

การพัฒนากระบวนการเตรียมการศึกษาระยะยาวและผลการศึกษา
กระบวนการให้บริการตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
Preparation for Long-term Study and Results of Study on Service Provision
According to Policy on Care and Treatment for People Living with HIV/AIDS

เพชรศรี ศิริรินันดร* พบ. สม.

ภัสสร ลิมานนท์** รบ.

สร้อยสำอางค์ เศรษฐวานิช*** พบ., M.Sc.

วิภา ด้านธำรงกุล****พบ.ม

รัตนา พันธุ์พานิช*****พบ. ว.ว.กุมารเวชศาสตร์

มานพ คณะโต*****วท.บ., สค.ม.

ประณีต ส่วงวัฒนา***** พย.ด

*กรมควบคุมโรค

**วิทยาลัยประชากรศาสตร์

***นักวิชาการอิสระ

****วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

*****คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*****คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*****Faculty of Nursing, Prince of Songkla

Petchsri Sirinirund* M.D., MPH

Bhassorn Limanonda** Ph.D.

Soysaang Sethavanich*** M.D., M.Sc.

Vipa Danthamrongkul**** M.Sc

Ratana Panpanich***** M.D., Thai Board of Pediatrics

Manop Kanato***** M.Sc., Ph.D

Praneed Songwathana***** Ph.D.

* Department of Disease Control

**College of Population Studies

***Consultant

****College of Public Health Science,

Chulalongkorn University

*****Faculty of Medicine, Chiang Mai University

*****Faculty of Medicine, Khon Kaen University

University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษานำร่องชุดโครงการศึกษากระบวนการให้บริการตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ และผลกระทบระยะยาวด้านพฤติกรรม สังคม และเศรษฐกิจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบเตรียมการศึกษาระยะยาว และศึกษากระบวนการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ ดำเนินการใน 1 จังหวัดของแต่ละภาค คือ ราชบุรี หนองคาย นครสวรรค์ และสงขลา ศึกษาใน รพศ. รพท. รพช. รพ.ส่งเสริมสุขภาพ รวม 57 แห่ง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกของ รพ. สังเกตบริการ และสัมภาษณ์หลัง รับบริการ กลุ่มตัวอย่างมี ผู้บริหาร 33 ราย ผู้ปฏิบัติงาน 154 ราย ผู้ติดเชื้อ 74 ราย และสังเกตบริการ 24 จุดบริการ เก็บข้อมูลระหว่าง ก.ย. 2547 - ก.ย. 2548 ใช้เวลา 6 เดือน เตรียมความพร้อมองค์กร ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของ รพ. เห็นด้วยกับการรวมยาด้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ แต่มีข้อกังวลการระดมการเงินและด้านบุคลากร ปัญหาสำคัญคือการขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ รพ.จัดบริการแตกต่างกันได้แก่ บริการแบบเบ็ดเสร็จ หรือคลินิกเฉพาะวันหรือผนวกกับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกวัน การให้คำปรึกษาก่อนตรวจการติดเชื้อกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยที่แพทย์ส่งตรวจ เป็นการขออนุญาตตรวจมากกว่าให้คำปรึกษา ระยะแจ้งผลตรวจ 1-7 วัน การตรวจยืนยัน การติดเชื้อวิธี หลากหลายที่ต่างไปจากคู่มือการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านไวรัสครบถ้วนตามคู่มือแต่ผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับยาด้านไวรัส มีเพียงนัดตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน ไม่ได้เชื่อมโยงข้อมูลจากทะเบียนตรวจการติดเชื้อกับการดูแล การให้คำปรึกษาเป็นเพียงการให้ข้อมูลเป็นชุดบริการที่มีไม่ได้จัดสำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เปิดเผยตัว สมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อได้รับความรู้และปรับสภาพจิตใจ ผู้รับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจผู้ให้บริการโดยเฉพาะพยาบาล

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1) ควรปรับระบบบริการด้วยการปรึกษาหารือระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติ โดยคำนึงถึงผู้ติดเชื้อที่พร้อมและไม่พร้อมเปิดเผยตัว รับประทานและไม่รับประทานไวรัส เชื่อมโยงกับทะเบียนตรวจการติดเชื้อ 2) ควรพัฒนาบริการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังตรวจการติดเชื้อ 3) ควรทบทวนการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ 4) ควรพัฒนาการให้คำปรึกษาครอบคลุมมิติชีวภาพ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ 5) ควรศึกษาบทบาทชมรมผู้ติดเชื้อ และ 6) ควรพัฒนาระบบข้อมูลบันทึกบริการเพื่อการใช้ประโยชน์ของโรงพยาบาล

Abstract

The study was part of a pilot study of the multi-centered study on the Implementation of National Policy on Treatment and Care for People Living with HIV/AIDS (PLWHA) and Its Long Term Impacts on Behavioral, Economic and Social Conditions, aiming to prepare all concerned agencies for a long-term study and to examine the process of care and treatment services provided to PLWHA. The sample sites included all regional, general, community and health promotion hospitals in 4 provinces, one in each region, including Rachaburi, Nong Khai, Nakorn Sawan, and Songkla. Data were collected by interview, assessing the information from hospital records, observing services and exit interviews. The sampled sites and population were; 57 hospitals, 33 high-level administrators, 154 health staff, 74 PLWHAs after receiving services and 63 observations at 24 service sites. The study was carried out during September 2004–September 2005, of which 6 months were for preparing the concerned agencies. Findings included; high-level administrators and hospital staff agreed that Anti-Retroviral Therapy (ART) should be included in the universal coverage scheme, with concerns on financial and personnel burden. Shortages of personnel, particularly physicians were main challenges. Professional nurses were key service providers. Services for PLWHA were managed differently as one-stop services, special clinics on specific day and integrated in daily out-patients services. Pre-test counseling for ANC clients and patients prescribed by physicians was to ask for consent rather than counseling. It took 1–7 days to report blood test results. Various methods other than stated in the manual were used to confirm anti-HIV tests. Meanwhile treatment and care for PLWHA on ART seemed to be fully implemented according to national guidelines, care for PLWHA not on ART included only the appointment for CD4 tests every 6 months. There were no linkages of HIV testing registration to care services. So called counseling seemed to be just giving information. Existing services were not responsive to PLWHA who were still not ready to disclose them selves, while those joining PLWHA clubs received knowledge and mental support from their friends. The exit interviews revealed that PLWHA mostly felt satisfied with service providers, especially nurses. Recommendations based on the findings were; 1) improve services by consultations among high-level administrators and staff, considering on differences of PLWHA, i.e. disclosures status, on ART as well as linkages from HIV testing registration to care services, 2) improve pre-test and post-test counseling, 3) review the practices on HIV testing for diagnosis, 4) improve counseling services toward comprehensive biological, mental, social and economic dimensions, 5) assess roles of PLWHA clubs and 5) improve service recording system for the use of the hospitals.

ประเด็นสำคัญ-

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

Keywords

Care and treatment for PLHA
Anti-Retroviral Therapy

บทนำ

นโยบายรัฐบาลในการขยายการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลทั่วประเทศ^(1,2) เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องติดตามและทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น เนื่องจากต้องใช้งบประมาณจำนวนมากและจะมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย ปี 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้งบประมาณกองทุนเอชไอวี 2,796.2 ล้านบาท ปี 2551 4,382 ล้านบาท⁽³⁻⁵⁾ ทั้งจากจำนวนสะสมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสและจากการดื้อยาที่ทำให้ต้องใช้ยาต้านไวรัสที่มีราคาสูงขึ้น รวมถึงผลกระทบระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นทั้ง ด้านพฤติกรรม เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจทำให้ลดความตระหนักในการป้องกันทั้งในระดับบุคคลและระดับหน่วยงาน คณะผู้วิจัยประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) และกลุ่มมหาวิทยาลัย (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) ร่วมกันพัฒนาชุดโครงการศึกษากระบวนการให้บริการตามนโยบายการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผลกระทบระยะยาวทางพฤติกรรม เศรษฐกิจ และสังคม โดยวางแผนไว้เป็นการศึกษาระยะยาวและเป็นการประเมินผลในขอบเขตระดับประเทศ⁽⁶⁾ การศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษานำร่องในส่วนของวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการเตรียมการศึกษาระยะยาว และศึกษากระบวนการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ โดยเสนอผลการศึกษาเป็นข้อมูลที่เป็นภาพรวมมากกว่าการแจกแจงที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการและสร้างการมีส่วนร่วม ของผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับส่วนกลาง และพื้นที่ในพื้นที่ 1 จังหวัดของแต่ละภาค คือ จังหวัดราชบุรี หนองคาย นครสวรรค์ และสงขลา⁽⁷⁻¹⁰⁾ โดยมีพื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งในจังหวัด รวมทั้งหมด 57 แห่ง

วิธีการเก็บข้อมูล เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกของเจ้าหน้าที่และข้อมูลบันทึกในระบบบริการของสถานพยาบาล การสังเกตการณ์ การให้บริการ และการสัมภาษณ์หลังรับบริการกลุ่มเป้าหมายการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และผู้อำนวยการศูนย์อนามัย รวม 33 ราย 2) ผู้ปฏิบัติงาน (แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เกษีกร และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ) รวม 154 ราย 3) ผู้ติดเชื้อ หลังรับบริการ 74 ราย และ 4) การสังเกตการณ์การให้บริการ 63 ครั้ง ใน 24 จุดบริการ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน 2547 - กันยายน 2548

ผลการศึกษา

ก. การพัฒนาระบบการเตรียมการศึกษาระยะยาว

การศึกษาใช้ระยะเวลาเตรียมการ 6 เดือน เพื่อเตรียมความพร้อมขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และโรงพยาบาล โดยใช้หลักการสร้างการมีส่วนร่วม ด้วยการใช้อุปกรณ์สารสนเทศ ระบาดวิทยาระดับประเทศ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ระดับส่วนกลางและจังหวัด ใช้อุปกรณ์สารสนเทศ ระบาดวิทยาระดับจังหวัด เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ระดับการปฏิบัติงาน ใช้อุปกรณ์สารสนเทศเชิงคุณภาพ จากกรณีศึกษา เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมระดับการปฏิบัติงาน

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาต้นแบบการพัฒนาศูนย์บริการ⁽¹¹⁾ ประกอบด้วยการสร้างคู่มือและสื่อสำหรับถ่ายทอดที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในส่วนที่เป็นข้อมูล ข้อเสนอแนะ สถานภาพการแพร่ระบาดของโรคเอชไอวี และความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน

ของร่างกาย กลไกการติดเชื้อ ปัจจัยกำหนดพัฒนาการของโรคเอดส์ กลไกการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัส การเกิดภาวะดื้อยาต้านไวรัส ผลกระทบที่เกิดจากการกินยาต้านไวรัสที่รับรู้โดยผู้ติดเชื้อ และข้อมูลข้อสนเทศเชิงคุณภาพที่แสดงกระบวนการพัฒนาการให้คำปรึกษา ข้อมูลข้อสนเทศด้านการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และการแปลผล

ข. การศึกษากระบวนการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

1. ความคิดเห็นของผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการเกี่ยวกับนโยบาย และสภาพการให้บริการ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ ในภาพรวมผู้ให้สัมภาษณ์เห็นด้วยกับการให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อ และควรรวมบริการนี้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ควรจัดระบบการบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เป็นภาระแก่โรงพยาบาลมากเกินไป เพราะคาดว่า การเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการยาต้านไวรัส โดยไม่คิดมูลค่า และจำนวนสะสมของผู้ติดเชื้อ จะส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการติดตามดูแลเพื่อให้การรักษา และคุณภาพการให้บริการ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุนด้านบุคลากร และเวชภัณฑ์ การปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ทำให้เกิดความคล่องตัวมากยิ่งขึ้นกว่าที่เคยผ่านมา แต่การสำรองยาในคลังยาของโรงพยาบาลเพียง 1 เดือน อาจทำให้เกิดปัญหาไม่เพียงพอได้ ทั้งนี้ยังมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรผู้ให้บริการ โดยเฉพาะแพทย์ จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นมาก ยิ่งทำให้เจ้าหน้าที่มีภาระหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเกี่ยวกับระบบฐานข้อมูล และการรายงานผลซึ่งมีโปรแกรมคอมพิวเตอร์หลากหลาย และจำนวนมาก แต่ทุกระบบขาดความเชื่อมโยงกัน เป็นการเพิ่มภาระงานแก่เจ้าหน้าที่อย่างมาก การรายงานข้อมูลมักถูกส่งตรงไปสู่ส่วนกลาง ทั้งระดับจังหวัดและกระทรวง โดยที่เจ้าหน้าที่ผู้รวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหาร

จัดการระบบบริการของโรงพยาบาลที่ตนทำงานอยู่

2. รูปแบบการจัดระบบบริการในโรงพยาบาล การจัดระบบบริการของโรงพยาบาลแตกต่างกัน ขึ้นกับจำนวนผู้รับบริการ จำนวนเจ้าหน้าที่ และสถานที่รูปแบบการให้บริการสรุปได้ 3 รูปแบบดังนี้

1) การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) มีบริการให้คำปรึกษา ตรวจการติดเชื้อ รักษาพยาบาล จ่ายยา และตรวจทางห้องปฏิบัติการในบริเวณเดียวกัน ทำให้ผู้รับบริการไม่ต้องรอนานและแหวะเวียนไปหลายจุดบริการ ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางเกือบทุกแห่ง และมีกิจกรรมของชมรมผู้ติดเชื้อ ร่วมดำเนินการไปด้วยกันในวันให้บริการ สถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกับบริการผู้ป่วยนอก

2) การให้บริการแบบคลินิกพิเศษของผู้ป่วยนอกเฉพาะวัน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้ติดเชื้อเข้ารับบริการจำนวนมาก จัดสถานที่เป็นสัดส่วน มีทีมให้บริการผู้ติดเชื้อ ส่วนการรับยาต้านไวรัส นั้นผู้ป่วยไปรับที่ฝ่ายเภสัชกรรม ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่อำนวยความสะดวกจัดเป็นช่องทางพิเศษให้โดยไม่ต้องรอ หรือปะปนกับผู้ป่วยนอกทั่วไป และสะดวกในการให้การปรึกษายาต้านไวรัส แต่มีบางโรงพยาบาลที่ให้รอรับยาต้านไวรัส เหมือนผู้ป่วยทั่วไป

3) การให้บริการแบบผู้ป่วยนอกทั่วไปทุกวัน โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีแพทย์ประจำเพียง 1-2 คน และมีผู้ป่วย จำนวนไม่มากนัก ให้บริการทุกวัน ในการศึกษานี้ พบว่ามีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่งที่จัดเป็นคลินิกเฉพาะโรค และบูรณาการ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ารายใหม่หรือมีภาวะวิกฤติ ของงานอายุรกรรม ปัญหาและการแก้ปัญหาการจัดระบบบริการในโรงพยาบาล

การสังเกตการณ์ และจากการสัมภาษณ์ หลังรับบริการ พบว่า การจัดสถานที่ให้บริการโดยเฉพาะช่วงการรอตรวจ ของบางโรงพยาบาล ค่อนข้างเปิดเผย บางครั้งทำให้ผู้ติดเชื้อ ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เกิดความกังวล กลัวพบปะกับคนรู้จัก ในขณะที่บางโรงพยาบาล จัดสถานที่ห่างไกลจากจุดบริการอื่น เช่น

ห้องบัตร ห้องยา ค่อนข้างมาก ทำให้ไม่สะดวกในการรับบริการ และต่อเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะช่วงที่มีเจ้าหน้าที่ช่วยงานน้อย ยังมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ส่วนบริการยังเสี่ยงต่อโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะวัณโรค เนื่องจากระบบหมุนเวียนของอากาศไม่เหมาะสม หรือความแออัดของจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไป การจัดที่รับยาส่วนใหญ่มักปะปนกับที่รับยาของผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ผู้ติดเชื้อเกรงว่าผู้อื่นจะทราบ เพราะชุดยาที่ได้รับมักจะแตกต่างจากโรคทั่วไป กล่าวคือ มักจะมีการบรรจุยาใส่ซองแยกเป็นรายวัน เพื่อป้องกันความสับสนในการกินยา ซึ่งวิธีนี้ผู้ติดเชื้อ เห็นว่ากลายเป็นจุดที่ทำให้ตนถูกสงสัยในอาการป่วย

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีแพทย์ที่รับผิดชอบรักษาผู้ติดเชื้อเพียง 1-3 คน ทำให้ต้องรักษาผู้ติดเชื้อจำนวนมากถึง 40-50 รายต่อแพทย์ 1 คน ในการบริการแต่ละครั้ง โรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนแพทย์น้อยมากจนต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยการหมุนเวียนแพทย์จากที่ต่างๆ มาให้บริการ ซึ่งบางคนไม่เคยมีประสบการณ์ หรือ ผ่านการอบรมในด้านการรักษาผู้ป่วยเอดส์มาก่อน หรือท้ายสุดให้พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกฯ ดำเนินการแทนแพทย์ โดยมีระบบการปรึกษาแพทย์ ในกรณีที่มีปัญหา

ความไม่สมดุลระหว่างจำนวนผู้ให้และผู้รับบริการส่งผลให้คุณภาพในการดูแล และการให้การปรึกษาอยู่ในระดับที่ไม่ดีนัก กล่าวคือ ผู้รับบริการมีเวลาพบแพทย์โดยเฉลี่ยน้อยกว่า 5 นาที แม้ว่าในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีผู้รับบริการจำนวนน้อย อาจมีเวลาได้ปรึกษาพูดคุยกับแพทย์ นานกว่า คือ 10-20 นาที ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาที่จะได้เข้าพบแพทย์ ทำให้ผู้รับบริการที่ไม่มีอาการป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน แจ้งความประสงค์ที่จะไม่ขอพบแพทย์ แต่ขอรับยา หรือ พุดคุยและขอคำปรึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้การปรึกษา โดยใช้การติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ในกรณีที่อยู่กันดีแล้ว หรือใช้แกนนำผู้ติดเชื้อติดตามเยี่ยมบ้าน โดยได้รับอนุญาต และรู้จักกันมาก่อน ในโรงพยาบาลบางแห่งพบว่า แม้ระยะเวลาารอนานมาก แต่ผู้รับบริการไม่คิดว่า

เป็นปัญหา เพราะคุ้นชินกับการรอคอย และสนิทสนมกับผู้ให้บริการบุคลากรที่เป็นหลักสำคัญในคลินิกให้บริการยาต้านไวรัสฯ คือพยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ให้คำปรึกษาที่พบว่านอกจากจำนวนที่จำกัดแล้ว ยังมีภารกิจมากมาย นอกเหนือการให้บริการรักษาพยาบาลหรือการปรึกษา และมีภาระงานอื่นๆ ในคลินิกฯ ตั้งแต่ทำหน้าที่แทนแพทย์หรือเภสัชกรที่ขาดแคลน ประสานงานการทำงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล จัดการฐานข้อมูลเอดส์ทุกโปรแกรม ของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ อีกหลายงาน ผลที่ตามมาทำให้เกิดภาวะท้อถอยในการทำงาน

ตัวอย่างของกระบวนการแก้ปัญหา ใน 4 โรงพยาบาลที่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบคลินิกบริการยาต้านไวรัสฯ สามารถสื่อสารกันได้อย่างดี ด้ร่วมกันคลี่คลายปัญหาต่างๆ ดังกล่าว โดยการเพิ่มวันในการให้บริการฯ จากเดือนละ 1-2 ครั้ง เป็น เดือนละ 3-4 ครั้ง หรือจัดคลินิกให้บริการยาต้านไวรัสฯ ได้ทุกวันทำการโดยความร่วมมือของ อายุรแพทย์ และงานการพยาบาล หรือในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง เพิ่มวันให้บริการ โดยแบ่งเป็นวันบริการสำหรับคนไข้เก่า และคนไข้ใหม่ เป็นต้น

2. ขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษา

1) การเข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ ของประชากร ประชากรที่เข้ารับบริการ แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ

ระบบที่ 1 : ผู้ป่วยทั่วไป และผู้ขอตรวจการติดเชื้อ ที่มาตรวจด้วยสาเหตุต่าง ๆ เช่น การมีพฤติกรรมเสี่ยง คู่ครองติดเชื้อ หรือเสียชีวิตจากเอดส์ หรือผู้ป่วยที่มาปรึกษาอาการเจ็บป่วยอื่น แต่แพทย์เห็นควรให้ตรวจการติดเชื้อเพื่อวินิจฉัยโรค ก่อนตรวจผู้รับบริการจะได้รับการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งอาจเป็นพยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข หรือแพทย์ บางโรงพยาบาลผนวกบริการให้การปรึกษากับฝ่ายต่าง ๆ ตามโครงสร้างของโรงพยาบาล เช่น งานจิตเวช คลินิกนรนาม หอผู้ป่วยนอก

แต่บางโรงพยาบาลไม่มีหน่วยงานและบุคลากรรับผิดชอบโดยตรง แต่จัดให้มี "อาสาสมัคร" ที่เป็นบุคลากรหมุนเวียนมาทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ซึ่งไม่เฉพาะผู้ติดเชื้อ แต่รวมถึงผู้ป่วยอื่น เช่น ยาเสพติด ในแต่ละโรงพยาบาล มีบุคลากรทำหน้าที่นี้จำนวน 1-3 คน

ระบบที่ 2 : ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่แพทย์ต้องการตรวจการติดเชื้อ เพื่อการวินิจฉัยโรค หรือมีอาการบ่งชี้ว่าอาจติดเชื้อ หรือเป็นรายที่ต้องรับการผ่าตัด ในกรณีนี้ผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ก่อน และหลังการตรวจการติดเชื้อ คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลหอผู้ป่วยนั้น ๆ โดยมีเงื่อนไขว่า บุคลากรเหล่านี้ต้องผ่านการอบรมความรู้พื้นฐานในการให้การปรึกษาอย่างน้อย 3 วัน

ระบบที่ 3 : เป็นกลุ่มผู้รับบริการที่ต้องตรวจตามนโยบาย คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์รับบริการที่ "คลินิกฝากครรภ์" ผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ประจำห้องฝากครรภ์ 1 คน และอาจมีผู้ช่วยอีก 1 คน ร่วมกับแพทย์ประจำคลินิกฝากครรภ์ ที่ดูแลหญิงกลุ่มนี้ตลอดช่วงเวลาตั้งครรภ์ รวมถึงการดูแลรักษาเมื่อเกิดการติดเชื้อฯ ขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก การดูแลรักษาหลังคลอด ทั้งครอบครัว

2) กระบวนการให้คำปรึกษาก่อนและหลังตรวจการติดเชื้อฯ

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ผู้รับการตรวจการติดเชื้อฯทุกรายจะต้องได้รับการให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจ จากบุคลากรที่ผ่านการอบรม การให้การปรึกษา เกือบทุกโรงพยาบาลให้ความสำคัญในการจัดห้องให้การปรึกษาเป็นการเฉพาะ และมีความเป็นส่วนตัว ผู้ให้การปรึกษาส่วนใหญ่ผ่านการอบรม การให้คำปรึกษาและมีประสบการณ์จนเป็นที่ยอมรับและศรัทธาในกลุ่มผู้รับบริการ

การให้การปรึกษาก่อนตรวจการติดเชื้อ

การให้การปรึกษาก่อนการตรวจแก่ ผู้รับบริการแต่ละระบบที่เข้ารับบริการมีความแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยทั่วไปที่ขอตรวจการติดเชื้อฯ มีการพูดคุยค่อนข้างเต็มรูปแบบ ที่ทบทวนหาสาเหตุการขอตรวจ

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ประเมินสภาพจิตใจ หากผลเลือดเป็นบวก แต่สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยที่ส่งผ่าตัด มักเป็นการพูดคุยให้ทราบถึงความจำเป็นในการตรวจและการขออนุญาตตรวจเลือดมากกว่าการให้คำปรึกษาเต็มรูปแบบ กรณีฉุกเฉิน เช่น ผ่าตัดเร่งด่วน หรือผู้ป่วยอาการหนัก การคลอดที่ไม่ผ่านการฝากครรภ์ ไม่สามารถให้คำปรึกษา ก่อนการตรวจการติดเชื้อฯ ได้เต็มรูปแบบ เช่นกัน กรณีที่ผลการตรวจเลือดเป็นลบ ผู้ป่วยจะถูกส่งกลับไปยังคลินิกที่ตรวจครั้งแรก แต่กรณีที่ผลการตรวจเลือดเป็นบวก กลุ่มนี้ก็จะได้รับการให้การปรึกษาหลังการตรวจเบื้องต้น เพื่อแจ้งผลเลือดบวก รวมถึงการให้การปรึกษาก่อนตรวจเพื่อขอตรวจเลือดซ้ำ เพื่อยืนยันผลอีกรอบหนึ่ง

การแจ้งผลการตรวจและการบันทึกข้อมูล

การแจ้งผลการติดเชื้อฯ ปกติใช้เวลาประมาณ 1-7 วัน แต่บางโรงพยาบาลใช้เวลานานกว่านี้ เนื่องจากต้องส่งตรวจการติดเชื้อฯ จากหน่วยงานภายนอก ทำให้ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจผู้รับบริการพอสมควร ในการใช้เวลารอ ส่วนวิธีการแจ้งผลการตรวจปกติมี 2 ลักษณะ คือ 1) เจ้าหน้าที่ทราบผลและเป็นผู้แจ้งผลการตรวจแก่ผู้รับบริการ และ 2) ผู้รับบริการเปิดช่องแจ้งผลการตรวจเอง และมีสิทธิที่จะแจ้งหรือไม่แจ้งผลตรวจให้กับเจ้าหน้าที่

ในกรณีผลการตรวจเลือดเป็นลบ มีการบันทึกข้อมูลการให้การปรึกษาเฉพาะข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ หมายเลขประจำตัวรับบริการ ที่อยู่ อาการและการวินิจฉัยของแพทย์ รหัสเลือด ผลเลือด แต่ในกรณีของผลเลือดเป็นบวกมีการบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดในแบบฟอร์ม โดยที่ระเบียบปฏิบัติเหล่านี้ ผู้ให้การปรึกษาจะได้รับการชี้แจงให้ดำเนินการไปในลักษณะเดียวกัน

การให้คำปรึกษาหลังตรวจการติดเชื้อ

โรงพยาบาลบางแห่ง มีนโยบายกำหนดให้ผู้ให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังตรวจการติดเชื้อฯ เป็นบุคคลเดียวกัน แต่ในหลายกรณีไม่อาจกระทำได้ด้วยเงื่อนไขจากตัวผู้รับบริการที่ออกจากพื้นที่ก่อน

ทราบผล หรือเปิดซองแจ้งผลเองแล้วไม่แจ้ง เจ้าหน้าที่ หรือข้อจำกัดด้านบุคลากรของสถานพยาบาล สำหรับ ผู้รับบริการที่มีผลการตรวจการติดเชื้อ เป็นลบค่าให้ การปรึกษาหลังการตรวจการติดเชื้อ เป็นเรื่องของการ แนะนำให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมักใช้เวลาในการให้การปรึกษาไม่นานนัก กรณีที่อาจอยู่ในช่วง Window period กำหนดให้กลับมาตรวจเลือดอีกรอบใน ช่วงเวลา 3 เดือนถัดไป

กรณีผลการตรวจติดเชื้อ เป็นบวก จะได้รับ คำแนะนำในเรื่องของการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การกินอาหาร การระมัดระวังทางด้านอารมณ์ จิตใจ การงดการแพร่เชื้อและการไม่รับเชื้อเพิ่ม หากจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัส ก็จะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดี ผลเสียของยาต้านไวรัส การกินยาสม่ำเสมอและกิน ตลอดชีวิต โดยที่ผู้ให้การศึกษาจะพิจารณาภาวะจิตใจ และการยอมรับสถานภาพการติดเชื้อของผู้รับบริการ ขณะนั้นว่าข้อมูลต่าง ๆ จะสามารถถ่ายทอดให้ได้ มากน้อยเพียงใด โดยทั่วไปพบว่าจะมีความยากลำบาก มากสำหรับผู้รับบริการที่ไม่ได้เตรียมใจมาก่อนว่า จะติดเชื้อ ทำให้ต้องใช้เวลานานให้คำปรึกษานานมาก

โรงพยาบาลบางแห่ง มีการเตรียมผู้ป่วย ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส หลังจากตัดสินใจกินยาและมีระบบการประเมินความพร้อมด้านความร่วมมือ ในการกินยา

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัย การติดเชื้อเอชไอวี และการติดตามผลการรักษา

งานชั้นสุดระดับเอดส์ของโรงพยาบาลจัดเป็น กลุ่มได้ 5 ประเภท คือ 1) การตรวจภูมิคุ้มกัน การติดเชื้อ HIV (anti-HIV) 2) การตรวจนับเซลล์เม็ด เลือดขาว (CD4) 3) การตรวจหาปริมาณไวรัส (Viral load) 4) การตรวจการติดเชื้อฉวยโอกาส และ 5) การตรวจติดตามผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส

การตรวจหาภูมิคุ้มกันการติดเชื้อ เอชไอวี

แม้ กระทั่งทางสาธารณสุขจะพัฒนาคู่มือ "แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วย

เอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547" ตามมาตรฐานของ WHO ซึ่งมีแนวทางการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย การตรวจคัดกรอง ด้วยน้ำยาตรวจมาตรฐานที่กำหนด 1 ชุด หากได้ผล "ลบ" แจ้ง "ผลลบ" หากได้ผล "บวก" ต้องตรวจยืนยันด้วยน้ำยามาตรฐานที่มีหลักการตรวจหรือ แอนติเจนที่ต่างกันอีก 2 ชุด ซึ่งต้องมีผลบวกสอดคล้อง กัน ทั้ง 3 ชนิดของน้ำยาตรวจ จึงจะสามารถยืนยันได้ว่า ติดเชื้อ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีการตรวจยืนยัน โดยวิธีหลากหลาย และใช้น้ำยาตรวจตั้งแต่ 1-5 ชุด รวมถึงการยืนยันด้วยเทคนิค Western Blot เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของ น้ำยาตรวจที่ใช้ และไม่เคยเห็นคู่มือฯ ดังกล่าว

การตรวจนับเซลล์เม็ดเลือดขาว

ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมี เครื่องมือตรวจ Flow Cytometry รับผิดชอบจากคลินิก ยาต้านไวรัสฯ คลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกฝากครรภ์ และให้บริการโรงพยาบาลใกล้เคียง หรือโรงพยาบาล ชุมชน ผลการตรวจจะได้รับภายในเวลา 1-2 สัปดาห์

4) การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และการติดตาม ที่คลินิกยาต้านไวรัส

โรงพยาบาลส่วนใหญ่จัดทำทะเบียนตรวจ การติดเชื้อ แต่ไม่ได้เชื่อมโยงไปสู่การดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อ ที่ไม่ประสงค์รับยาต้านไวรัส การดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อ ที่รับหรือไม่รับยาต้านไวรัส มีความแตกต่างกัน สรุปดังนี้

กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่รับยาต้านไวรัส

ผู้ติดเชื้อ กลุ่มนี้มีผลการตรวจระดับ CD4 ตั้งแต่ 200 เซลล์/ลบมม. ขึ้นไป ไม่อยู่ในข่ายที่จะได้ รับยาต้านไวรัส จะได้รับคำแนะนำให้มาตรวจระดับ CD4 เพื่อดูพัฒนาการของโรคทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน ขึ้นอยู่กับระดับภูมิคุ้มกันครั้งล่าสุด ซึ่งในทางปฏิบัติ พบว่า ผู้ติดเชื้อ กลุ่มนี้มีจำนวนไม่น้อยที่ไม่มาตามนัด และยังไม่มีการติดตามที่แน่นอน รวมถึงไม่มีการ ใช้ฐานข้อมูลที่มีอยู่เพื่อแก้ไขปัญหา ดังกล่าว

กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การลงทะเบียนเพื่อการดูแลรักษาเริ่มต้นเมื่อผู้ติดเชื้อฯ มาตรวจ CD4 หรือเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในกรณีที่ตรวจการติดเชื้อฯ จากโรงพยาบาลอื่น ต้องนำหลักฐานมาแสดง หากผลการตรวจนานเกิน 2 ปี ต้องตรวจการติดเชื้อฯ ใหม่ กลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่นอกจากจะมีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบมม. หรือ มีอาการที่เกี่ยวข้องกับเอดส์แล้ว ต้องผ่านการกลั่นกรองจากเจ้าหน้าที่ ด้านความพร้อมที่จะมารับและกินยาต้านไวรัสฯ อย่างสม่ำเสมอ จึงจะพิจารณาเริ่มให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ โดยใช้สูตรยาต้านไวรัสฯ และนัดติดตาม ตามมาตรฐานที่กำหนดจากส่วนกลาง

การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัสฯ และการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร พบว่ามีสาระเน้นหนักเรื่องของการชดเชย การเห็นคุณค่าของยา และการมีชีวิตอยู่ การสังเกตปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายต่อการกินยาสม่ำเสมอ ตรงเวลาและต่อเนื่องเพื่อลดปัญหาการดื้อยา และความไม่ต่อเนื่องในการรักษาส่วนในเรื่องการดูแลสุขภาพ ก็มีให้คำแนะนำที่เน้นหนักด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อต่อสู้กับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ปัญหาประการหนึ่ง ที่พบในระบบการให้บริการที่ผู้รับบริการกล่าวถึง คือ การเปลี่ยนตัวแพทย์ผู้รักษา ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งจนส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษา บางครั้งมีความไม่สอดคล้องกันในการให้คำแนะนำด้านการรักษาทำให้ผู้รับบริการเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตัวเอง

เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ประกอบกับจำนวนผู้รับบริการที่มาก ทำให้การให้คำปรึกษาพยาบาลบุคคลไม่จะเป็นการให้การปรึกษา เพื่อการตัดสินใจกินยาต้านไวรัสฯ การกินยาต้านไวรัสฯ การดูแลสุขภาพตนเอง มีลักษณะการให้ข้อมูลชุดสำเร็จรูป มากกว่าการฟังปัญหาและบริบทของผู้ติดเชื้อฯ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจของผู้ติดเชื้อฯ ทั้งนี้รวมถึงการให้คำปรึกษาด้าน

ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ก็เป็นไปได้ยาก

5) ชมรมผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล

การก่อตั้งชมรมผู้ติดเชื้อฯ ในแต่ละโรงพยาบาล มีที่มาและความพร้อมด้านต่างๆ แตกต่างกันไป สรุปได้ดังนี้

1) เกิดขึ้นจากความต้องการของสมาชิกผู้ติดเชื้อฯ ทำให้เกิดการรวมกลุ่มและสร้างเป็นชมรมขึ้น 2) เป็นนโยบายของผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลให้มีการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ และ 3) เกิดขึ้นจากการผลักดัน และสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน

จำนวนสมาชิกในแต่ละชมรมของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกัน บางโรงพยาบาลมีเงื่อนไขให้ทุกคนที่กินยาต้านไวรัสฯ ต้องเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้เข้ามาเป็นสมาชิกของชมรมเกือบทั้งหมดเป็นผู้ติดเชื้อฯ บางชมรมเปิดโอกาสให้ญาติ หรือครอบครัวผู้ติดเชื้อฯ เข้าเป็นสมาชิกเพื่อรับรู้เรื่องราว หรือความรู้ที่นำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อฯ โดยปกติชมรมจะเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ที่ผู้ติดเชื้อฯ ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ และปรับสภาพจิตใจที่สมาชิกด้วยกัน สามารถช่วยเหลือกัน กิจกรรมของชมรมที่จัดขึ้นมุ่งให้เกิด ประโยชน์ต่อสมาชิก ได้แก่ การให้ความรู้ด้านการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ การดูแลรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การกินยาต้านไวรัสฯ และอาการข้างเคียง โดยมีวิทยากรมาบรรยาย การให้คำปรึกษา กิจกรรมอีกส่วนหนึ่งเป็นการจัดทีมงานเสริมงานด้านบริการในโรงพยาบาล เพื่อช่วยลดภาระเจ้าหน้าที่ จัดทีมเยี่ยมบ้านสมาชิก เพื่อติดตามการรักษา อีกกิจกรรมสำคัญ คือ การจัดหาทุนเพื่อให้การสนับสนุน และช่วยเหลือสมาชิก โดยประสานงานกับองค์กรต่างๆ เช่น อบต. กษาด มูลนิธิต่างๆ และจัดหาวิทยากรมาสอนการทำอาชีพเสริมเพิ่มรายได้

อย่างไรก็ตาม พบว่าชมรมผู้ติดเชื้อฯ ที่จัดตั้งขึ้น มีข้อจำกัดที่ทำให้ชมรมไม่สามารถพัฒนาไปเป็นองค์กรที่มีประสิทธิภาพ หรือสร้างประโยชน์แก่สมาชิกได้เท่าที่ควร ได้แก่ ความจำกัดด้านงบประมาณที่ตั้งชมรม ศักยภาพของสมาชิก ความรู้ด้านการบริหารจัดการ ในขณะที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงชมรมมีความ

คาดหวังค่อนข้างมากที่จะให้ชมรมเหล่านี้พัฒนา และมีศักยภาพในการช่วยเหลือกันเอง ให้สมาชิกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งพาฝ่ายรัฐน้อยลง

4. ผลกระทบต่อผู้รับบริการ

1) การรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและอาการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่รายงานว่า ได้รับรู้ว่าตนเองติดเชื้อ โดยการสังเกตอาการจากการได้รับข้อมูล และความรู้จากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคเอดส์ เมื่อมีการตรวจเลือด ตรวจร่างกายตามเวลานัด ก็ได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ หรือพยาบาลเกี่ยวกับอาการที่มีที่มักจะเชื่อมโยงไปถึงการให้คำแนะนำและการให้ยาในการรักษาตามอาการที่เกิด รวมทั้งการแนะนำให้กินยาต้านไวรัสฯ ผู้ให้สัมภาษณ์คิดว่าบริการส่วนนี้ค่อนข้างดี เพราะเป็นการให้การดูแลรักษาทางกายพร้อมกับการให้กำลังใจไปพร้อมกัน ซึ่งความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ช่วยให้การรักษาได้ผลมากขึ้น ผู้รับบริการส่วนใหญ่เห็นว่า การกินยาต้านไวรัสฯ ช่วยลดอาการรักษาอย่างมาก เพราะช่วยให้สภาพร่างกายโดยรวมดีขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาต้านไวรัสและการดูแลตัวเอง

ระดับความรู้ และการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับยาต้านไวรัสฯ มีความหลากหลาย เช่น บางรายจะมีความรู้ในรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องยา รู้จักชื่อยาและวิธีการกิน ขณะที่บางรายมีความรู้เพียงเล็กน้อย และบางรายต้องการได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาที่ได้รับอย่างไร ก็ตามพบว่าผู้รับบริการทุกรายมีความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการกินยา เพราะทุกคนจะถูกกำชับ และมีการทบทวนความเข้าใจว่า การกินยาต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะจะช่วยให้ภูมิคุ้มกันดีขึ้น และไม่เกิดอาการดื้อยา หากมีอาการแพ้ยาและมีอาการข้างเคียงอื่นใดต้องรีบปรึกษาแพทย์ เพราะอาจจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนสูตรยา นอกจากนี้ผู้รับบริการยังได้รับความรู้ต่างๆ เกือบทุกด้านเกี่ยวกับการดูแลตัว จากการเข้าร่วมประชุมกลุ่มกิจกรรมในโรงพยาบาล รวมถึงการกินอาหาร โภชนาการที่เหมาะสม และบำรุงสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการดำรง

ชีวิตและทางเพศ โดยเฉพาะการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่และการรับเชื้อเพิ่ม

3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการและผู้รับบริการด้วยกัน

โดยรวมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่ในระดับดีถึงดีมาก เจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการพอสมควรโดยดูจากวิธีการทักทายด้วยภาษาท้องถิ่น การถามสารทุกข์สุขดิบของตัวผู้รับบริการ และครอบครัว ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่ และความเอื้ออาทร แต่ในกรณีผู้รับบริการต่างชาติ มักมีปัญหาด้านการสื่อสารทำให้ต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการทบทวนข้อมูล หรือสอบถามปัญหา ผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่บริการดี ยิ้มแย้มแจ่มใสมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้รับบริการเสมอ คอยเตือน คอยบอก แม้บางครั้งเจ้าหน้าที่บางคนจะดุ หรือพูดเสียงดัง แต่เข้าใจว่ามีความหวังดีอยากให้ผู้ป่วยหาย โดยรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการด้วยกันนั้น มีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค การจัดสถานที่ที่เป็นเงื่อนไขหนึ่งของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการบางโรงพยาบาลจัดให้ผู้รับบริการนั่งรวมกัน บางแห่งกระจายปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป ผู้รับบริการที่เป็นคนไข้เก่าจะมีความใกล้ชิดสนิทสนม พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างกัน โดยเฉพาะเรื่องการดูแลรักษา และการดำเนินชีวิต ในขณะที่บางแห่ง ผู้รับบริการด้วยกันเองไม่พูดคุยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้รับบริการรายใหม่ ซึ่งมักแยกตัวอยู่คนเดียว เนื่องจากยังรับสภาพการติดเชื้อไม่ได้เกรงว่าคนอื่นจะทราบว่าคุณติดเชื้อฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้นั้นเป็นคนที่อยู่ในพื้นที่ มักจะมีความวิตกกังวลอย่างมาก เกรงพบปะคนรู้จัก

4) ความพึงพอใจและข้อเสนอจากผู้รับบริการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ พึงพอใจในตัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโดยเฉพาะพยาบาล มากกว่าการพอใจที่มีต่อแพทย์ เพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากกว่า

แต่อย่างไรก็ตาม มีความเห็นว่าระบบการให้บริการยังไม่ดีพอ และไม่ชัดเจนพอ เพราะก่อให้เกิดความสับสนในการเข้ารับบริการแต่ละจุดภายในสถานพยาบาล ซึ่งควรแก้ไขจัดการให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ สิ่งให้ผู้ให้สัมภาษณ์ เห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญ แต่ยากต่อการแก้ไข คือ เวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการจากแพทย์ หรือพยาบาล และใช้เวลาในการรอรับยานานมากที่สุด ทำให้การมารับบริการแต่ละครั้ง อาจใช้เวลาเกือบทั้งวัน กว่าจะสิ้นสุดทั้งกระบวนการ ตั้งแต่เมื่อยื่นบัตรจนกระทั่งรับยา

วิจารณ์

การพัฒนากระบวนการเตรียมการศึกษาระยะยาว

แม้ว่าคณะผู้วิจัย ได้ใช้เวลาในการเตรียมการสร้างการมีส่วนร่วมทั้งระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และโรงพยาบาล เป็นระยะเวลาถึง 6 เดือน ด้วยหวังผลให้ทุกองค์การที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรงพยาบาล ให้ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการพัฒนาบริการของตนเอง แต่เนื่องจากภารกิจงานบริการที่มากเกินกำลังอยู่แล้ว ทำให้ยังไม่สามารถผนวกกระบวนการรวบรวมข้อมูลเข้าไปในระบบบริการได้ กระนั้นก็ตาม มีโรงพยาบาลบางแห่งเห็นประโยชน์ของการใช้เป็นโอกาสของการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศของการบริการของโรงพยาบาล ที่จะดำเนินการต่อแม้ว่าโครงการจะสิ้นสุดการรวบรวมข้อมูลแล้ว

ระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อของโรงพยาบาล

แม้ว่าทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของโรงพยาบาล เห็นด้วยกับการรวมบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็ยังมีข้อกังวลในเรื่อง ภาระด้านการเงินและด้านบุคลากร⁽¹²⁾ ที่จำเป็นต้องนำมาเป็นข้อพิจารณาในการกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน

ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร มีผลให้ระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อฯ ได้เพียงพอ การมีผู้มารับบริการมากขึ้นไปในแต่ละวัน ประกอบกับการขาดแคลนแพทย์ ทำให้ผู้ติดเชื้อฯ มีเวลาพบแพทย์โดยเฉลี่ย ไม่เกิน 5 นาที

การแก้ไขปัญหาในบางโรงพยาบาล โดยการหมุนเวียนแพทย์ ส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษา บางครั้งมีความไม่สอดคล้องกันในการให้คำแนะนำด้านการรักษา ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตัวเอง

ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการที่คลินิกให้บริการยาต้านไวรัสฯ แต่ด้วยจำนวนที่จำกัดและการที่ต้องทำภารกิจมากมายนอกเหนือการให้บริการรักษาพยาบาลหรือการปรึกษาต้องประสานงาน การทำงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล จัดการฐานข้อมูลเอดส์ทุกโปรแกรมของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ผลที่ตามมาทำให้เกิดภาวะท้อถอยในการทำงาน⁽¹³⁻¹⁵⁾ จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนในการปรับระบบบริการให้สามารถ จัดการจำนวนของผู้รับบริการ ในแต่ละครั้งของคลินิกบริการให้เหมาะสม และพิจารณามาตรการระยะยาวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อฯ รวมทั้งบทบาทที่เหมาะสมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ในการช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อฯ สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น^(12,16,17)

การสังเกตและการสัมภาษณ์หลังรับบริการสะท้อนให้เห็นว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการค่อนข้างดี⁽¹⁵⁾ เป็นเหตุให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ในตัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะพยาบาล แม้ว่าจะต้องใช้เวลารอรับบริการนาน ทำให้ใช้เวลาเกือบทั้งวันในการมารับบริการแต่ละครั้ง และด้วยความสัมพันธ์ที่ดี ประกอบกับความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ ทำให้เกิดรูปแบบใหม่ของการปรึกษาหรือติดตามผ่านทางโทรศัพท์

ตัวอย่างของกระบวนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลทั้งจากการศึกษานี้ และรายงานอื่น⁽¹⁸⁾ เห็นได้ชัดเจนว่าสามารถเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบ คลินิกบริการยาต้านไวรัสฯ ได้ร่วมกันพิจารณาปรับระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

การให้คำปรึกษา ก่อนและหลังตรวจการติดเชื้อฯ

การให้คำปรึกษา ก่อนตรวจการติดเชื้อฯ ในกรณีของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่แพทย์ส่งตรวจ

มีลักษณะของการพูดคุยให้ทราบถึงความจำเป็นในการตรวจและการขออนุญาตตรวจเลือด มากกว่าการให้คำปรึกษาเต็มรูปแบบ รวมทั้งกรณีฉุกเฉิน อาจทำให้เกิดปัญหาในการแจ้งผลการตรวจ โดยเฉพาะหากผลเลือดพบการติดเชื้อ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลในระยะต่อไป⁽¹⁹⁾

ระยะเวลาการแจ้งผลการตรวจที่นาน ส่งผลกระทบทางจิตใจของผู้รับบริการ⁽²⁰⁾ ดังนั้นการจัดการให้ทราบผลการตรวจภายในระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน จึงเป็นจุดสำคัญที่ต้องมีการติดตาม ในประเด็นการรักษา ความลับ ทำให้โรงพยาบาลบางแห่ง กำหนดวิธีการแจ้งผลให้ผู้รับบริการเปิดช่องแจ้งผลการตรวจเอง ซึ่งน่าจะทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบในกรณีที่ผลเลือดพบการติดเชื้อ ผู้ให้บริการไม่สามารถเตรียมการให้คำปรึกษาได้เหมาะสม และหากผู้รับบริการเลือกที่จะไม่แจ้งผลตรวจให้กับเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดความยุ่งยากมากขึ้น

การให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการที่มีผลการตรวจการติดเชื้อ เป็นลบ เป็นเรื่องของการแนะนำให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมักใช้เวลาในการให้การปรึกษาไม่นานนัก เป็นส่วนที่ควรพิจารณาว่าควรใช้โอกาสนี้ในการให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันในกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงอย่างไร⁽²¹⁾ ในภาวะที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการให้บริการแต่ละบุคคล

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ

ความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของน้ำยาตรวจที่ใช้ ที่ทำให้มีการตรวจยืนยันโดยวิธีหลากหลาย และใช้น้ำยาตรวจตั้งแต่ 1-5 ชุด นอกจากจะทำให้เสียค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นแล้ว ยังทำให้ต้องเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ⁽²²⁾

การดูแลผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เข้าข่ายการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

โรงพยาบาลจัดบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัส ตามแนวทางที่กำหนดในคู่มือ⁽²³⁾ ได้ค่อนข้างครบถ้วน แต่ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เข้าข่ายการ

รักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นส่วนที่ยังไม่มีความชัดเจน นอกเหนือ จากการนัดตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน อีกทั้งไม่ได้เชื่อมโยงข้อมูลจากทะเบียนตรวจการติดเชื้อไปสู่การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ จึงน่าจะทำให้ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัส ออกจากระบบการดูแลไปจำนวนหนึ่ง⁽²¹⁾

การให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ประกอบกับจำนวนผู้รับบริการที่มาก ทำให้การให้คำปรึกษารายบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการให้การปรึกษาเพื่อการตัดสินใจกินยาต้านไวรัส การกินยาต้านไวรัส การดูแลสุขภาพตนเอง มีลักษณะการให้ข้อมูลชุดสำเร็จรูปมากกว่า การฟังปัญหาและบริบทของผู้ติดเชื้อ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจของผู้ติดเชื้อ⁽²⁴⁾ ทั้งนี้รวมถึงการให้คำปรึกษาด้าน ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ก็เป็นไปได้ยาก

ระบบบริการสำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เปิดเผยตัว

โรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่ยังไม่ได้พิจารณาประเด็นของการไม่พร้อมที่จะเปิดเผยตัวในการจัดระบบบริการ จึงทำให้รูปแบบของบริการของบางโรงพยาบาล ทำให้ผู้ติดเชื้อ รายใหม่ แยกตัวอยู่คนเดียว เนื่องจากยังรับสภาพการติดเชื้อไม่ได้ เกรงว่าจะพบปะกับคนรู้จัก โอกาสของการรับบริการให้ คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ทำได้ลำบาก เพราะสถานที่ไม่อำนวย และมีผู้รับบริการจำนวนมาก⁽²¹⁾ ซึ่งต่างจากผู้ติดเชื้อ รายเก่าที่สามารถพูดคุยระหว่างผู้รับบริการด้วยกัน หรือการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อ

บทบาทชมรมผู้ติดเชื้อ

กิจกรรมของชมรมผู้ติดเชื้อ มีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อได้รับความรู้ และปรับสภาพจิตใจที่สมาชิกด้วยกัน สามารถช่วยเหลือกันได้^(16,17) ทั้งนี้ข้อพึงระวังในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ที่ถูกต้อง มิเช่นนั้นการกระจายข้อมูล ความรู้ที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลในวงกลางอย่างรวดเร็ว

สรุป

โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งใน 4 จังหวัด ใน 4 ภูมิภาค ได้พัฒนาระบบบริการเพื่อสนองนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นข้อควรพิจารณาในการพัฒนาการให้บริการ คือ

- ปรับระบบการบริหารจัดการบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อให้เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ และเงื่อนไขด้านอัตรากำลังของแต่ละโรงพยาบาล ด้วยการปรึกษาทารหรือของผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับผู้บริหารและปฏิบัติ โดยคำนึงถึงการตอบสนองความต้องการบริการที่แตกต่างของผู้ติดเชื้อที่พร้อมและไม่พร้อมเปิดเผยตัว รักษาและไม่รักษาด้วยยาต้านไวรัส ตลอดจนการเชื่อมโยงกับทะเบียนการตรวจการติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้เข้าสู่ระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง^(18,21)

- พัฒนาคูณภาพบริการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังตรวจการติดเชื้อ โดยเฉพาะในกรณีของการตรวจในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือที่แพทย์ส่งตรวจ จัดการให้ระยะเวลาแจ้งผลไม่นานเกินไป จัดระบบการแจ้งผลที่รักษาความลับ แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ผลการตรวจการติดเชื้อเป็นลบ เพื่อการป้องกันในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง⁽²¹⁾

- ทบทวนและตรวจสอบการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ ทบทวนคู่มือและทำความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานให้ดำเนินงานตามคู่มือ⁽²²⁾

- พัฒนาคูณภาพการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อที่ยังไม่รับยาต้านไวรัส และรับยาต้านไวรัส โดยให้ครอบคลุมมิติของการดูแลด้านชีวภาพจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ⁽²¹⁾

- ศึกษาหาแนวทางการส่งเสริมให้ชมรมผู้ติดเชื้อมีบทบาทที่เหมาะสมในการให้การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อ รวมถึงจัดระบบการให้ ความรู้เรื่องเอดส์ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน^(15-17,25)

- ส่วนกลางพิจารณาบูรณาการโปรแกรมบันทึกข้อมูลบริการให้เหลือน้อยที่สุด สามารถเชื่อมโยง

กับระบบของโรงพยาบาล เพื่อลดภาระในการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อน โรงพยาบาลควรพัฒนาการบริหารจัดการระบบข้อมูลภายในหน่วยงาน พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการใช้ประโยชน์ข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการของส่วนกลาง และการพัฒนาคุณภาพบริการ⁽²⁶⁻²⁷⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาที่สนับสนุนงบประมาณ ขอขอบคุณผู้ร่วมงานทุกระดับในทุกโรงพยาบาลของพื้นที่การศึกษา ผู้รับบริการจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมให้ข้อมูล รองศาสตราจารย์ นพ. วิชัย โปษยะจินดา ที่ออกแบบวางแผนการวิจัย และดำเนินการให้ได้ภาพที่สมบูรณ์ในเชิงบูรณาการ

เอกสารอ้างอิง

1. พัทธวีมล ศุภลักษณ์ศึกษากร, นิวัตร สุวรรณพัฒนา, ธนพงศ์ จินวงษ์, วิวัฒน์ พีรพัฒน์โกติน, เกษม เวชสุทธานนท์, ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล และคณะ. รายงานการประเมินผลโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) และโครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Global Fund) เล่ม 1. 2550. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์
2. Ana Revenga, Mead Over, Emiko Masaki, Wiwat Peerapatanapokin, Julian Gold, Viroj Tangcharoensathien, Sombat Thanprasertsuk. The Economics of Effective AIDS Treatment, Evaluation Policy Option for Thailand. Washington DC: World Bank, 2006
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2549 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ 2550
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ผลการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รอบ 9 เดือน ปีงบประมาณ 2550 (1 ตค.2549 - 30

- มีย. 2550) . 2550. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ข่าว ประชาสัมพันธ์. งบกองทุนเอดส์สำหรับผู้ถือ บัตรทองปี 52 ลดลงกว่าพันล้านบาท เหตุจาก ประหยัดค่ายาทำซีแอล เผยต้องรณรงค์ต่อเนื่องหลัง ยังพบเยาวชน มีแนวโน้มเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ลงวันที่ 9 มิ.ย. 2551. www.nhso.co.th
 6. เพชรศรี ศิริรินทร์, ภัสสร ลิมานนท์, สร้อยสองศักดิ์ เศรษฐวานิช, วิภา ด้านธำรงกุล, รัตนา พันธุ์พานิช, มานพ คณะโต, ประณีต ส่งวัฒนา. รายงานการ ดำเนินงาน ก.ย.2547 - มิ.ย.2548 ชุดโครงการ ศึกษากระบวนการให้บริการตาม นโยบายการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอดส์และผลกระทบระยะยาวด้าน พฤติกรรม สังคม และเศรษฐกิจ. 2548. เอกสารอัดสำเนา
 7. วิภา ด้านธำรงกุล, วิไล ชินเวชกิจวานิชย์, กัลยา ซาพวง, พัชรินทร์ เกตุจำนง. โครงการศึกษา กระบวนการให้บริการตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ-ผู้ป่วยเอดส์ และผลกระทบระยะยาวด้าน พฤติกรรม สังคม และเศรษฐกิจ จังหวัดราชบุรี. 2550. บริษัทจรัสสินิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด
 8. ประณีต ส่งวัฒนา, ประนอม หนูเพชร, พัชรียา ไชยลังกา. โครงการศึกษากระบวนการให้บริการ ตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ-ผู้ป่วยเอดส์ และผลกระทบระยะยาวด้านพฤติกรรม สังคม และเศรษฐกิจ จังหวัดสงขลา. 2550. บริษัท จรัสสินิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด
 9. มานพ คณะโต, กิตติยาภรณ์ ไชคส์สวัสดิ์ภิญโญ, ธีรยุทธ แก้วสิงห์, วรณช เกลี้ยงพิบูลย์, สุพัตรา แข็งกลาง, อรวรรณ นาคะมนต์, สุพัตรา สิมมทัน, ทองสุข คำหล้า, ศรีนวล แก้วมโน. โครงการศึกษา กระบวนการให้บริการตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ-ผู้ป่วยเอดส์และผลกระทบระยะยาว ด้านพฤติกรรม สังคม และเศรษฐกิจ จังหวัดหนองคาย. 2550. บริษัทจรัสสินิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด
 10. รัตนา พันธุ์พานิช, เกียรติกร ศรีธนะวิบูลย์, กรรณิกา วิทย์สุภากร, จิราพร สุวรรณธีรางกูร, ธาณินทร์ ฉัตรากิบาล. โครงการศึกษากระบวนการให้บริการ ตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ และผล กระทบระยะยาวด้านพฤติกรรม สังคม และเศรษฐกิจ จังหวัดนครสวรรค์. 2550. บริษัทจรัสสินิทวงศ์ การพิมพ์ จำกัด
 11. เพชรศรี ศิริรินทร์, ภัสสร ลิมานนท์, สร้อยสองศักดิ์ เศรษฐวานิช, วิภา ด้านธำรงกุล, รัตนา พันธุ์พานิช, มานพ คณะโต, ประณีต ส่งวัฒนา. รายงานการ ดำเนินงาน ก.ย.2547 - มิ.ย.2548 ชุดโครงการ ศึกษากระบวนการให้บริการตามนโยบายการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอดส์และผลกระทบระยะยาว ด้านพฤติกรรม สังคม และเศรษฐกิจ: หลักการและ สื่อในการพัฒนาบุคลากร. 2548. เอกสารอัดสำเนา
 12. เพชรศรี ศิริรินทร์, วิภา ด้านธำรงกุล, วิไล ชินเวชกิจวานิชย์, บุษบา ต้นติศักดิ์, ภริตา กุ้ยเกียรติกุล, ปารีชาติ จันทร์จรัส. รายงานผลการ ศึกษา แนวทางการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบ บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กลุ่มผู้ให้ บริการ. กรุงเทพมหานคร; 2548. ISBN 974-9942-46-9.
 13. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, เพณีนัท โอเบอร์ดอร์ เฟอร์, จิราพร สุวรรณธีรางกูร, ดาราวรรณ ตะปินตา, ฟิลลิป เกส. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 2: 132-143
 14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนา คุณภาพการปรึกษาเรื่องเอดส์ : เกณฑ์วัดคุณภาพ บริการ. 2541 พิมพ์ครั้งที่ 3 . กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ
 15. พัทธวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร, นิวัตร สุวรรณพัฒนา, ธนพงศ์ จินวงษ์, วิวัฒน์ พีรพัฒนโกติน, เกษม เวชสุทธานนท์, ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล และคณะ. รายงานการประเมินผลโครงการการเข้าถึงบริการ ยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) และโครงการปรับปรุง

- การเข้าถึงระบบ บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Global Fund) เล่ม 2. 2550. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์
16. UNAIDS. A Scaled - Up Response to AIDS in Asia and the Pacific. 2005
17. พัทธวิมล ศุภลักษณ์ศึกษกร, นิวัตร สุวรรณพัฒนา, ธนพงศ์ จินวงษ์, วิวัฒน์ พีรพัฒน์โกคิน, เกษม เวชสุธานนท์, ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล และคณะ. รายงานการประเมินผลโครงการการเข้าถึงบริการ ยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) และโครงการปรับปรุง การเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Global Fund) เล่ม 3. 2550. ไม่ปรากฏแหล่งพิมพ์
18. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน. 2539 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย
19. Charles Gilks, Katherine Floyd, Davis Haran, Julia Kemp, Bertie Squire, David Wilkinson. Health and Population Occasional Paper, Sexual Health and Health Care : Care and Support for People with HIV/AIDS in Resources - poor setting. Department for International Development, Liverpool UK. 1998
20. กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนา คุณภาพการปรึกษาเรื่องเอดส์: เกณฑ์ชี้วัด คุณภาพการบริการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ปาปิรุสพับลิเคชั่นจำกัด. 2541.
21. อารีย์ ตันบรรจง, สุปัตรา ศรีวิเศษชากร. การดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอดส์จากฐานสถานพยาบาล. กรุงเทพมหานคร; 2546. ศรีเมืองการพิมพ์
22. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. การตรวจวินิจฉัยเอชไอวี/เอดส์ทาง ห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร; 2548. โรงพิมพ์สำนักงาน พระพุทธศาสนาแห่งชาติ
23. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์. แนวทางปฏิบัติงานโครงการการเข้า ถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร; 2549. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
24. Regional office for South East Asia New Delhi, World Health Organization. Clinical Management of HIV and AIDS at District Level : Counseling in HIV/AIDS Management . WHO . 1998
25. เพชรศรี ศิริสินินันต์, MIYAMOTO Hideki. การป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์จากฐาน ชุมชน. กรุงเทพมหานคร; 2546. บริษัท จรัสสินทวงศ์ การพิมพ์
26. Vichai Poshyachinda, vipa Danthamrongkul. The Epidemic Dynamism of HIV/AIDS in Thailand: Paper prepared for the United Nations Development Program Thematic MDG Report 2004. 2547. ISBN 974-13-287-4
27. Kumnuan Ungchusak, Petchsri sirinirund, Tanarak Plipat, Parita Kuaikiatikul, Surasak Thanaisa wanyangkoon, Amornrat Ngowabunpat, Wanee tangsawpak, Tanin Sangwanluay. Strengthening Monitoring and Evaluation, Capacity in Thailand: Towards Unified National HIV/AIDS. Monitoring and Evaluation. 2006. เอกสารอัดสำเนา