

## การจัดบริการปรึกษาตรวจเลือดเอชไอวีเชิงรุกในชุมชนแบบแจ้งผลวันเดียวกัน

### COMMUNITY BASED HIV VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING - SAME DAY RESULT

ชลลิสา จรียาเลิศศักดิ์ บ.ส.ม.\*

Chonlisa Chaliyalertsak M.P.H.M.\*

สุวัฒน์ จรียาเลิศศักดิ์ พบ., ส.ด.\*\*

Suwat Chaliyalertsak M.D., Dr.P.H.\*\*

เกรียงไกร ศรีธนาวิบูลชัย พ.ย., ส.ม.\*\*

Kriengkrai Srithanaviboonchai M.D., M.P.H.\*\*

\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

\*Chiang Mai Provincial Health Office

\*\*มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*Chiang Mai University

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการการปรึกษาตรวจเลือด เอชไอวี เชิงรุกในชุมชนแบบแจ้งผลในวันเดียวกัน และอัตราการติดเชื้อพร้อมทั้งพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวีของผู้ที่มีมารับบริการผลการศึกษาพบว่าการจัดบริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ การขับเคลื่อนชุมชน การจัดหน่วยเคลื่อนที่ให้การปรึกษาตรวจเลือดเอชไอวีในชุมชนและกระบวนการรองรับหลังการตรวจเลือด ด้านการขับเคลื่อนชุมชน มีรูปแบบคือ ทีมเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เชิงรุก การใช้เครือข่ายอาสาสมัคร และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ด้านการจัดหน่วยเคลื่อนที่ที่เป็นจัดบริการแบบนิรนาม ไม่คิดค่าใช้จ่าย โดยใช้แนวทางการปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและชุดตรวจแบบรู้ผลเร็วโดยแจ้งผลในวันเดียวกัน ด้านกระบวนการรองรับหลังการตรวจเลือด ประกอบด้วย การอบรมการจัดการกับความเครียด การให้ข้อมูลกลุ่ม การอบรมเพื่อลดการรังเกียจตีตรา กิจกรรมด้านสังคม การปรึกษาและการส่งต่อ

จากผู้รับบริการ 18,835 ราย สมัครงใจตรวจเลือด ร้อยละ 96.52 มาฟังผลการตรวจร้อยละ 98.96 พบการติดเชื้อ ร้อยละ 1 ได้รับการส่งต่อ 152 ราย และไม่พบผลกระทบที่ร้ายแรงใดๆทั้งขณะจัดบริการ และหลังการจัดบริการพฤติกรรมเสี่ยงที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การมีประวัติโรคทางเพศสัมพันธ์ ใช้ยาเสพติด และใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด องค์ประกอบหลักที่มีผลต่อการตัดสินใจรับบริการประกอบด้วย เหตุผลเฉพาะบุคคล และ รูปแบบบริการ เหตุผลเฉพาะบุคคล จำแนกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการทำงานกลุ่มที่ตรวจซ้ำเพื่อเพิ่มความมั่นใจว่ายังไม่ติดเชื้อ กลุ่มที่ตรวจเพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่น กลุ่มที่คิดว่าถูกเพื่อนบ้าน

สงสัยว่าติดเชื้อจึงตั้งใจตรวจเพื่อให้คนเห็น กลุ่มที่ ตัดสินใจตรวจ หลังจากได้รับข้อมูลเรื่องเอดส์มากขึ้น สำหรับรูปแบบบริการที่จูงใจ คือ ใกล้บ้าน ประหยัดเวลา ไม่เสียค่าใช้จ่าย เจาะเลือดจำนวนน้อย บริการนอกเวลาทำงาน ทราบผลในวันเดียว และสามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้ง่าย

ผู้มารับบริการที่ติดเชื้อ ร้อยละ 48.26 มีความกังวลเรื่องการถูกรังเกียจ ร้อยละ 12.21 กังวลเรื่องสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้อื่น ร้อยละ 9.30 กังวลเรื่องการบอกผลเลือด และร้อยละ 4.07 กังวลเรื่องถูกไล่ออกจากงานในผู้รับบริการทั่วไป ประเด็นที่มีความกังวล ได้แก่ กังวลจากการเข้ารับบริการ การถูกตีตราเรื่องอาชีพพนักงานบริการและการที่ยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยการจัดการกับความเครียดและการเผชิญกับการถูกตีตราที่ใช้คือการไม่ให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาลบ การไม่โต้ตอบ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การหาความรู้เพิ่มเติมและการยอมรับความเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้

**คำสำคัญ :** บริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

## Abstract

This study aimed to study the service model of Community Based HIV Voluntary Counseling and Testing (CB-VCT) with same day resulting; HIV infection rate; and the HIV related risk behaviors among the clients. The CB-VCT consisted of 3 main components which are Community Mobilization (CM), Mobile Voluntary Counseling & testing (MVCT), and Post Test Support Services (PTSS). The CM focused on the outreach education team, volunteer network and the community leader involvement. The MVCT focused on anonymous, free, risk reduction counseling approach, rapid test blood testing with same day resulting and ethnic language translators. The PTSS focused on coping effectiveness training, information sharing group, stigma reduction skill building workshop, social activities, counseling and refer.

A total of 18,835 clients received counseling, of which, 96.52% were volunteered to take blood testing and 98.96% came back to get testing results. The HIV infection rate was 1%. One hundred and fifty five (152) cases were referred and no serious negative impact was founded. The HIV related risk behavior which had statistically significant difference to the HIV infection rate were STI, drug use and IDU experiences. The reasons for receiving the services consisted of personal reasons and service

approach. The personal reasons were divided into 6 different groups. The first group was those who assess risk from sexual relation. The second group was those who assess risk from their jobs. The third group was those who want to confirm negative. The forth group wears those who want to be a tested model. The fifth group was those who felt being suspected HIV positive by neighbors so they intended to show the others. The sixth group was those who made decision after getting more information. Regarding VCT service approach, the main attractive approaches were short distance, reduce time consuming, free of charge, less blood drawn, extra time services, same day resulting and no language barrier. Regarding stress, among the positive clients, 48.26% were worried on stigma, 12.21% were worried on negative relation to the others, 9.30% were worried on disclosure and 4.07% were worried on job firer. Among general clients, stress was found among those who assess themselves under risky condition. There were fear to be infected, fear to be asked the result, insecure in confidentiality, stress from being stigmatized, and the stress due to the remaining risk both spouses and jobs. For coping those stress, they chose to receive latest queue post- test counseling, ignored neighbor reaction, seeking more information and accepting unavoidable risk.

**Keywords:** HIV Voluntary Counselling and Testing

## บทนำ

การให้บริการปรึกษาและการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ เป็นบริการที่เชื่อมต่อระหว่างการป้องกันและการรักษา หากไม่ติดเชื้อก็เป็นโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หากติดเชื้อ ก็เป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ติดเชื้อได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเข้าถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสม โดยเฉพาะการรับยาต้านไวรัส (CDC, 2006; Marks *et al.*, 2005)

อย่างไรก็ตามการจัดบริการที่มีอยู่เป็นการจัดบริการแบบตั้งรับอยู่ในสถานพยาบาลเป็นหลัก (National AIDS Prevention and Alleviation Committee, 2010) จึงมักจะเป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่ทำให้ประชาชนที่มีความต้องการได้รับคำปรึกษาและการตรวจเลือดเข้าถึงได้ค่อนข้างยาก โดยเฉพาะประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล รวมไปถึงประชาชนที่เป็นชาติพันธุ์ยุทธศาสตร์การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ฉบับปี

2545 - 2549 และ ฉบับปี 2550 - 2554 ระบุไว้ชัดเจนถึง การมุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการการปรึกษาตรวจเลือด โดยมุ่งหวังให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงหากยังไม่ติดเชื้อ กรณีที่ติดเชื้อ มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น และเข้าสู่ระบบบริการแต่เนิ่นๆเพื่อการดูแลที่เหมาะสม นอกจากนั้น การเข้าถึงการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่งผลให้โอกาสการแพร่เชื้อลดลงด้วย (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2550; คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2555) สำหรับ ยุทธศาสตร์การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงใหม่ ฉบับปี 2550-2554 กำหนดกลวิธีสำคัญคือ การพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาตรวจเลือด และการดูแลผู้ติดเชื้อไม่มีอาการให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงใหม่, 2550) อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการดังกล่าวหลายประการ ได้แก่ ความสะดวกต่อการไปรับบริการด้านระยะทาง ภาระค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการ ความกังวลต่อผลการตรวจ (CDC, 2006; Jenkins *et al.*, 2006) รวมทั้งมีจำนวนมากที่ตรวจเลือดแต่ไม่มาฟังผลการตรวจตามนัด (National AIDS Prevention and Alleviation

Committee, 2010) ในขณะที่ การจัดบริการเชิงรุกมีข้อกังวลหลายประการ โดยเฉพาะผลกระทบทางลบต่อผู้ที่มารับบริการ รวมทั้งคุณภาพมาตรฐานบริการ ทำให้บริการปรึกษาตรวจเลือดเอชไอวี เป็นบริการที่ถูกจำกัดอยู่ในเฉพาะโรงพยาบาลที่มีเวลาและผู้นำบริการจำกัด ทำให้การบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ต้องการให้ประชาชนรู้สถานะ การติดเชื้อของตนเองไปไม่ถึงดังที่ตั้งไว้ ส่งผลต่อการแพร่เชื้อโดยไม่รู้ตัวและการเข้าถึงการรักษาที่ช้าเกินไป

จากสถานการณ์และสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการจัดบริการปรึกษาตรวจเลือดเอชไอวีเชิงรุกแบบแจ้งผลวันเดียวกันในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ *โครงการวิจัยพาไทย* (Project Accept Thailand: PA-THAI) ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการการปรึกษาตรวจเลือดเอชไอวี เชิงรุกในชุมชนแบบแจ้งผลในวันเดียวกัน

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการขับเคลื่อนชุมชน (Community

Mobilization) การจัดหน่วยเคลื่อนที่ให้การปรึกษา ตรวจเลือดเอชไอวีแบบแจ้งผลในวันเดียวในชุมชน (Mobile Voluntary Counseling and Testing: MVCT) และการจัดบริการรองรับหลังการตรวจเลือด (Post Test Support Services) กลุ่มประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 16 ปี ที่มารับบริการ ณ หน่วยเคลื่อนที่ให้การปรึกษาตรวจเลือด เอชไอวีในพื้นที่ 7 ตำบล ของ 6 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ แม่สาย ฝาง ไชยปราการ เชียงดาว พร้าว และแม่แตง

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ เอชไอวี โดยความสนใจ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 – 2552 วิเคราะห์ข้อมูลอัตราความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แสดงค่าเป็นร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการใช้ยาเสพติด ประวัติการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด กับอัตราความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวีโดยใช้สถิติ Risk Ratio โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

## ผลการศึกษา

รูปแบบการดำเนินงานระยะเตรียมการ ประกอบด้วย

- การประสานงานเบื้องต้น ได้แก่ การประชุมปรึกษาหารือร่วมกับผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ และผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ระดับจังหวัดและอำเภอ การคัดเลือกสถานีนามัยที่รับผิดชอบชุมชนในพื้นที่ที่จะจัดบริการเป็นศูนย์ประสานงานในพื้นที่ และการคัดเลือกผู้ประสานกิจกรรมในพื้นที่ มีบทบาทหลักในการประสานงาน การจัดกิจกรรมในชุมชน

- การเตรียมความพร้อมของบุคลากรเตรียมความพร้อมด้านความรู้ทักษะ ในด้านต่างๆ ได้แก่ ทบทวนความรู้เรื่องเอดส์ โดยเฉพาะการสื่อสารประเด็นที่มีความอ่อนไหวต่อการรับรู้ของชุมชน บทบาทผู้ให้การปรึกษาด้านการให้การปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง บทบาทความรู้ทักษะการตรวจเอชไอวี ชนิดรู้ผลเร็ว บทบาทการจัดการกับความเครียดและการรังเกียจตีตรา

- การเตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุนและการจัดการ เช่น ยานพาหนะที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ทุรกันดารแบบฟอร์มบันทึกบริการ การส่งต่อ ไปแจ้งผลการตรวจ จัดเตรียม

วัสดุ อุปกรณ์ในการตรวจเลือด การจัดเก็บตัวอย่าง (Specimen) รวมทั้งระบบการทำลายเชื้อ เตรียมทีมปฏิบัติงานในหน่วยเคลื่อนที่ และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชนเพื่อความพร้อมของการให้บริการและรองรับการส่งต่อ

- การเตรียมความพร้อมของชุมชน ได้แก่ จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาทุกตำบลในพื้นที่ดำเนินการ ประกอบด้วย ประธาน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือ กำนัน คณะกรรมการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข จากนั้น จัดประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโดยเนื้อหาหลักได้แก่ ความสำคัญของปัญหาเอดส์ในชุมชนและความสำคัญของการรู้สถานะการติดเชื้อของคนในชุมชน อุปสรรค ข้อขัดข้องต่อการเข้าถึงบริการตรวจเอชไอวี และข้อเสนอเพื่อแก้ไขปัญหา

**รูปแบบการดำเนินงานระยะดำเนินการ ประกอบด้วย**

ก. การขับเคลื่อนชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรม 3 ลักษณะ คือ

1. ขับเคลื่อนจากทีมให้ความรู้ชุมชนของโครงการ มีกิจกรรมย่อย 3 รูปแบบ คือ

- จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องเอดส์ ใกล้เคียงกับจุดบริการตรวจเอชไอวี
- จัดกิจกรรมให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อยตามสถานที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน วัด
- การเข้าพบและให้ข้อมูลประชาชนถึงประตูบ้าน

2. ขับเคลื่อนจากทีมภายในชุมชน โดยการอบรมเพิ่มศักยภาพแกนนำในชุมชน การทำงานของอาสาสมัคร ไม่มีรูปแบบชัดเจน ขึ้นอยู่กับโอกาส เวลา สถานที่ของแต่ละคน ตามวิถีชีวิตปกติ

3. ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนระดับตำบล โดยการจัดประชุมคณะกรรมการก่อนการเข้าพื้นที่ทุกรอบ เพื่อแจ้งความก้าวหน้าการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และพิจารณาแนวทางการแก้ไขร่วมกันในแต่ละตำบล ตลอดจนให้ผู้นำชุมชนที่มารับบริการเป็นบุคคลต้นแบบ

ข. การจัดหน่วยเคลื่อนที่ให้การปรึกษาตรวจเลือดเอชไอวีในชุมชน โดยเข้าไปจัดบริการเป็นรอบๆ แต่ละรอบห่างกันประมาณ 3 - 6 เดือน มีการประชาสัมพันธ์และป้ายบริการชัดเจนว่าเป็นการตรวจ เอชไอวี ให้บริการในระบบนิรนาม ไม่คิดค่าบริการใดๆทั้งสิ้น การให้การปรึกษานั้นการ

ปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง (Risk reduction counseling) วิธีการตรวจใช้การเจาะเลือดปลายนิ้ว และตรวจด้วยชุดตรวจชนิดรู้ผลเร็ว (Test 1 Determine, Test 2 Bioline , Test 3 Acon หรือ Clear view กรณี 2 test แรกให้ผลไม่ตรงกัน) นับมาฟังผลในวันที่ตรวจ

ค. กระบวนการรองรับหลังการตรวจเลือด (Post Test Support Services)

กลุ่มเป้าหมายหลักคือผู้ที่ใช้บริการจากหน่วยเคลื่อนที่ กลุ่มเป้าหมายรองคือผู้สนใจในชุมชน สำหรับผู้ที่ได้รับบริการปรึกษาและตรวจเอชไอวีจากโครงการพาไทย จะถูกเชิญให้เป็นสมาชิกโครงการทุกราย โดยใช้วิธีการแจ้งชื่อสมัครและจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรม โดยในการเข้าร่วมกิจกรรมนั้นไม่มีการสอบถามหรือพูดถึงผลการตรวจเลือดของบุคคลใดๆ สำหรับการจัดกิจกรรมรองรับหลังการตรวจเลือดใช้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อน และใช้สถานีอนามัยเป็นศูนย์ประสานงานโดยจัดกิจกรรมต่อเนื่องในพื้นที่ แม้จะไม่มีหน่วยบริการเคลื่อนที่

### รูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย

1. การอบรม ทักษะการจัดการกับปัญหาความเครียดเป็นกิจกรรมที่จัดในชุมชน เพื่อเพิ่มทักษะในการจัดการกับ ความเครียด ความกังวล การอบรมที่มีขั้นตอนชัดเจนโดยใช้เทคนิคการแบ่งกลุ่ม เนื้อหาหลักเป็นการฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา ตามแนวทางการประเมินและการจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดจำนวนประมาณ 10 – 15 คนต่อครั้ง ระยะเวลาประมาณ 4 ชั่วโมง (ถ้าใช้ล่าม เวลาจะมากขึ้น)

2. การให้ข้อมูลกลุ่มเป็นกิจกรรมที่จัดในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่กลุ่มสนใจในประเด็นหลักสำหรับกลุ่มเฉพาะเช่น เยาวชน พ่อบ้าน แม่บ้าน ไม่เข้มงวดกับวิธีการมากนัก เนื้อหาขึ้นอยู่กับความสนใจของกลุ่ม จำนวนประมาณ 15 - 20 คนต่อครั้ง ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

3. การอบรมเพื่อเพิ่มทักษะในการลดการรังเกียจตีตรา เป็นกิจกรรมที่จัดในชุมชน เพื่อปรับทัศนคติและมีทักษะในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทางลบของชุมชน การรังเกียจตีตราต่อเอชไอวีผู้เข้าร่วมกิจกรรม คัดเลือกจากผู้ที่ผ่านบริการปรึกษาตรวจเลือด ผู้สนใจ แกนนำชุมชน ที่มีศักยภาพและ/หรือเป็นที่ยอมรับเช่นผู้ใหญ่บ้าน

สมาชิกอบต. เพื่อเป็นผู้ขับเคลื่อนต่อไป ระยะเวลา  
ไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง

4. การจัดกิจกรรมด้านสังคม เป็นกิจกรรมที่จัด  
ในชุมชนเพื่อสร้างกระแสนับบวกและความเข้าใจ  
ให้คนในชุมชนในวงกว้าง ต่อการตรวจเอดส์ และ  
ต่อผู้ติดเชื้อ ในรูปแบบสอดแทรกข้อมูลความรู้  
เรื่องเอดส์ โดยเฉพาะประเด็นประโยชน์ของการ  
ตรวจเอชไอวี เข้ากับกิจกรรมของชุมชน เช่น งาน  
กีฬา งานปีใหม่ ฯลฯ

5. การให้การปรึกษาต่อเนื่อง และการส่งต่อ  
บริการ เป็นบริการเฉพาะราย สำหรับผู้ที่ต้องการ  
การปรึกษาและการดูแลเพิ่มเติม

#### ง. การควบคุมคุณภาพบริการ

มีระบบการควบคุมคุณภาพ ทั้งการให้การ  
ปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดเอชไอวี และ  
การจัดกิจกรรมรองรับหลังการตรวจเลือด โดยผู้  
ประเมินที่ได้รับการแต่งตั้งเข้ามาประเมินขณะ  
ให้บริการ สำหรับการให้ชุดตรวจเอชไอวี ควบคุม  
คุณภาพโดยการสุ่มตัวอย่างเลือดมาทำการตรวจใน  
ห้องปฏิบัติการของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์  
สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ด้วยวิธีมาตรฐาน

การปรับรูปแบบบริการ ในระยะแรกมีผู้มา  
รับบริการไม่มากนัก ด้วยเหตุผล ด้านการจัดการ

ได้แก่ ทำเลที่ตั้งจุดบริการที่ไม่สะดวกสำหรับ  
บางกลุ่ม การใช้เวลาซักประวัติค่อนข้างนาน เวลาที่  
ให้บริการไม่ใช่เวลาที่ประชาชนพร้อมใช้บริการ  
การประชาสัมพันธ์นัดหมายล่วงหน้าที่ยาวเกินไป  
จนประชาชนลืม ในส่วนของประชาชนที่ไม่ตรวจ  
ส่วนใหญ่ให้เหตุผลกับเจ้าหน้าที่ว่า มั่นใจว่าไม่มี  
ความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม เหตุผลส่วนหนึ่งจากการ  
สนทนากลุ่ม พบว่า บางคนยังไม่มั่นใจในบริการ  
และอายุเพื่อนบ้าน “ตอนแรกๆ ที่โครงการเข้ามา  
คนไม่ค่อยกล้ามาตรวจ อายุ กลัวคนรู้”

หลังจากปรึกษาหารือกับคณะที่ปรึกษาใน  
ชุมชนเป็นระยะๆ และมีการปรับรูปแบบบริการ  
ด้านสถานที่ให้กระจายหมู่บ้านมากขึ้น การปรับ  
เวลาบริการจากกลางวันมาเป็นช่วงเย็นถึงกลางคืน  
การจัดหน่วยบริการปรึกษาตรวจเลือดเอชไอวี  
ในช่วงเวลาและสถานที่ใกล้เคียงกับการจัด  
กิจกรรมความรู้ถึงบ้านถึง สามารถเพิ่มจำนวนผู้มา  
รับบริการมากขึ้น

#### ข้อมูลผู้รับบริการรับการปรึกษา ตรวจ เอชไอวีจาก หน่วยบริการเคลื่อนที่

ผู้มารับบริการการปรึกษาตรวจเลือด เอชไอ  
วี จากหน่วยบริการเคลื่อนที่ เป็นชาวไทยพื้นราบ  
และชาวไทยชนเผ่าในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ

ร้อยละ 50.96 และ 49.04 เพศหญิง ร้อยละ 52.30 เพศชาย ร้อยละ 47.70 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 24.89 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 31 – 40 ปี และ 21 - 30 ปี ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 21.77 และร้อยละ 21.29 ช่วงอายุ < 20 ปี ร้อยละ 16.63 และช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.25 ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.89 อาชีพเกษตรกร รองลงมาคือรับจ้างรายวัน ร้อยละ 37.02 สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.55 อยู่กินกับคู่สมรส การศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 47.12 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.88 และ มัธยมศึกษา ร้อยละ 20.63

### เหตุผลที่มารับบริการการปรึกษาตรวจเลือดจาก หน่วยบริการเคลื่อนที่ในชุมชน

เหตุผลในการมารับบริการที่ผู้รับบริการ ตอบส่วนใหญ่คืออยากทราบผลเลือด ร้อยละ 66.32 รองลงมาคือ ประเมินว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 16.58 คู่นอน/คู่สมรมีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 15.96 และสะดวกเพราะมาให้บริการใกล้บ้าน ร้อยละ 13.82 ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ ร้อยละ 9.28 เคยตรวจที่อื่นแล้วอยากตรวจซ้ำ ร้อยละ 9.28 และรวดเร็ว เสียเวลาน้อย ร้อยละ 3.31

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มพบว่า มีสององค์ประกอบหลักที่มีผลต่อการตัดสินใจ คือ เหตุผลเฉพาะบุคคล และรูปแบบบริการ สำหรับ เหตุผลเฉพาะบุคคลแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่หนึ่ง ไม่มั่นใจในพฤติกรรมเสี่ยงของสามี และประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสามี

“แฟนไม่อยู่บ้านไปทำงานที่อื่น ไม่รู้ว่่านอกใจไหม” “กลัวแฟนไปมีว่สาว ถ้ารู้ว่าเป็นจะได้กินยา”

กลุ่มที่สอง ประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากอาชีพหรืองานที่ทำอยู่ เช่น กลุ่มที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์เด็กเล็ก เคยดูแลญาติที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ เคยสัก

กลุ่มที่สาม เคยตรวจมาก่อนแล้ว และต้องการตรวจเพื่อเพิ่มความมั่นใจว่า ยังไม่ติดเชื้อ

กลุ่มที่สี่ ตรวจเพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่น เช่น เป็น อสม.ผู้ใหญ่บ้าน “ไปตรวจแล้วชวนคนอื่นไป ไปเล่าให้คนอื่นฟังเพื่อให้เขามั่นใจ แล้วชวนกันไปตรวจ เพราะเมื่อไปตรวจ จะแนะนำคนอื่นไปตรวจได้ง่ายขึ้น”

กลุ่มที่ห้า เป็นกลุ่มที่คิดว่า เพื่อนบ้านสงสัยว่าติดเชื้อ จึงตั้งใจตรวจให้คนในชุมชนเห็นว่า

ไม่ได้กลัวการตรวจ “ที่โรงพยาบาลตรวจในห้อง ไม่มีคนรู้ แต่ที่นี่ดีกว่าเพราะชาวบ้านเห็น ถ้าคนไม่เห็นก็โดนว่า”

กลุ่มที่หก ตัดสินใจตรวจหลังจากได้รับ ข้อมูลความรู้ และการบอกต่อของผู้ที่ตรวจมาก่อน “เมื่อก่อนไม่ค่อยรู้ ได้มาเข้าอบรมก่อนหลายรอบ แล้วจึงตัดสินใจตรวจ”

“คิดในใจว่าไม่คิด และไม่กล้าตรวจ พออบรมแล้ว จึงตัดสินใจไปตรวจ”

โดยรูปแบบบริการที่สนใจคือ ความรู้สึกมั่นใจและ บริการที่เป็นมิตร ได้แก่

การมีเพื่อนมาตรวจด้วยกัน “เพื่อนชวนมาตรวจก็เลยมาตรวจด้วย ไม่กล้ามาคนเดียว”

ใกล้บ้าน ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย “มีหลานอายุน้อย พาไปโรงบาลไม่สะดวกแต่ที่นี่เอามาด้วยได้”

การแจ้งผลในวันเดียวกัน “ไม่ต้องรอนาน ไม่ต้องกระวนกระวาย”

“ที่โรงพยาบาลเสียเงิน ไม่กล้า อายุคน และต้องรอหลายวันจึงรู้ผล แต่ที่นี่มาตรวจถึงที่ และรู้ผลเลย ถ้าที่โรงพยาบาลขึ้นก็เข้าไปอีกรอบ ไกล”

“รู้ผลเสียดีกว่า เพราะถ้ารอหลายวันก็กังวลใจ บางคนรับไม่ได้ก็ไม่ได้ไปฟังผลเลย เกิดความกลัวในช่วงที่รอ”

### ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้มารับบริการ 18,835 ราย สัมภาษณ์ตรวจเลือดเอชไอวี 18,179 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.52 ผลการตรวจเลือดพบ อัตราการติดเชื้อร้อยละ 1.0 ด้านอาชีพ พบว่าผู้รับบริการที่ว่างงาน มีอัตราการติดเชื้อสูงสุดคือ ร้อยละ 2.80 เมื่อจำแนกตามสถานภาพการสมรส พบว่า อัตราการติดเชื้อผู้รับบริการที่เป็นหม้ายสูงที่สุดคือ ร้อยละ 4.74 รองลงมาคือ ผู้รับบริการที่หย่า ร้อยละ 2.19

### พฤติกรรมเสี่ยง และความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้รับบริการที่มีคู่นอนในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 6.43 มีคู่นอนมากกว่า 1 คน และเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 7.45 ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศ ร้อยละ 43.75 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อใช้บริการ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แบบชายกับชาย ร้อยละ 78.95 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ผู้มีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 76.19 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ผู้ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 10.90 ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และผู้ใช้ยาเสพติด

ติดชนิดนี้ร้อยละ 69.03 ใช้เข็ม กระบอกฉีดยา ร่วมกับผู้อื่น

ด้านการมีประวัติป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่า ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 2.72 ในขณะที่ผู้รับบริการที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 0.82 ประวัติป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการติดเชื้อเอชไอวี ที่  $P\text{-value} = 0.000$  โดย ผู้ที่มีประวัติเคยป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วย 3.32 เท่า ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้รับบริการปรึกษาฯ จากหน่วยบริการเคลื่อนที่ จำแนกตามประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

| ประวัติโรคติดต่อทาง<br>เพศสัมพันธ์ | ตรวจ (ราย) | HIV+  |        | HIV-   |        |
|------------------------------------|------------|-------|--------|--------|--------|
|                                    |            | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน  | ร้อยละ |
| เคยป่วย                            | 1,251      | 34    | 2.72   | 1,217  | 97.28  |
| ไม่เคยป่วย                         | 15,877     | 130   | 0.82   | 15,747 | 99.18  |

Risk Ratio = 3.32  $P\text{-value} = 0.000$

เมื่อจำแนกตามลักษณะทางชาติพันธุ์พบว่า อัตราการติดเชื้อในผู้รับบริการชนเผ่าที่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าผู้รับบริการไทยพื้นราบ คือร้อยละ 5.26 และ 2.15 (risk difference

= 3.11) และเมื่อจำแนกตามเพศพบว่า อัตราการติดเชื้อในผู้หญิงที่มีประวัติโรคติดต่อด้วยเพศสัมพันธ์ สูงกว่าเพศชาย ทั้งไทยพื้นราบและไทยชนเผ่า ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้รับบริการปรึกษาฯ จากหน่วยบริการเคลื่อนที่ ที่มีประวัติป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามลักษณะชาติพันธุ์และเพศ

| ผู้รับบริการปรึกษาฯ<br>ที่มีประวัติป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | ตรวจ (ราย) | HIV+  |        |
|--------------------------------------------------------------------|------------|-------|--------|
|                                                                    |            | จำนวน | ร้อยละ |
| ผู้รับบริการชาวไทยพื้นราบ                                          | 1,023      | 22    | 2.15   |
| เพศชาย                                                             | 835        | 14    | 1.68   |
| เพศหญิง                                                            | 188        | 8     | 4.26   |

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้รับบริการรักษาฯ จากหน่วยบริการเคลื่อนที่ ที่มีประวัติป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามลักษณะชาติพันธุ์และเพศ (ต่อ)

| ผู้รับบริการรักษาฯ<br>ที่มีประวัติป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | ตรวจ (ราย) | HIV+  |        |
|-------------------------------------------------------------------|------------|-------|--------|
|                                                                   |            | จำนวน | ร้อยละ |
| ผู้รับบริการชาวไทยชนเผ่า                                          | 228        | 12    | 5.26   |
| เพศชาย                                                            | 160        | 7     | 4.38   |
| เพศหญิง                                                           | 68         | 5     | 7.35   |

ด้าน ประวัติการใช้ยาเสพติด พบว่า ผู้รับบริการที่เคยใช้ยาเสพติด มีอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 3.47 ในขณะที่ ผู้รับบริการที่ไม่เคยใช้ยาเสพติด มีอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 0.84 การใช้ยาเสพติดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการติดเชื้อเอชไอวี ที่  $P\text{-value} = 0.000$  โดยผู้ที่มีประวัติเคยใช้สารเสพติดมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้ยาเสพติด 4.13 เท่า ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้รับบริการรักษาฯ จากหน่วยบริการเคลื่อนที่ จำแนกตามประวัติการใช้ยาเสพติด

| ประวัติการใช้ยาเสพติด | ตรวจ(ราย) | HIV+ |        | HIV-   |        |
|-----------------------|-----------|------|--------|--------|--------|
|                       |           | ราย  | ร้อยละ | ราย    | ร้อยละ |
| เคยใช้ยาเสพติด        | 1,037     | 36   | 3.47   | 1,001  | 96.53  |
| ไม่เคยใช้ยาเสพติด     | 15,213    | 128  | 0.84   | 15,085 | 99.16  |

Risk Ratio = 4.13  $P\text{-value} = 0.000$

ด้านการมีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีด พบว่า ผู้รับบริการที่เคยใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด มีอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 18.2 ในขณะที่ ผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีอื่น มีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 1.92 การใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการติดเชื้อเอชไอวี ที่  $P\text{-value} = 0.000$  โดยผู้ที่มีประวัติเสพยาเสพติดด้วยวิธีฉีดมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่าผู้ที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีอื่นๆ 9.48 เท่า ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้รับบริการปรึกษาฯ จากหน่วยบริการเคลื่อนที่มีประวัติไข้ยาเสพติด จำแนกตามวิธีการเสพยา

| วิธีการเสพยา                  | ตรวจ(ราย) | HIV+  |        | HIV-  |        |
|-------------------------------|-----------|-------|--------|-------|--------|
|                               |           | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เสพด้วยวิธีฉีด                | 99        | 18    | 18.2   | 81    | 81.82  |
| เสพด้วยวิธีอื่นๆ เช่น กิน สูบ | 939       | 18    | 1.92   | 921   | 98.10  |

Risk Ratio = 9.48 P-value = 0.000

การไปรับบริการการปรึกษา ตรวจเอชไอวีที่โรงพยาบาลชุมชนตามระบบบริการปกติ ของประชาชนในพื้นที่ดำเนินการในช่วงเวลาเดียวกันที่มีการดำเนินงานในพื้นที่ มีประชาชนจำนวนหนึ่งที่มีภูมิลำเนาในชุมชนพื้นที่ดำเนินการ บางส่วนเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของโครงการ แต่ไปรับบริการตรวจเอชไอวี จากโรงพยาบาลชุมชนในตัวอำเภอ จากการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง พบว่า มีจำนวน 6,375 ราย เป็นเพศชาย 2,335 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.63 เพศหญิง 4,040 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.37 ช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 40.50 อัตราการติดเชื้อเอชไอวี เฉลี่ยร้อยละ 4.5 โดยพบการติดเชื้อสูงในกลุ่มผู้รับบริการช่วงอายุ 31-40 ปี ทั้งเพศชายและหญิง คือร้อยละ 9.6 และ 7.7 ตามลำดับ

สำหรับเหตุผลที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง, มีอาการสงสัยเอดส์, คนใกล้ชิดติดเชื้อ ร้อยละ 6.71 (ติดเชื้อร้อยละ 33.57) กลุ่มที่ต้องการแต่งงาน/มี

บุตร/ ตั้งครรภ์ ร้อยละ 71.60 (ติดเชื้อร้อยละ 1.05) กลุ่มที่ได้รับการตรวจเพื่อการดูแลโรคอื่นๆ เช่นวัณโรค ฯลฯ ร้อยละ 10.32 (ติดเชื้อร้อยละ 13.74) และกลุ่มที่ตรวจเพื่อไปทำธุรกรรมต่างๆ ร้อยละ 11.37 (ติดเชื้อร้อยละ 0.83)

วิจารณ์และอภิปรายผล ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย คือเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยลดผลกระทบด้านลบได้แก่การให้ความสำคัญกับกระบวนการทั้งก่อนระหว่างการดำเนินงาน ดังนี้

การให้ชุมชนเป็นฐานการดำเนินงานได้แก่การขับเคลื่อนโดยกลไกผู้นำและแกนนำของชุมชนในรูปแบบคณะกรรมการ โดยเฉพาะการร่วมแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานด้านการจัดการ ตลอดจนเป็นต้นแบบในการรับบริการตรวจ เอชไอวี การให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์บริการตรวจเอชไอวี ในชุมชน ที่เป็นการนำเสนอด้านบวกหลายครั้งในระยะเวลาที่ต่อเนื่อง มีส่วนทำให้ประชาชนคุ้นชินกับการตรวจ เอชไอวี ลดอคติต่อการตรวจ

จนเป็นความปกติที่จะพูดถึงเอดส์และการตรวจเลือด นำไปสู่การลดการตีตรา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ว่า ผู้ที่เสี่ยงเท่านั้นที่ควรตรวจ ซึ่งแนวคิดเช่นนี้ ขัดขวางการตัดสินใจของหลายคนที่ไม่อยากตรวจแต่ไม่กล้าเนื่องจากไม่อยากถูกมองว่า มีพฤติกรรมเสี่ยง (Wolff *et al.*, 2005)

รูปแบบบริการที่เป็นมิตรและมีคุณภาพมาตรฐาน บริการที่เป็นมิตรในมุมมองของผู้รับบริการคือ ใกล้เคียง ระยะเวลา ไม่เสียค่าใช้จ่าย เจาะเลือดจำนวนน้อย บริการนอกเวลาทำงาน ทราบผลในวันเดียว และสามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้ง่าย ไม่มีขั้นตอนมากในภาษาที่เข้าใจ ขณะที่ด้านผู้ให้บริการให้ความสำคัญกับคุณภาพมาตรฐานบริการ โดยมีระบบการควบคุมคุณภาพ (IHPP, 2006) และระบบการรักษาความลับข้อมูลโดยใช้ระบบนิรนาม (ยกเว้นเมื่อต้องการบริการต่อเนื่อง) รวมทั้งมีผู้ช่วยที่สามารถใช้ภาษาชาติพันธุ์ได้

การปรับรูปแบบบริการปรึกษาตรวจเลือดเอชไอวี ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประชาชนในชนบท เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการ ด้านสถานที่ คือ กระจายไปจัดบริการที่หมู่บ้านย่อย ด้านเวลา คือ ให้บริการช่วงเย็นถึงกลางคืน ด้านรูปแบบคือ จัดหน่วยบริการร่วมกับกิจกรรมการให้ความรู้ถึงขั้นถึง สามารถเป็นข้ออ้างในการมาร่วมกิจกรรมได้ดี การมีคนรับ

บริการตรวจหลายคนทำให้ไม่รู้สึกละอาย (Wringe *et al.*, 2008)

การมีกิจกรรมรองรับหลังการตรวจเลือดที่จัดในชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเป็นผู้ขับเคลื่อน เป็นการกระตุ้นชุมชนส่งผลกระทบต่อประชาชนที่ยังไม่ตัดสินใจ ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และตัดสินใจง่ายขึ้นเมื่อมีหน่วยบริการมาจัดบริการ การเพิ่มบริการที่สถานีนามัย นอกจากเพิ่มการเข้าถึงบริการแล้ว ยังเป็นการเพิ่มศักยภาพให้บุคลากรสถานีนามัยในการจัดบริการ ให้การปรึกษาตรวจเลือดเอชไอวี และกรณีที่ผลเลือดบวก ก็เป็นโอกาสให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยสามารถดูแลผู้ติดเชื้อตั้งแต่วัยแรก

สรุป การจัดบริการให้การปรึกษาตรวจเอชไอวีเชิงรุกแบบแจ้งผลในวันเดียวกัน เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ โดยผลกระทบทางลบที่เป็นข้อกังวลต่างๆ สามารถป้องกัน แก้ไข ลดความรุนแรงได้ หากมีการเตรียมการอย่างเป็นระบบทุกๆ ด้าน (สุคนธา กงศิลป์ และคณะ, 2552) จึงเป็นรูปแบบบริการที่ควรส่งเสริมและขยายการดำเนินงานไปตามพื้นที่ต่างๆ โดยมุ่งเน้นการคัดกรองวินิจฉัยรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดควบคู่ไปด้วย เนื่องจากทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อมาก การกำหนดชุมชน อาจเป็นชุมชนเชิงพื้นที่ เช่น หมู่บ้าน ตำบล ที่อยู่ห่างไกล หรือ เป็นชุมชนที่เป็นการรวมของกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดการเข้าถึง

บริการในระบบปกติ เช่น เยาวชน ผู้ใช้ยาเสพติด พนักงานสถานประกอบการ ฯลฯ อย่างไรก็ตามในการนำมาขยายผล อาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการบางอย่างให้สอดคล้องกับบริบทที่ไม่ใช่การศึกษาวิจัยเนื่องจากทรัพยากรแตกต่างกัน จัดบริการเชิงรุก นอกจากจะเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการแพร่เชื้อ และเพิ่มการเข้าถึงการรักษาแต่เนิ่นๆ แล้ว ยังมีความหมายเชิงสื่อประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนคุ้นชินการตรวจเอดส์ การพูดคุยเรื่องเอดส์ ทำให้เอดส์ เป็นเรื่องที่สามารถพูดคุยและรับบริการต่างๆ ได้ในการดำเนินชีวิตปกติ ส่งผลต่อการลดการรังเกียจตีตรา ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ 2555 - 2559 (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2555) ที่ต้องการ ลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดการเสียชีวิตจากเอดส์ และลดการตีตราเลือกปฏิบัติ ในที่สุด

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ โครงการวิจัยพาไทย (Project Accept Thailand: PA-THAI) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ สหรัฐอเมริกาและสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา

(U.S. National Institute of Mental Health: NIMH) ออสารอ้างอิง

### เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550 - 2554. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2550.

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2555 - 2559. มปป, 2555.

ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงใหม่. ยุทธศาสตร์การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2550-2554. เพื่อฟ้าการพิมพ์, 2550.

สุคนธา คงศีล, สุชุม เจียมตน, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, กนกศักดิ์ วงศ์เป็ง, กิตติยา พรหมอ่อน, สิทธิกร รองสำลี. การประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: 2552.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 การบริหารบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการ

- บริหารงบบริการผู้ป่วยโรค. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดอรุณการพิมพ์, 2555.
- CDC. Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV infection—South Carolina, 1997 – 2005. *Mmwr* 2006 55: 1269 – 72.
- CDC. Revised recommendations for HIV testing of adult, adolescents, and pregnant woman in health-care setting. *MMWR RecommRep* 2006 ; 22; 55(RR14): 1- 17
- IHPP. Demand for voluntary counseling and testing and antiretroviral treatment program. Nonthaburi: 2006.
- Jenkins T, Gardner E, Thrun M, Cohn D, Burman W,. Risk-based human immunodeficiency virus (HIV) testing fails to detect the majority of HIV- infected persons in medical care settings. *Sexuallytransmitted diseases* 2006; 33: 329 – 33.
- Marks G, Crepaz N, Senterfitt J, Janssen R. Meta-analysis of high - risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 39: 446 – 53.
- National AIDS Prevention and Alleviation Committee. *UNGASS COUNTRY PROGRESS REPORT: Thailand 2010*; 117 - 120.
- Wolff B, Nyanzi B, Katongole G, Ssesanga D, Ruberantwari A, Whitworth J. Evaluation of a home-based voluntary counseling and testing intervention in rural Uganda. *Health Policy and Planning* 2005; 20(2): 109 – 16.
- Wringe A, Isingo R, Urassa M, *et al.* Uptake of HIV voluntary counseling and testing services in rural Tanzania: implications for effective HIV prevention and equitable access to treatment. *Trop Med Int Health* 2008; 13(3): 319 - 27.