็นด้วย และคล้อยตามว่าตนเองไม่ดี ไม่เท่าเทียม สมควรแล้วที่จะต้องยอมรับสิ่งเหล่านี้ หรือถูกกระทำแบบนี้ (Corrigan, Watson & Barr, 2006)

5.2 รูปแบบของการตีตราและการเลือกปฏิบัติ โดยรวมถึงอัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ การแสดงออกทางเพศ และลักษณะทางกายภาพ

การติดเชื่อเอชไอวีเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย การที่จะขับเคลื่อนการดำเนินการยุติปัญหาเอดส์ได้นั้น จำเป็นที่จะต้องจัดการกับการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากสังคม ทั้งในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี อคติเกี่ยวกับผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) อาทิ อัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ การแสดงออกทางเพศ ใช้ลักษณะทางกายภาพเป็นตัวตัดสิน อคติเกี่ยวกับเชื้อชาติหรือสัญชาติ เช่น อคติต่อประชากรข้ามชาติ อคติต่อการใช้ยาเสพติด อคติต่อการเป็นพนักงานบริการทางเพศ ฯลฯ ซึ่งจากอคติดังกล่าวจะนำไปสู่ความรู้สึกในด้านลบ และนำไปสู่การแสดงออกที่เป็นการกระทำที่แตกต่างออกไป หรือเลือกปฏิบัติกับคนเหล่านั้น ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ส่งผลให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวี กลุ่ม LGBTQ+ ผู้ใช้สารเสพติด ประชากรข้ามชาติ พนักงานบริการทางเพศ ถูกลดทอนคุณค่าในตัวเอง ไม่อยากเข้าสังคม ไม่อยากเข้ารับบริการ เป็นต้น

รูปแบบการตีตรา การตีตราและเลือกปฏิบัติที่พบได้บ่อย ได้แก่

- 1) การตีตราทางสังคม เช่น ไม่ให้อยู่ในชุมชน
- 2) การตีตราทางกาย เช่น การป้องกันเกินปกติ การแสดงท่าทีรังเกียจ การจัดบริการให้คว่ำสุดท้าย
- 3) การตีตราทางคำพูด เช่น การพูดตำหนิ ด่วนสรุป คำพูดเชิงเหมารวม
- 4) การตีตราด้วยนโยบาย ระเบียบ ข้อบังคับ เช่น ห้ามทำงานสำหรับผู้ติดเชื่อเอชไอวี หรือการปฏิเสธ

บริการสุขภาพ

ตัวอย่างรูปแบบการตีตรา คือ การคิดในเชิงลบ จนนำไปสู่การพูดในเชิงตำหนิ ด่วนสรุปเหมารวม พฤติกรรมของบุคคลในแง่ลบจากลักษณะทางเพศที่แสดงออกมาให้เห็น จากพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใช้ยาเสพติด รวมไปถึงการแสดงท่าทีรังเกียจ มองบน เดินหนีไม่สนใจ ไม่พูดด้วย ฯลฯ

ตัวอย่างรูปแบบการเลือกปฏิบัติ เช่น การถูกปฏิเสธไม่รับเข้าทำงานเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อ หรือการที่หน่วยบริการสุขภาพมีการให้บริการต่ำกว่ามาตรฐาน การหลีกเลี่ยงที่จะให้บริการ การให้บริการ เป็นจิตสวท่าย การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี

5.3 ปัจจัยที่นำไปสู่การตีตรา และเลือกปฏิบัติ และวงจรความคิดอัตโนมัติด้านลบ

5.3.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

1) ความไม่รู้ความไม่ตระหนัก เช่น คนในสังคมบางคนอาจจะไม่รู้ตัวว่าการแสดงออก ทั้งคำพูดและการกระทำบางอย่างถือเป็นการตีตรารูปแบบหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นคำพูดเหมารวมคนที่ติดเชื้อเอชไอวี ว่าต้องเป็นคนที่มีพฤติกรรมที่ไม่ดี

2) ความกังวลกลัวการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การแสดงออกโดยที่อาจจะไม่รู้ตัว หรือมีการป้องกัน มากเกินไปต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

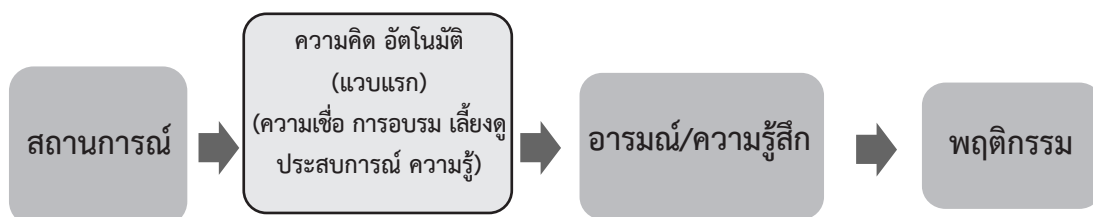
3) ทักษะคติที่เป็นการตีตราทางสังคมในเชิงเหมารวม ตัดสิน ตำหนิไม่ว่าจะเป็นรูปลักษณะ ภายนอก การตัดสินจากการแสดงออกทางเพศ การตัดสินพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4) สภาพแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพหรือโครงสร้างเชิงระบบ เช่น การจัดสถานที่ที่ไม่เอื้อต่อการบริการสำหรับหญิงข้ามเพศ หรือการที่ปฏิบัติบางอย่างต่อ ๆ กันมา เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำฟัน จิตสวท่าย หรือการจัดโซนที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าคนที่นี่โซนนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ฯลฯ

5.3.2 วงจรความคิดอัตโนมัติด้านลบ

นอกจาก 4 ปัจจัยข้างต้นแล้ว ผู้เข้าร่วมต้องเรียนรู้เรื่องของวงจรความคิดอัตโนมัติด้านลบ ต่อบุคคล กลุ่มบุคคล หรือเหตุการณ์ในชีวิตที่อาจจะไม่ตรงกับความคิดความเชื่อของเราซึ่งนั่นทำให้เรารู้สึกไม่ดี นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ดีตามมามีด้วย หากเราจะแก้เรื่องของ การตีตราและเลือกปฏิบัติจำเป็นต้องเห็นความคิด อัตโนมัติของเราร่วมด้วย ว่าเราคิดหรือเชื่ออะไร และมีผลต่อพฤติกรรมของเราอย่างไร เช่น ถ้าเราเชื่อว่าโลกนี้มีแค่ 2 เพศ ชาย - หญิง เราก็อาจจะยอมรับได้ยาก ถ้าต้องให้บริการคนที่มีความหลากหลายทางเพศหรือ (LGBTQ+) เราก็อาจจะเผลอแสดงออกถึงสีหน้า แววตาที่ไม่ชอบ รวมไปถึงอาจจะไม่อยากให้บริการ ปฏิเสธบริการ ฯลฯ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 13 ที่แสดงให้เห็นว่ามันทำงานเป็นวงจรที่เชื่อมโยงกัน ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าเราเจอ ประชากรข้ามชาติมารับบริการในโรงพยาบาล ลึก ๆ แล้วเราอาจคิดแวบแรกว่าจะไปรักษาพวกนี้ทำไม เป็นภาระ เข้ามาแย่งงานคนไทย เราจะรู้สึกไม่ดีไม่ชอบ ไม่อยากให้บริการ พฤติกรรมของเราก็อาจจะปฏิเสธบริการหรือ พูดไม่ดีใส่ เป็นต้น

แผนภูมิที่ 13 วงจรความคิดอัตโนมัติ



(จากตัวอย่างแสดงว่า ถ้าแวบแรกของเราเป็นลบ ความรู้สึกก็จะเป็นลบ พฤติกรรมของเราก็มักจะเป็นลบไปด้วย ซึ่งบางที่เราทำพฤติกรรมหรือแสดงออกบางอย่างที่ติตรปไปแล้ว ในขณะที่เราไม่รู้ว่ตนเองคิดอะไรอยู่ด้วยซ้ำ การเรียนรู้เรื่องที่มาของการติตรปและเลือกปฏิบัติจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องความคิดอัตโนมัติควบคู่กันไปด้วย เพราะเป็นที่มาของวงจรที่ทำให้เกิดการติตรปและเลือกปฏิบัติั่นเอง)

5.4 ผลกระทบจากการติตรปและการเลือกปฏิบัติทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

การติตรปและเลือกปฏิบัติในประเด็นเอชไอวีเกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านความคิด ทัศนคติการแสดงออก การกระทำบางอย่าง สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรด้วยกันทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็น

- 1) รู้สึกถูกรังเกียจ ถูกลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์
- 2) ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมือนคนอื่น
- 3) ติตรปตนเอง
- 4) หลีกหนีไม่ยอมรับบริการ

การจัดการผลกระทบ

ประเทศไทยประกาศเจตนารมณ์การดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ภายใน พ.ศ. 2573 จึงจำเป็นต้องเร่งรัดสร้างมาตรฐานการบริการ การเร่งรัดเข้าสู่บริการ การยุติปัญหาเอดส์เพื่อจัดการผลกระทบที่เกิดจากการติตรปและเลือกปฏิบัติที่จะเป็นอุปสรรคในการยุติปัญหาเอดส์ในอนาคต

5.5 การคำนึงถึงเรื่องสิทธิมนุษยชน และหลักการสำคัญในการจัดบริการที่ปราศจากการติตรปและเลือกปฏิบัติ

- 1) การสร้างความเข้าใจและป้องกันการติตรปเกี่ยวกับการสื่อสารสาธารณะ “Normalize HIV”
- 2) ดูแลคุ้มครองสิทธิเพื่อแก้ไขปัญหาละเมิดสิทธิ การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การสนับสนุนกลไกคุ้มครองสิทธิ เช่น การสนับสนุนเครือข่ายคุ้มครองสิทธิจังหวัด
- 3) การพัฒนากฎหมายระบบข้อมูลสารสนเทศ การละเมิดสิทธิฯ
- 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังสถานการณ์การติตรปและการเลือกปฏิบัติ

หลักการสำคัญในการจัดบริการ

การถูกติตรปและเลือกปฏิบัติยังพบในบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ บุคลากรผู้ที่มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องทราบหลักการการจัดบริการที่ต้องปราศจากการติตรปและเลือกปฏิบัติ โดยต้องคำนึงถึงสิทธิในการเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ได้แก่

- 1) รักษาความลับ เคารพความเป็นส่วนตัว
- 2) การร่วมตัดสินใจในการรับบริการ
- 3) การให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน

สิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำในการให้บริการ

ต้องไม่ทำสิ่งต่อไปนี้ เช่น ไม่ใช้คำพูดหรือถ้อยคำในเชิงตำหนิตัดสิน ล้อเลียน หรือดูถูกเหยียดหยาม เพราะเพศที่แตกต่าง เพราะการใช้ยาเสพติด อาชีพ สัญชาติ เชื้อชาติ รวมถึงเอชไอวี และการไม่ใช้คำพูดในการกล่าวถึงเรื่องส่วนตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริการในครั้งนั้น ไม่ถามคำถามที่ไม่จำเป็น ที่ไม่เกี่ยวข้อง เช่น “สวยเหมือนผู้หญิงเลย” “รู้ตัวว่าเป็นตั้งแต่เมื่อไร” “ผ่าหรือยัง” “ราคาเท่าไร” หรือคำถามเชิงเหมารวม เช่น “รุก” หรือ “รับ” หรือไม่ชอบชิบิโนทาผู้รับบริการ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ หรือขบขัน ไม่ทำท่าทางหรือการแสดงออกทางสีหน้าแววตา เช่น ชักสีหน้ามองบน ไม่เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ เป็นต้น

ต้องให้บริการโดยคำนึงถึง เช่น ใช้สรรพนามเรียกค่ากลาง ๆ ที่สามารถใช้ได้กับทุกคน เช่น ใช้คำว่า “คุณ” แทนคำว่า “นาย” “นาง” “นางสาว” หากไม่แน่ใจว่าควรใช้สรรพนามใดให้สอบถามจากผู้รับบริการ รวมถึงการให้ข้อมูลอย่างรอบด้าน ตามข้อเท็จจริง ไม่ใช่ตามทัศนคติและมุมมองของเรา นอกจากนั้นยังต้องให้ผู้รับบริการตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่คิดตัดสินใจแทน และเคารพการตัดสินใจของเขา สุดท้ายคือ การให้แจ้งผู้รับบริการทุกครั้ง ก่อนส่งต่อไปรับบริการกับเจ้าหน้าที่แผนกต่าง ๆ และสร้างความเชื่อมั่นเรื่องการรักษาความลับ

ต้องจัดให้มี เช่น จัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวสำหรับผู้รับบริการ เพื่อป้องกันเรื่องความลับ รวมถึงจัดบริการที่สอดคล้อง เหมาะสมกับผู้รับบริการ เช่น คลินิกเฉพาะ ขนาดดูยางอนามัย เข็มและอุปกรณ์สะอาด และอุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ ฯลฯ รวมทั้งการจัดรับฟังเสียงผู้รับบริการเป็นระยะ ๆ

5.6 สิทธิมนุษยชน สิทธิทางเพศด้านสุขภาพ กับการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

“สิทธิมนุษยชน” คือ หลักการและมาตรฐานพื้นฐานที่มีเป้าหมายที่จะรับประกันศักดิ์ศรี เสรีภาพและความเท่าเทียมให้กับมนุษย์ทุกคน

หลักการสิทธิมนุษยชน ประกอบด้วย

- 1) ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิตามธรรมชาติติดตัวมาแต่กำเนิด
- 2) สิทธิมนุษยชนเป็นสากลไม่สามารถถ่ายโอนกันได้
- 3) สิทธิมนุษยชนไม่สามารถแยกส่วนได้ว่าสิทธิใดมีความสำคัญกว่าอีกสิทธิหนึ่ง
- 4) ต้องเคารพความเสมอภาค และการเลือกปฏิบัติถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน
- 5) ประชาชนและประชาสังคมมีส่วนร่วมในการเข้าถึง และเลือกรับประโยชน์จากสิทธิ

พลเมือง สิทธิทางการเมือง สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และรัฐต้องมีมาตรการในการปกครองประเทศ โดยใช้หลักนิติธรรม และตรวจสอบได้ (อมรา พงศาพิชญ์, 2557) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 คุ่มครองสิทธิมนุษยชน โดยบัญญัติไว้ใน หมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย

มาตรา 27 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน

ชายและหญิง มีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อจัดอุปสรรค หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการหรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

สิทธิในความเสมอภาค และไม่ถูกเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ

ทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้านบริการสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ตลอดช่วงอายุโดยไม่ต้องไม่ถูกเลือกปฏิบัติไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม การจัดบริการสุขภาพต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้บริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัตินั้น ต้องเป็นการให้บริการที่อยู่ภายใต้หลักสิทธิมนุษยชน ภายใต้สิทธิทางเพศด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

- 1) การสร้างความเข้าใจและป้องกันการตีตราเกี่ยวกับการสื่อสารสาธารณะ “Normalize HIV”
- 2) ดูแลคุ้มครองสิทธิเพื่อแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิ การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การสนับสนุนกลไกคุ้มครองสิทธิ เช่น การสนับสนุนเครือข่ายคุ้มครองสิทธิจังหวัด
- 3) การพัฒนากฎหมายระบบข้อมูลสารสนเทศการละเมิดสิทธิฯ
- 4) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

5.7 แนวทางการจัดบริการฯ ในชุมชนที่ลดการตีตรา การเลือกปฏิบัติและความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศ

ส่วนที่ 1 ให้ชุมชนระดมแนวทางการจัดบริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติเองตามรายละเอียดดังตารางที่ 12 โดยกระบวนการต้องเน้นให้ชุมชนระบุรูปแบบการตีตราที่เกิดขึ้นมาก่อนว่า มีอะไรบ้าง แต่ละรูปแบบมีสาเหตุมาจากอะไร ส่งผลกระทบอะไรบ้าง และแนวทางแก้ไขเพื่อให้บริการ RRTTPR ในชุมชนที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ และความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศ โดยนำหลักการและแนวทางที่ได้เรียนรู้ไปมาเป็นแนวทางในการแก้ไข โดยต้องคิดแนวทางทั้ง 2 ระดับ เพื่อให้เห็นว่าบางรูปแบบสามารถแก้ไขได้ในระดับบุคคล ในขณะที่การเลือกปฏิบัติบางอย่างต้องแก้โดยองค์กร รวมถึงถ้าเกิดในหน่วยบริการสุขภาพเราก็ต้องไปทำงานร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

ตารางที่ 12 แนวทางการจัดบริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติเอง

รูปแบบการตีตรา	สาเหตุ	ผลกระทบ		แนวทางแก้ไข	
		ผู้รับบริการ	ผู้ให้บริการ	ระดับบุคคล	หน่วยงาน
1) ทางสังคม เช่น ไม่ให้อยู่ในชุมชน 2) ทางกาย เช่น การป้องกันเกิมนกตี การแสดงท่าทีรังเกียจ การจัดบริการคิวสุดท้าย 3) ทางคำพูด เช่น การพูดตำหนิ ด้วยสรุป คำพูดเชิงเหมารวม 4) นโยบาย ระเบียบข้อบังคับ เช่น ห้ามทำงานสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือการปฏิเสธบริการสุขภาพ	1) ความไม่ตระหนักหรือความไม่รู้ว่ากำลังตีตราและเลือกปฏิบัติซึ่งเป็นที่ทั้งการไม่รู้ว่สิ่งที่คิดและทำเป็นการตีตราและเลือกปฏิบัติ หรือไม่คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ 2) ความกลัว กังวลการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้สงสัยว่ามีเชื้อเอชไอวี ซึ่งหลายกรณีเกิดจากความกังวลกลัวเกินจริง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นการเลือกปฏิบัติหรือการกีดกันที่เป็นการละเมิดสิทธิ 3)ทัศนคติของสังคมที่เป็นการสรุปตัดสินตำหนิแบบเหมารวม ซึ่งมีผลต่อความคิดความเชื่อ และการกระทำที่เป็นการตีตราและการเลือกปฏิบัติ 4)สภาวะแวดล้อมในหน่วยงานที่เป็น การหรือส่งผลต่อตีตราและการเลือกปฏิบัติ	1)รู้สึกถูกรังเกียจ ถูกลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ 2)ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมือนคนอื่น 3)ตีตราตนเอง 4)หลีกเลี่ยงไม่ยอมรับการบริการ	1)ผู้ให้บริการมีความกลัว กังวลใจในการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรหลัก 2)ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมือนคนอื่น 3)ตีตราตนเอง 4)หลีกเลี่ยงไม่ยอมรับการบริการ	1)สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี สิทธิมนุษยชน ความหลากหลายทางเพศ 2)การปรับเปลี่ยนให้เกิดความตระหนักรู้ความคิดความเชื่อ หรือการกระทำอะไร บ้างที่เป็นการตีตราและเลือกปฏิบัติ 3)การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อลดความกังวลกลัวการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดจากความเข้าใจผิด 4)การสร้างความเข้าใจที่มาที่ไปของทัศนคติการตำหนิแบบเหมารวมต่อบุคคล และผลกระทบที่เกิดจากความคิด ความเชื่อนั้น	1)การพัฒนาสภาวะแวดล้อมที่ไม่เป็น การตีตราและเลือกปฏิบัติที่สำคัญ คือ นโยบายและแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน มีนโยบายและการดำเนินงานที่ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 แนวทางการพัฒนาองค์กรภาคประชาสังคมให้ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ

- 1) การค้นหารูปแบบของการตีตราและเลือกปฏิบัติในการให้บริการ เช่น การรับฟังเสียงผู้รับบริการ การจัดประชุมค้นหาแบบการตีตรา การทบทวนแนวปฏิบัติเดิมว่ามีการตีตราหรือไม่ การพัฒนาแบบสำรวจการตีตรา
- 2) การจัดอบรมสร้างความเข้าใจในคนทำงานในเรื่อง S&D
- 3) การพัฒนา COP หรือ SOP ในการให้บริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ (ในงานภาคสนาม งานคลินิก งานให้คำปรึกษา ฯลฯ)
- 4) การมีระบบให้การช่วยเหลือเมื่อถูกละเมิดสิทธิ
- 5) การปรับเปลี่ยนนโยบายองค์กรให้เป็นองค์กรที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น การประกาศเจตนารมณ์องค์กร การมีแนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ (คู่มือเจ้าหน้าที่การประเมินหรือรับคนเข้าทำงาน)

ส่วนที่ 3 การพัฒนางานส่วนอื่นเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

- 1) การพัฒนาชุดการอบรมแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ (Stigma reduction participatory training modules) มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดมาตรฐานระดับบุคคล มาตรฐานเชิงโครงสร้าง/ระบบ มาตรฐานเชื่อมประสานกับชุมชน ในการขับเคลื่อนนโยบายและแนวทางปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ สอดคล้องกับสถานการณ์ข้อมูลปัจจุบัน โดยปัจจุบันมีหน่วยบริการที่เข้าร่วมในการดำเนินงาน 3x4 Package จำนวน 144 แห่ง ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 3x4 PACKAGE

3 levels of interventions	4 actionable drivers of S&D reduction
Individual (ระดับบุคคล)	Raising awareness (สร้างความตระหนัก)
System/Structure (ระดับระบบ/โครงสร้าง)	Fear of HIV infection (ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อ)
Linking with community system (เชื่อมโยงระดับชุมชน)	Social stigma attitudes: judgment, stereo- typing, blame (การตีตราทางสังคม)
	Policy and guidance in health facility (นโยบายและแนวทางในสถานบริการสุขภาพ)

- 2) การพัฒนา E-learning learning on SD reduction for health staff

เป็นโปรแกรมเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในประชากรหลัก (<http://sdelearning.ddc.moph.go.th>) โดยเป็นโปรแกรมใช้เวลาในการเรียนรู้ 1 ชั่วโมง ผู้ที่สามารถเข้ารับการโปรแกรมนี้ ได้แก่ บุคลากร/เจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพหรือบุคคลทั่วไปที่สนใจ โดยมีทั้งหมด 4 บทเรียน ดังนี้

บทที่ 1 สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มประชากรหลัก

บทที่ 2 ความหมายของการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และผลกระทบ

บทที่ 3 ความเข้าใจเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามมาตรฐาน

บทที่ 4 แนวปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดสิ่งแวดลอม เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

แบบทดสอบหลังเรียน การประเมินตนเองภายหลังการเรียนรู้เรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ เมื่อเราต้องไปให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

3) การพัฒนาโปรแกรมการตีตราตนเองในหน่วยบริการสุขภาพ (Self-Stigma)

โดยขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาตัวกระบวนการ เพื่อให้หน่วยบริการที่ผ่านการดำเนินงานใน 3x4 โปรแกรมไปแล้ว มาต่อยอดการทำงานกับผู้รับบริการ โดยมุ่งเป้าไปที่การใช้โปรแกรมลดการตีตราตนเองเพื่อเข้าถึงผู้รับบริการให้ผู้รับบริการมีพลังภายในตนเองไม่ตีตราหรือคิดด้านลบกับตนเอง โดยคิดว่าการทำเรื่องของการลดการตีตราตนเอง จะทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น มารับบริการอย่างต่อเนื่องไม่หายไปจากระบบ โดยโปรแกรมนี้นี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลให้คำปรึกษา ARV คลินิก รวมถึงชุมชน (กลุ่มผู้ติดเชื้อหรือภาคประชาสังคมในพื้นที่)

การวิเคราะห์กรณีศึกษา

1) วิทยากรแบ่งกลุ่ม ๆ กลุ่มละเท่าๆ กัน พร้อมให้ตัวแทนกลุ่มออกมาจับใบงาน

2) ใบงาน

- กรณีศึกษาที่ 1
- กรณีศึกษาที่ 2
- กรณีศึกษาที่ 3
- กรณีศึกษาที่ 4

3) วิทยากรอธิบายใบงาน โดยให้ทุกกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์กรณีศึกษาที่ได้ไป และช่วยกันสรุปประเด็นพร้อมส่งตัวแทนนำเสนอ ดังนี้

1) จากสถานการณ์ที่ได้ เป็นการละเมิดสิทธิหรือไม่ พร้อมให้เหตุผลประกอบ

2) ในฐานะที่ท่านเป็นคนทำงาน ท่านจะให้ช่วยเหลืออย่างไร

4) วิทยากรให้กลุ่มใหญ่ช่วยกันวิเคราะห์ประเด็นนำเสนอของแต่ละกลุ่มอีกครั้ง

5) วิทยากรสรุปประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์กลุ่มใหญ่ โดยเน้นแนวทางการช่วยเหลือเมื่อมี

การถูกละเมิดสิทธิ

กรณีศึกษาที่ 1

คุณเอ เป็นแรงงานพม่า ตั้งใจมาทำงานในประเทศไทย เพื่อเก็บเงินส่งเสียครอบครัว โดยมีความตั้งใจที่จะเก็บเงินกลับไปเปิดร้านขายของที่บ้านเกิดของตนเอง ขณะทำงานที่เมืองไทยเป็นแรงงานที่ใช้ระบบประกันสังคมในการดูแลสุขภาพ ขณะนี้เค้าป่วยเป็นวัณโรค มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

พยาบาล : “เป็นคนไทยหรือเปล่า พุดไทยได้ไหม”

คุณเอ : “พุดได้นิดหน่อย”

พยาบาล : ซักสีหน้า ถอนหายใจ แล้วพุดว่า “แล้วจะคุยกันรู้เรื่องไหม ทำไมไม่พาล่ามมาด้วย” และพุดว่า “จิ้นยีนรอก่อนเลย”

ในขณะนั้นมีผู้ป่วยคนไทยมารับบริการต่อจากคุณเอ ซึ่งได้รับบริการอย่างดีและรับบริการก่อนตนเอง เคารู้สึกแย่กับตนเองมาก รู้สึกด้อยค่า โดนดูถูก แต่ก็ทนรอ เพื่อที่ตนจะได้รับการรักษา

กรณีศึกษาที่ 2

คุณบี เป็นผู้ใช้รายหนึ่งที่เป็นที่รู้จักของทุกคนในชุมชนแถวบ้าน เขาพยายามที่จะเลิกใช้ยาแต่ยังต้องใช้สารทดแทนเพื่อบำบัด คุณบี อาศัยอยู่กับแม่แค่สองคน โดยเขาเป็นคนหาเลี้ยงแม่ โดยการรับจ้างทั่วไป และแม่มักจะพูดกับเขาเสมอว่า “แม่ดีใจที่มีเอ็งเป็นลูก และคอยดูแลแม่” วันหนึ่งคุณบีไปซื้อของที่ร้านประจำใกล้บ้าน ซึ่งขณะนั้นมีลูกค้าอยู่หลายคนที่คุณบีซื้อของและกำลังจะออกจากร้าน เมื่อคุณบีสั่งของกับแม่ค้า แม่ค้าแสดงท่าทางไม่สนใจพร้อมพูดด้วยน้ำเสียงห้วน ๆ ว่า “รอก่อน” และขายให้คนอื่นก่อน คุณบีจึงรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ และคิดว่า เป็นเพราะกูเป็นขี้ยาใช่ไหม ถึงไม่สนใจขายของให้

กรณีศึกษาที่ 3

คุณมินนี่ เป็นสาวประเภทสอง มีแฟนคบกันมา 5 ปี เป็นคนอหังการดี มีเพื่อนชายและหญิงหลายคน คุณมินนี่เป็นคนใจดีชอบทำบุญทำทาน วันหนึ่งเขาได้ชวนเพื่อนไปบริจาคเลือด ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยไปพร้อมกับเพื่อนชายและหญิงอีก 2 คน เมื่อไปถึงเพื่อนทั้ง 2 คน ได้รับการต้อนรับและพูดจาทักทายด้วยอย่างดี เพื่อนได้บริจาคเลือดตามระบบปกติ แต่เมื่อถึงตนเองเจ้าหน้าที่มองหน้าและดูที่บัตรประชาชน พร้อมพูดว่า “ตามระเบียบเราไม่รับบริจาคเลือดของบุคคลเพศทางเลือก เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้ เพราะเป็นกลุ่มคนที่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นได้ง่าย” ทำให้คุณมินนี่ รู้สึกเสียใจและเสียความรู้สึกมาก

กรณีศึกษาที่ 4

คุณนุ่น เป็นพนักงานบริการ บ้านอยู่ต่างจังหวัด มีความตั้งใจทำงานเพื่อส่งเงินให้แม่ปลูกบ้านใหม่ วันหนึ่งได้ไปใช้บริการ ณ โรงแรมแห่งหนึ่งในแถวที่ตนทำงาน เพื่อนัดเจอเพื่อนที่เดินทางมาจากต่างประเทศ แต่ถูกพนักงานโรงแรมเหมารวมว่าเข้าไปใช้บริการในโรงแรม เพื่อรอรับแขกหรือขายบริการทางเพศ โดยพนักงานโรงแรมได้ยึดบัตรประชาชนและเรียกเก็บค่าบริการเพิ่มเติมจากปกติอีก 1,000 บาท ทั้งที่คุณนุ่นได้พยายามอธิบายเหตุผลของการมาใช้บริการในวันนี้ แต่พนักงานโรงแรมก็ยังแสดงสีหน้าและทำกิริยาท่าทางดูถูก

5.8 แนวทางการจัดการ เรื่องร้องเรียน การละเมิดสิทธิด้านเอดส์ เพศภาวะ และความเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ

การพัฒนากระบวนการรับเรื่องร้องเรียนการตีตราและเลือกปฏิบัติเพื่อสะท้อนสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ประสบปัญหา ผู้พบเห็นสถานการณ์ในการแจ้งเรื่อง รวมถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ในการรับเรื่องร้องเรียน การดำเนินการเพื่อช่วยเหลือคุ้มครองสิทธิ และบันทึกเหตุการณ์ เพื่อให้เกิดการรวบรวมข้อมูล ประมวลผล วิเคราะห์ และวางแผน เพื่อนำไปสู่การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทั้งในระดับบุคคล องค์กรและนโยบายประเทศ โดยระบบรับเรื่องร้องเรียนกรณีการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ เพศภาวะ และความเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ (Crisis Response system: CRS) หรือ “สวัสดิ์ปกป้อง” โดยมีกลไกการดำเนินงาน ดังนี้

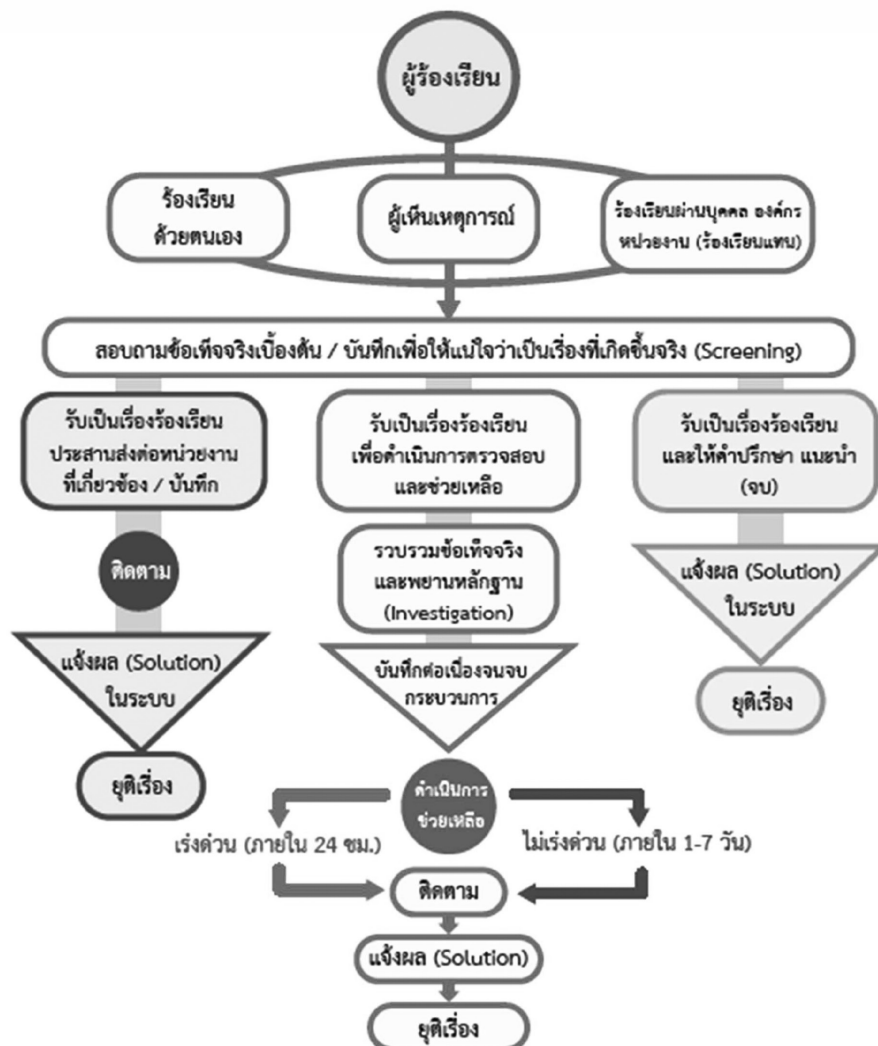
5.8.1 กลไกระดับชาติ คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

5.8.2 กลไกระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์แต่งตั้งคณะทำงานส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ในรูปแบบสหวิชาชีพระดับจังหวัด

แนวทางการดำเนินงาน

- 1) ให้มีคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ วางแผนจัดการและติดตามการแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิ
 - 2) กำหนดให้มีทีมปฏิบัติการ ที่มีความคล่องตัวในการสืบค้นข้อเท็จจริงและให้คำปรึกษาเบื้องต้นกรณีเกิดการละเมิดสิทธิ
 - 3) กำหนดให้มีทีมปฏิบัติงานเชิงรุก เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสิทธิด้านเอดส์ในพื้นที่ เพื่อป้องกันปัญหาการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอดส์ เพศภาวะ และลดอคติที่มีต่อกลุ่มเปราะบางต่อการเลือกถูกปฏิบัติ
 - 4) จัดทำรายงานข้อมูล ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนานโยบายการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ในระดับจังหวัด
- ลักษณะการถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ แบ่งได้ 2 แบบ คือ**
- 1) การเลือกปฏิบัติอันเนื่องจากเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเกิดกับประชาชนทั่วไป และผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2) การเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเพศภาวะ และความเป็นกลุ่มเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ

แผนภูมิที่ 14 ขั้นตอนการจัดการเรื่องร้องเรียน



วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. อธิบายบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมตามขอบเขตและเจตนารมณ์ของกฎหมายได้
2. อธิบายหลักจริยธรรมของอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมได้
3. อธิบายหลักเกณฑ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิทธิผู้ป่วย
4. วิเคราะห์สถานการณ์ประเด็นปัญหาด้านกฎหมายจริยธรรมจากสถานการณ์ตัวอย่างได้

คำอธิบายรายวิชา

ศึกษาเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้รับบริการสุขภาพจากอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่จัดบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุขในทุกระดับ และองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น ในการป้องกันควบคุมโรค คุณธรรม จริยธรรม หลักของกฎหมาย การดำเนินการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ สาธารณสุข ระบบสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ สิทธิผู้ป่วย สิทธิประโยชน์อื่น ๆ จากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เนื้อหาวิชา

1. กฎหมาย ระเบียบฯ ความรู้ด้านสิทธิที่เกี่ยวข้อง
 - พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
 - พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
 - พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541
 - พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562
 - พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
2. แนวคิดของคุณธรรมและจริยธรรมสำหรับอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่จัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
3. ประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย
4. การให้ข้อมูลและความยินยอมของผู้ป่วย
5. กฎหมายทางอาญา

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

แนวทางการจัดการเรียนการสอนในการฝึกอบรม

- การบรรยาย/การอภิปราย
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การสรุปสาระสำคัญ

อุปกรณ์และสื่อ

- เอกสารประกอบการบรรยาย

รายวิชาที่ 6

กฎหมายที่เกี่ยวข้องและจริยธรรมในการจัดบริการเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

6.1 กฎหมาย ระเบียบฯ ความรู้ด้านสิทธิที่เกี่ยวข้อง

6.1.1 ความหมาย กฎหมาย ระเบียบฯ ความรู้ด้านสิทธิที่เกี่ยวข้อง

ศักดิ์ของกฎหมาย (Hierarchy of Law)

1) รัฐธรรมนูญ คือ กฎหมายสูงสุด หมายความว่า จะมีกฎหมายใดในระดับรองมาขัดหรือแย้งมิได้ (ปัจจุบันใช้ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560)

2) พระราชบัญญัติ คือ กฎหมายที่บัญญัติขึ้นโดยประเทศที่มีพระมหากษัตริย์เป็นผู้อนุญาต โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา

3) พระราชกำหนด คือ กฎหมายรูปแบบหนึ่งซึ่งพระมหากษัตริย์ทรงตราขึ้นโดยคำแนะนำและยินยอมของคณะรัฐมนตรี โดยอาศัยอำนาจตามที่รัฐธรรมนูญวางไว้ว่า เป็นกรณีฉุกเฉินที่มีความจำเป็นรีบด่วนอันมิอาจหลีกเลี่ยงได้

4) พระราชกฤษฎีกา คือ กฎหมายที่พระมหากษัตริย์ทรงตราขึ้นโดยอาศัยอำนาจตามรัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติ หรือพระราชกำหนด เพื่อใช้ในการบริหารราชการแผ่นดิน

5) กฎกระทรวง คือ กฎหมายที่ฝ่ายบริหารเป็นผู้ตราขึ้นมาเพื่อกำหนดรายละเอียดปลีกย่อยของพระราชบัญญัติ

6) เทศบัญญัติ คือ กฎหมายที่เทศบาลตราขึ้นเพื่อใช้บังคับภายในเขตเทศบาลนั้น

7) ข้อบังคับสุขาภิบาล คือ เป็นกฎหมายที่คณะกรรมการสุขาภิบาล จัดทำขึ้นใช้ในเขตสุขาภิบาลนั้น ๆ

8) ข้อบัญญัติจังหวัด คือ กฎหมายที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดออกใช้บังคับแก่ประชาชนในเขตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น ๆ

9) อื่น ๆ

หลักความจำเป็นทุกคนต้องรู้กฎหมาย

“การอ้างว่าไม่รู้กฎหมายไม่ใช่ข้อแก้ตัวในการกระทำความผิด”

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ในมาตรา 64 แห่งประมวลกฎหมายอาญา “บุคคลจะแก้ตัวว่าไม่รู้กฎหมายเพื่อให้พ้นจากความผิดในทางอาญาไม่ได้ ฯลฯ แต่อาจอ้างความไม่รู้กฎหมายได้ก็เพียงแค่เพื่อบรรเทาโทษให้น้อยลงเท่านั้น”

กฎหมาย (Law) หมายถึง กฎที่สถาบัน หรือผู้มีอำนาจสูงสุดในรัฐตราขึ้นจากจารีตประเพณีอันเป็นที่ยอมรับนับถือ เพื่อใช้ในการบริหารประเทศ เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตาม หรือเพื่อกำหนดระเบียบแห่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือระหว่างบุคคลกับรัฐ

กฎหมาย หมายถึง คำสั่งหรือข้อห้ามซึ่งมนุษย์ต้องเคารพในความประพฤติต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มนุษย์มีลักษณะทั่วไปใช้บังคับได้เสมอและต้องปฏิบัติตาม

6.1.2 ความเป็นมาและเจตนารมณ์ของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับองค์กรภาคประชาสังคม

จากสถานการณ์ในประเทศไทยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน การพัฒนาเศรษฐกิจ รวมถึงกระทบความมั่นคงของประเทศ ประเทศไทยจึงได้แสดงเจตนารมณ์ที่จะยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) ภายในปี พ.ศ. 2573 การที่จะขับเคลื่อนการดำเนินการยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) ได้นั้น อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานในชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยภาครัฐในการดำเนินการยุติปัญหาโดยการทำงานเชื่อมโยงบริการอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย เป็นการทำงานโดยเน้นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reach) นำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการ (Recruit) นำไปสู่การตรวจเอชไอวีในกลุ่มเป้าหมาย (Test) กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการรักษา (Treat) และการทำให้กลุ่มเป้าหมายคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพ (Retain) หรือ RTTTR เนื่องจากอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานในชุมชนเป็นตัวเชื่อมระหว่างกลุ่มเป้าหมายพื้นที่ชุมชนกับหน่วยงานสถานบริการภาครัฐ เพื่อครอบคลุมต่อกลุ่มเป้าหมาย

การที่อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมจะดำเนินงานจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรการ RTT(P)R ได้นั้น ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนางานองค์กรภาคประชาสังคม พ.ศ. 2558 เห็นสมควรให้องค์กรภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ โดยองค์กรภาคประชาสังคมต้องดำเนินการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ 3 วิชาชีพ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. 2547 จึงเกิดเป็น “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่ได้รับมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม และผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2562 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 18 มิถุนายน 2562”

• พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไทย ย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแล ซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

“มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

“มาตรา 82 รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

• พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

สังคมปัจจุบันประกอบด้วย ประชาชนหลากหลายเชื้อชาติ หลากหลายวัฒนธรรม หลากหลายทางเพศ รวมถึงความหลากหลายทางด้านวิถีการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อมต่าง ๆ จึงเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพอันแตกต่าง หลากหลาย พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการจัดให้มีกลไกเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคม มาทำงานเรื่องสุขภาพร่วมกัน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่ผสมผสานตัวเข้าหากัน เพื่อช่วยกันทำงานพัฒนาสุขภาพหรือ ภาวะที่มุ่งสู่ทิศทางภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชนดั่งนั้น บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพ จำเป็นต้องทราบ ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อที่จะขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ให้เข้าสู่ภาวะ สุขภาพดีของประชาชนอย่างยั่งยืน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลบังคับใช้ 20 มีนาคม 2550)

หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

มาตรา 5 บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวาระหนึ่ง

มาตรา 6 สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพและเพศ และสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อน และมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิง ตลอดช่วงชีวิตต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้อง และเหมาะสม

สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะ ในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

มาตรา 7 ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลเป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการ ที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูล ข่าวสารของราชการ หรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้

มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้ และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

- (1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ เป็นการรีบด่วน
- (2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรม ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับ บริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

มาตรา 9 ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขประสงค์จะใช้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้าและต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงจะดำเนินการได้ ความยินยอมดังกล่าวผู้รับบริการจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

มาตรา 10 เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว

การเปิดเผยข้อมูลตามวรรคหนึ่งต้องไม่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลใดเป็นการเฉพาะ

มาตรา 11 บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูลคำชี้แจงและเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาต หรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตน หรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่า การกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

• พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541

มาตรา 4 ผู้บริโภคมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย 5 ประการ ดังนี้

(1) สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับการโฆษณาหรือการแสดงฉลากตามความเป็นจริง และปราศจากพิษภัยแก่ผู้บริโภค รวมตลอดถึงสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสินค้า หรือบริการอย่างถูกต้องและเพียงพอที่จะไม่หลงผิดในการซื้อสินค้าหรือรับบริการโดยไม่เป็นธรรม

(2) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ ได้แก่ สิทธิที่จะเลือกซื้อสินค้าหรือรับบริการ โดยความสมัครใจของผู้บริโภค และปราศจากการชักจูงใจอันไม่เป็นธรรม

(3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับสินค้าหรือบริการที่ปลอดภัย มีสภาพและคุณภาพได้มาตรฐานเหมาะสมแก่การใช้ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน ในกรณีใช้ตามคำแนะนำหรือระมัดระวังตามสภาพของสินค้าหรือบริการนั้นแล้ว

(4) สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับข้อสัญญาโดยไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้ประกอบธุรกิจ

(5) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองและชดเชยค่าเสียหาย เมื่อมีการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคตามข้อ 1, 2, 3 และ 4 ดังกล่าว

• พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

เหตุผลและความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามพระราชบัญญัตินี้เพื่อให้การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้มีมาตรการเยียวยาเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจากการถูกละเมิดสิทธิในข้อมูลส่วนบุคคลที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องทราบถึงขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล เป็นการทำงานเพื่อให้อยู่ภายใต้ขอบเขตตามกฎหมายกำหนด

มาตรา 26 ห้ามมิให้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ความคิดเห็นทางการเมือง ความเชื่อในลัทธิ ศาสนาหรือปรัชญา พฤติกรรมทางเพศ ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ข้อมูลสหภาพแรงงาน ข้อมูลพันธุกรรม ข้อมูลชีวภาพ หรือข้อมูลอื่นใด ซึ่งกระทบต่อเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในทำนองเดียวกันตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด โดยไม่ได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้งจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เว้นแต่

(5) เป็นการจำเป็นในการปฏิบัติตามกฎหมายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เกี่ยวกับ

(ข) ประโยชน์สาธารณะด้านการสาธารณสุข เช่น การป้องกันด้านสุขภาพจากโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดที่อาจติดต่อหรือแพร่เข้ามาในราชอาณาจักร หรือการควบคุมมาตรฐานหรือคุณภาพของยาเวชภัณฑ์หรือเครื่องมือแพทย์ ซึ่งได้จัดให้มีมาตรการที่เหมาะสมและเจาะจงเพื่อคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล โดยเฉพาะการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตามหน้าที่หรือตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

• พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

การแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญในการช่วยเหลือชีวิตประชาชนในสถานการณ์วิกฤติ เป็นการปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน และผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียม พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญที่จะเป็นแนวทางให้บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพทราบถึงแนวทางการปฏิบัติในเหตุการณ์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์

หมวด 3 การปฏิบัติการฉุกเฉิน

มาตรา 28 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

(1) ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิต หรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้น้ำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันทั่วทั้งที่หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง

6.2 แนวคิดของคุณธรรมและจริยธรรมสำหรับอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมที่จัดบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

ความหมายของจรรยาบรรณ

“จรรยาบรรณ” (Code of Professional Ethics) คือ ประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้นเพื่อรักษาส่งเสริมเกียรติคุณ ชื่อเสียง และฐานะของสมาชิก อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้ (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525, 213)

จรรยาบรรณ คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละอาชีพ ซึ่งเขามีความผูกพันอยู่เพื่อนร่วมงาน นายจ้าง บุคคลอื่นในชุมชนและสังคมโดยรวม นอกจากนั้นจรรยาบรรณยังรวมถึงมาตรฐานพฤติกรรมด้านศีลธรรมที่ควบคุมความประพฤติของแต่ละบุคคลที่มีความเชื่อมโยงกับสถานภาพ (Status) และยึดแบบอย่างเพื่อประกอบอาชีพของบุคคล (พระเมธีธรรมมาภรณ์ (ประยูร มีฤกษ์), 2537, 30)

จรรยาบรรณ คือ ประมวลความประพฤติเพื่อรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรี และส่งเสริมชื่อเสียงเกียรติคุณ เกียรติฐานะ อันยังผลให้ผู้ประพฤติเป็นที่เลื่อมใส ศรัทธา และยกย่องของบุคคลทั่วไป (สำนักงาน ก.พ., 2537, 1)

จริยธรรม (Ethics) หมายถึง ธรรมที่เป็นข้อประพฤติ ปฏิบัติ ศีลธรรม หลักเกณฑ์ หรือกฎที่สังคมใช้ตัดสินว่าการกระทำเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ดีงาม ควรปฏิบัติ และการทำผิดเป็นสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ

จริยธรรม (Ethics) หมายถึง เป็นเรื่องของจิตสำนึกของมนุษย์แต่ละคนที่มีต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกันและมีต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว (ศ. นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์)

หลักสำคัญของจริยธรรม

จริยธรรมทางการแพทย์เป็นศาสตร์แขนงหนึ่ง มีหลักสำคัญอยู่ 6 ประการ

- 1) สิทธิ
- 2) ความประพฤติที่ไม่สมควร
- 3) ความประพฤติที่เหมาะสม
- 4) ความซื่อสัตย์
- 5) ความลับ
- 6) ความยุติธรรม

คุณธรรม (Virtue) หมายถึง การปฏิบัติตนในกรอบที่ดีงาม และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ถูกต้อง และเป็นธรรม สอดคล้องกับหลักธรรมและคำสอนของศาสนา สามารถจำแนกความถูกผิดได้ สามารถอบรมสั่งสอนให้ผู้อื่นปฏิบัติตามมาตรฐานของพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีสติสัมปชัญญะ มีความรับผิดชอบชั่วดีตามทำนองคลองธรรม มีอุปนิสัย ความตั้งใจ และเจตนาที่ดีงาม

ศีลธรรม (Morals) หมายถึง ความประพฤติที่ดีสำหรับบุคคลพึงปฏิบัติ

6.3 คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะจึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ประกาศ ณ วันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ไว้ดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
- 2) ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษายาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
- 3) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
- 4) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน
- 5) ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
- 6) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอม หรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
- 7) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วม หรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
- 8) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิ หรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
- 9) บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

*** ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย***

- 1) สอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
- 2) ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทางกายภาพที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล
- 3) ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
- 4) ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล
- 5) ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียน ด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำการที่รบกวนผู้อื่น
- 6) แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ
- 7) ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้
 - (1) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม

(2) การแพทย์ในที่นี้หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย

(3) การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ

(4) การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้น ๆ แล้ว

(5) การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน

(6) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัด ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อ โดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย

(7) เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำ หรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

(8) การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่าง ๆ ทางทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษาพยาบาล

(9) ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

6.4 การให้ข้อมูลและความยินยอมของผู้ป่วย

ความยินยอมในทางการแพทย์ (Informed Consent)

เป็นเรื่องที่มีความสำคัญแต่มักถูกมองข้าม (ละเลย) มีกำหนดรองรับไว้ในกฎหมายเกี่ยวข้องกับแพทย์เกือบทุกคนที่ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ อาจถึงขั้นมีการฟ้องร้องถ้าดำเนินการไม่ถูกต้องแม้ว่าจะคิดถึงแล้วก็ตามแต่ก็อาจมีปัญหาก่อเกิดขึ้นได้

ความหมายของ “ความยินยอม” ในทางการแพทย์

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายไว้ว่า “เป็นกริยา หมายถึง ยอมตาม ไม่ขัด อนุญาต”

โดยหลักการดำเนินการใด ๆ กับผู้ป่วยจะต้อง “ขอความยินยอม” จากผู้ป่วย หรือผู้มีอำนาจในการให้ความยินยอมทุกราย

รูปแบบของความยินยอม ได้แก่ วาจา ลายลักษณ์อักษร และโดยปริยายหรือการแสดงออก

รูปภาพที่ 6 ตัวอย่างคำยินยอมให้ทำการรักษา

ตัวอย่างคำยินยอมให้ทำการรักษา

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ ผู้ป่วย HN _____ AN _____

(ชื่อผู้ป่วย) _____ มีความเกี่ยวข้องเป็น _____

(ชื่อผู้แทนผู้ป่วย) ของ _____ ผู้ป่วย (ชื่อผู้ป่วย) _____

ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของ _____ ตึก _____ ทำการรักษา _____

เพื่อ (ชื่อผู้ป่วย) วินิจฉัยบำบัดโรคส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและการผ่าตัดการ
รักษาด้วยวิธีพิเศษทุกชนิดและข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดจากการวินิจฉัยรักษาพยาบาลนั้นๆ รวมทั้ง
ยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อการรักษา การตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่นๆ เมื่อมีเหตุอันสมควร
เจ้าหน้าที่ของ _____ ตึก _____ ได้อธิบายและข้าพเจ้าได้อ่านข้อความโดย
เข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

หมายเหตุ

1. ให้ชี้แจงทุกครั้งก่อนลงลายมือชื่อในหนังสือคำยินยอมให้ทำการรักษา ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่
 - 1.1 ผู้ป่วยกรณีอายุเกินกว่า 18 ปี และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ หากผู้ป่วยอายุไม่เกิน 18 ปี ให้ขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม
 - 1.2 สามี่ หรือภริยา หรือญาติในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะรับทราบเรื่องและให้ความยินยอมได้
 - 1.3 ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนไร้ความสามารถ
2. ผู้เซ็นใบยินยอมสามารถปฏิเสธการเซ็นใบยินยอมได้ทุกขณะก่อนเริ่มการรับการรักษา
3. ในกรณีลงลายพิมพ์นิ้วมือต้องมีพยานรับรองลายพิมพ์นิ้วมืออย่างน้อย 2 คน
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉิน จะต้องรีบดำเนินการเพื่อช่วยชีวิต หากไม่อยู่ในวิสัยที่จะขอความยินยอมได้ ให้ดำเนินการช่วยชีวิตเบื้องต้นก่อน

หลักของความยินยอม

หลักของความยินยอมในทางอาญาในคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1403/2508

- 1) ต้องเป็นความยินยอมที่บริสุทธิ์ คือ ได้มาโดยชอบ (มิใช่เป็นการถูกหลอกลวง ฉ้อฉล ถูกข่มขู่
สำคัญผิด หรือด้วยวิธีการประการหนึ่งประการใดที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย)
- 2) ต้องเป็นความยินยอมที่ได้จากผู้ป่วย ซึ่งมีความสามารถในการให้ความยินยอม
- 3) ต้องเป็นความยินยอมที่มีอยู่ตลอดเวลา
- 4) ต้องไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของสังคม

หลักของความยินยอมในทางแพ่ง

- 1) มีวัตถุประสงค์ที่ไม่เป็นการต้องห้ามขัดแย้งโดยกฎหมาย
- 2) ไม่เป็นการพนันวิสัย
- 3) ไม่เป็นการขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน
- 4) ต้องเป็นการแสดงเจตนาอย่างแท้จริงมิได้เกิดจากการแสดงเจตนาหลง สำคัญผิดในสาระสำคัญ

ถูกกลั่นแกล้ง ถูกข่มขู่

- 5) ผู้ให้ความยินยอมต้องมีความสามารถตามกฎหมาย
- 6) จะต้องกระทำให้ถูกต้องตามแบบที่กฎหมายกำหนด
- 7) ต้องมีอยู่ตลอดเวลาที่ให้กระทำประการหนึ่งประการใด

ความยินยอมกับการกระทำของบุคลากรทางการแพทย์

- 1) รักษา
- 2) บำบัด
- 3) ป้องกัน
- 4) แนะนำ

การกระทำที่ไม่ได้รับความยินยอมจะเป็นความเสี่ยงทางการแพทย์

6.5 กฎหมายทางอาญา

มาตรา 295 ผู้ใดทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจของผู้อื่นนั้น ผู้นั้นกระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่พันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

6.5.1 เจตนาและการกระทำ

การกระทำโดยเจตนา หมายถึง การกระทำโดยรู้สำนึกในการกระทำ และในขณะเดียวกัน ผู้กระทำประสงค์ต่อผลหรือย่อมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้น การกระทำให้หมายรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น โดยงดเว้นการจักต้องทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย

6.5.2 ความเสียหายทางแพ่ง

- 1) ค่าความเสียหายที่เป็นตัวเงิน

ค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ ค่าใช้จ่ายอันจำเป็นที่ต้องใช้ระหว่างการรักษาพยาบาล ค่าเสียความสามารถในการประกอบกิจการในปัจจุบัน ค่าเสียความสามารถในการประกอบกิจการในอนาคต

- 2) ค่าเสียหายอันมิใช่เป็นตัวเงิน

ค่าทันทูขเวทนา ค่าขาดความสุขสำราญ

มาตรา 420 “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

6.6 หลักการรักษาความลับและช้อยกเว้น

มาตรา 7 แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระบุว่า “ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้น เป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการ หรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสาร เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้*

ภาคผนวก

Crisis Response System (CRS)

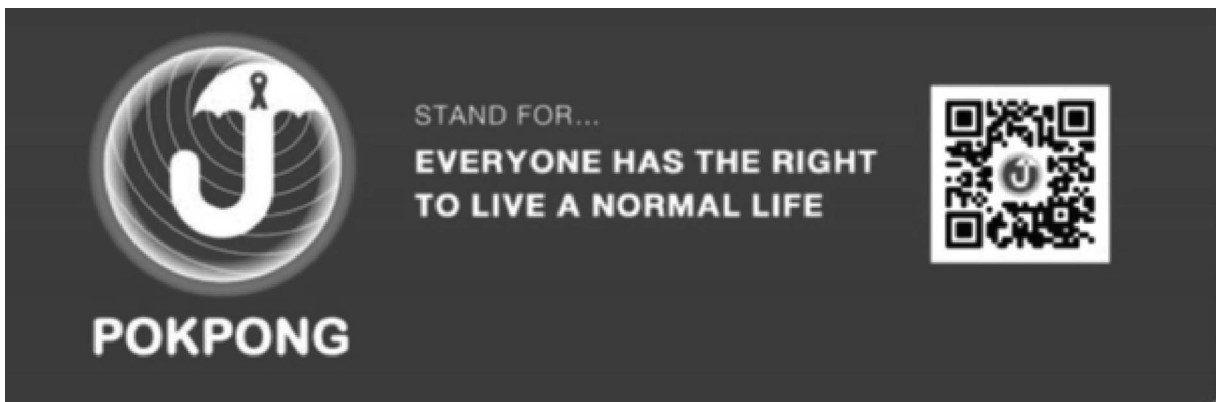
“สวัสดีปกป้อง”

ระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองการละเมิดสิทธิด้านเอดส์

เพศภาวะ และความเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ

แนวคิดหลักในการพัฒนา “ปกป้อง” Crisis Response System (CRS)

- มีช่องทางการร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิด้านเอดส์โดยเฉพาะ ที่เข้าถึงสะดวก ใช้ง่าย เป็นมิตร มีทีมช่วยเหลือที่มีความเข้าใจ และไม่อคติ
- มีระบบการจัดการที่ดี มีผัง/คู่มือ แนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานให้การช่วยเหลือ ที่ออกแบบ และรับรู้ร่วมกัน
- ระบบต้องช่วยได้ทั้งประชาชน คนที่ทำงาน เครือข่าย และใช้เป็นข้อมูลบอกสถานการณ์การละเมิด ด้านเอดส์ของประเทศได้



การทำงานของ CRS web – based application

CRS Web-Application เป็นเว็บไซต์ออนไลน์ ที่เข้าถึงง่าย เป็นมิตร โดยมีการแจ้งเตือน (Alert) เข้า Line Group ซึ่งมีทีมช่วยเหลือทันที เมื่อมีเหตุ และมี Notification Alert ช่วยเตือนเจ้าหน้าที่ ติดตามช่วยเหลือ บริหารเคส ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน (ทั้งภาคประชาสังคม ภาครัฐ) เห็นปัญหาแล้ว ร่วมกันช่วยเหลือ ทั้งนี้สามารถบันทึกครั้งเดียวใช้งานทุกระดับ ตั้งแต่การจัดการเหตุระดับพื้นที่ ไปจนถึงการผลักดันเชิงนโยบาย (รายงานได้หลายรูปแบบ)

ขั้นตอนการทำงานของโปรแกรม CRS



ใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรการจัดบริการ
เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้าน
การเข้าถึง และการเข้าสู่บริการ (Reach and Recruit: RR)

ใบประกาศนียบัตรการอบรม



ภาคผนวก

3

คำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ 1829/2566

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวี

และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการ

ป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit: RR)



คำสั่งกรมควบคุมโรค

ที่ ๑๘๒๘ / ๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกัน และการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit : RR)

ตามที่กรมควบคุมโรคได้มีการพัฒนาหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน (๕๐ ชั่วโมง) เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคมให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ทักษะที่จำเป็น และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน RRTTPR เพื่อเข้าสู่การรับรองเป็น “อาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม” ภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขเพื่อร่วมขับเคลื่อนการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนให้ได้มาตรฐาน เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ มุ่งสู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ในปี ๒๕๗๓ นั้น

เพื่อให้การพัฒนาหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนมีความหลากหลายและจำเพาะเจาะจงเข้ากับรูปแบบการดำเนินงานของอาสาสมัครองค์กรภาคประชาสังคม เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ กรมควบคุมโรค จึงแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกัน และการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit : RR) โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑.๑ องค์ประกอบ

- | | |
|---|-----------|
| ๑.๑.๑ อธิบดีกรมควบคุมโรค | ที่ปรึกษา |
| ๑.๑.๒ นายสุเมธ องค์กรธรณี | ที่ปรึกษา |
| นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค | |
| ๑.๑.๓ นางบุษบัน เชื้ออินทร์ | ที่ปรึกษา |
| นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค | |
| ๑.๑.๔ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค | ที่ปรึกษา |
| ๑.๑.๕ นางสาวสุชาดา เจียมศิริ | ประธาน |
| รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค | |
| ๑.๑.๖ ผศ.ดร. จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ | คณะทำงาน |
| รองคณบดีฝ่ายการศึกษา | |
| คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | |

๑.๑.๗...

๑.๑.๗ ผศ.ดร.เวหา เกษมสุข หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะกรรมการ
๑.๑.๘ นางอรพิน สุขศรีพานิช ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๑.๑.๙ นางสาวพาริดา ลังกาฟ้า ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๑.๑.๑๐ นางบุษบา ตันตศักดิ์ สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑.๑๑ นางสาวเพลินพิศ พรหมมะลิ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑.๑๒ นายชัยสุข ตั้งวงศ์จุลเนียม กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑.๑๓ ว่าที่ร้อยตรีหญิงจุฑารัตน์ ชูเอียด กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑.๑๔ นางสาวณัฏฐา เทพมงคล กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	คณะกรรมการ
๑.๑.๑๕ ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก	คณะกรรมการ
๑.๑.๑๖ ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	คณะกรรมการ
๑.๑.๑๗ ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๑.๑.๑๘ ผู้แทนมูลนิธิรักษ์ไทย	คณะกรรมการ
๑.๑.๑๙ ผู้แทนมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ	คณะกรรมการ
๑.๑.๒๐ ผู้แทนสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๑.๑.๒๑ ผู้แทนมูลนิธิซิสเตอร์	คณะกรรมการ
๑.๑.๒๒ ผู้แทนสำนักงานโรคติดต่อทางสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
๑.๑.๒๓ ผู้แทนสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี	คณะกรรมการ
๑.๑.๒๔ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดพิษณุโลก	คณะกรรมการ
๑.๑.๒๕ ผู้แทนสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี	คณะกรรมการ
	๑.๑.๒๖...

- ๓ -

- | | |
|---|---------------------------------|
| ๑.๑.๒๖ นายกรกฎ ดวงผาสุข
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค | คณะทำงาน
และเลขานุการ |
| ๑.๑.๒๗ นางสาวนาภรณ์ บุณยสุวรรณ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค | คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๑.๒๘ นางสาวรัชชดา โคตา
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค | คณะทำงาน
และผู้ช่วยเลขานุการ |

๑.๒ หน้าที่และอำนาจ

- ๑.๒.๑ จัดทำร่างหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกัน และการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit : RR)
ของกรมควบคุมโรค
- ๑.๒.๒ เสนอหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกัน และการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit : RR)
เพื่อขอรับรองจากกรมควบคุมโรค
- ๑.๒.๓ ปรับปรุงหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกัน และการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach and Recruit : RR)
ของกรมควบคุมโรคให้สอดคล้องกับบริบทด้านสุขภาพ

๑.๒.๔ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายธงชัย กิจพิพัฒน์ยากร)
อธิบดีกรมการแพทย์
รักษาราชการแทนอธิบดีกรมควบคุมโรค

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข. (2564). *หลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข. (2564). *เอกสารประกอบหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1532820240220062333.pdf>.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *หลักสูตรการสร้างการรับรู้และความเข้าใจการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในเรือนจำ*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2564). *คู่มือการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการเริ่มยาต้านเอชไอวีเพื่อการรักษาภายในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย Service Manual for Promoting Same-day Antiretroviral Treatment Initiation*. นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2565). *ชุดความรู้สำหรับให้บริการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง*. https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=13574.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2565). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2566). *News & Update by DAS ฉบับ 13 “HIV ตรวจฟรีแล้วยัง? แจกฟิการ์ด ตรวจ HIV ทั่วประเทศ”*. <https://ddc.moph.go.th/das/news.php?news=33805&deptcode=das>.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2566). *คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2566*. <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2566). *แนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี และการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก พ.ศ. 2566*. นนทบุรี: ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. *รายละเอียดโรค*. https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=59.

- กองเฝ้าโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.
- จารุวรี สนิทวงศ์ ณ อยุธยา และ Dr.Greg Carl. (2565). *แนวทางการจัดบริการตรวจคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง ประเทศไทย (National Guideline on HIV Self-Screening Test Service in Thailand)*. https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=13443.
- ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2566. (17 มีนาคม 2566). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 140 ตอนพิเศษ 63 ง หน้า 35-36.
- ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566. (13 กันยายน 2566). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 140 ตอนพิเศษ 224 ง หน้า 11-12.
- มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. (2565). *คู่มือ แนวทางการจัดการเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิด้านเอดส์ เพศภาวะ และความเป็นกลุ่มประชากรเปราะบางต่อการถูกเลือกปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา. สภาเทคนิคการแพทย์. (2560). *คู่มือการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเทคนิคการแพทย์*. สภาเทคนิคการแพทย์. สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. *ความรู้สำหรับประชาชน โรคเอดส์ในเด็กและวัยรุ่น*. <https://www.pidst.or.th/A731.html>.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการให้บริการปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี แบบทราบผลในวันเดียว*. <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/31>.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางการให้บริการปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี แบบทราบผลในวันเดียว*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อัศรพล ศุภศาสตรา. (2560). *แนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)*. สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.

รายชื่อคณะผู้จัดทำ/ผู้มีส่วนร่วม
การประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานการขึ้นทะเบียนอาสาสมัครฯ
และการประเมินมาตรฐานองค์กรภาคประชาสังคม
ระหว่างวันที่ 7 – 9 มิถุนายน 2566 ณ โรงแรมป่าตองพาราгон รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดภูเก็ต

1. แพทย์หญิงชีวันนธ์ เลิศพิริยสุวัฒน์	ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี	ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก
3. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ	รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. นางจุฬาพัฒน์ รัตนดิถก ณ ภูเก็ต	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
5. นางสาวเพลินพิศ พรหมมะลิ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
6. นางบุษบา ตันติศักดิ์	สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก
7. นายพีรณัฐ จันทร์	สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก
8. นางสาวพาริดา ลังกาฟ้า	ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
9. นางอรพิน สุขศรีพานิช	ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
10. นายพิชพันธ์ พงษ์สกุล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
11. นายยุทธภูมิ ศรีคำจัน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
12. นายกรกฎ ดวงผาสุข	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
13. นางสาวพิมพ์พร กองอุบล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
14. นางสาวอรรณณ ภูมั่ง	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
15. นางสาวนารณณ์ บุรณะสุวรรณ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
16. นางสาวณัฏฐา เทพมงคล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
17. นางสาวสุชาวดี ไม่เศร้า	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
18. นางสาวทิพวรรณ จันทร์วัช	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
19. นายศรีลย์ เรืองชัย	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
20. นางสาวจรรุวรรณ รูปทอง	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
21. นางสาวพรรณทิพา คุณศรีเมฆ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
22. นายเดชวัตร สอนดี	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
23. นายธนวงศ์ บัวซ้อน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
24. นางสาวอริศา วงศ์สง่า	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
25. นางสาวนงลักษณ์ ชัยชนะ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
26. นางสาวรัชฎา โคตา	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
27. นางสาวกรวิภา วัดแก้ว	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานการขึ้นทะเบียนอาสาสมัครฯ
และการประเมินมาตรฐานองค์กรภาคประชาสังคม และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

วันที่ 6 กรกฎาคม 2566

ณ ห้องประชุม 3 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ชั้น 1 อาคาร 7 กรมควบคุมโรค

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. นางสาวเพลินพิศ พรหมมะลิ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 2. นายชัยสุข ตั้งวงศ์จุลเนียม | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3. นางอรพิน สุขศรีพานิช | ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 4. นางสาวพาริดา ลังกาฟ้า | ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 5. นายกรกฎ ดวงผาสุข | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 6. ว่าที่ร.ต.หญิงจุฑารัตน์ ชูเอียด | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 7. นางสาวธนาภรณ์ บุรณะสุวรรณ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 8. นายธนวงศ์ บัวซ้อน | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 9. นางสาวรณิษฐ์ดา โคตา | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 10. คุณฐิติยานันท์ หนักป้อ | มูลนิธิซิสเตอร์ |
| 11. คุณณรรต ธีรภาพพงศ์พันธ์ | มูลนิธิริษัทไทย |
| 12. คุณเด่นชัย ศรีกรทอง | มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ |
| 13. คุณวรารุช บุญศิริธนโรจน์ | สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย |
| 14. คุณธารทิพย์ สังข์สิงห์ | สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี |
| 15. คุณพงศ์ภีระ พงษ์ภีระพงศ์ | มูลนิธิเอ็มพลัส |
| 16. คุณรัฐวิทย์ อภิพุทธิพันธ์ | มูลนิธิเอ็มพลัส |
| 17. คุณกฤษกร สิงห์สกุล | มูลนิธิเอ็มพลัส |
| 18. คุณมานพ อุทัยกรณ์ | มูลนิธิเอ็มพลัส |
| 19. คุณศุภกาญจน์ แสงทอง | มูลนิธิเอ็มพลัส |
| 20. คุณณัฐพร เขียวทอง | มูลนิธิเอ็มพลัส |
| 21. คุณศตายุ สิทธิทาน | มูลนิธิแคร์แมท |

**การประชุมคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการจัดบริการเอชไอวี
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกัน
และการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ (Reach Recruit: RR)
และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ วันที่ 18 ธันวาคม 2566
ณ ห้องประชุม 1 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ชั้น 3 อาคาร 5 กรมควบคุมโรค**

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงสุชาดา เจียมศิริ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 2. นายชัยสุข ตั้งวงศ์จุลนิยม | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 3. นางอรพิน สุขศรีพานิช | ศูนย์ความร่วมมือ ไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 4. นางสาวฟารีดา ลังกาฟ้า | ศูนย์ความร่วมมือ ไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข |
| 5. ผศ.ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. ผศ.ดร.เวหา เกษมสุข | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. นางสาวเยาวลักษณ์ โตอินทร์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก |
| 8. นางสาวจิราภา ตาลหยง | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี |
| 9. นายพรเทพ สุวรรณประสพ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก |
| 10. นางสาวสิริยุจน์ อุไทย | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก |
| 11. นางเนตรณพิศ มณีโชติ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี |
| 12. นางพรธณี ชัยโพธิ์ศรี | สำนักงานโรคติดต่อทางสาธารณสุข สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร |
| 13. คุณเด่นชัย ศรีกรรทอง | มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ |
| 14. คุณวราวุธ บุญศิริธินโรจน์ | สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย |
| 15. คุณณัฐนันท์ แสงแก้ว | สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย |
| 16. คุณฐิติยานันท์ หนักป้อ | มูลนิธิซิสเตอร์ |
| 17. คุณศตพร แววดลายหงษ์ | สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี |
| 18. คุณธารทิพย์ สังข์สิงห์ | สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี |
| 19. ว่าที่ร.ต.หญิงจุฑารัตน์ ชูเอียด | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 20. นางสาวธนาภรณ์ บุรณะสุวรรณ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 21. นางสาวรัชฎา โคตา | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 22. นายกรกฎ ดวงผาสุข | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 23. นางสาวจุฑามาศ มากบุญขร | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| 24. นางสาวนงลักษณ์ ชัยชนะ | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |

หลักระ

การจัดบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
เฉพาะด้านการเข้าถึงบริการป้องกันและการสนับสนุนเข้าสู่บริการสุขภาพ
(Reach and Recruit: RR)



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

