

หลักสูตร

การเรียนรู้ด้วยแพลตฟอร์ม ECHO เรื่องการพัฒนาคุณภาพการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

สำหรับชุมชนนักปฏิบัติ
การโค้ชคุณภาพเฉพาะโรคด้านเอชไอวี



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



สารบัญ

	หน้า
1. คำนำ	1
2. แผนการจัดกิจกรรมและคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย	2
3. สื่อประชาสัมพันธ์กิจกรรม	3
4. วาดภาพสิ่งที่อยากเห็นด้วย 3C	11
5. ประตูลแรกในการ Ending AIDS “หาให้พบ”	27
6. เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ	40
7. S & D ตีโจทย์ให้แตก	53
8. ผู้ป่วยรายใหม่เป็นอะไรที่พิเศษ	67
9. เป้าหมายสุดท้าย สู่ระยะเชื้อสงบ	80
10. รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม	96
11. ภาคผนวก	
- ภาคผนวก 1 วาดภาพสิ่งที่อยากเห็นด้วย 3C	101
- ภาคผนวก 2 ประตูลแรกในการ Ending AIDS “หาให้พบ”	111
- ภาคผนวก 3 เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ	119
- ภาคผนวก 4 S & D ตีโจทย์ให้แตก	127
- ภาคผนวก 5 ผู้ป่วยรายใหม่เป็นอะไรที่พิเศษ	137
- ภาคผนวก 6 เป้าหมายสุดท้าย สู่ระยะเชื้อสงบ	145
12. เอกสารอ้างอิง	164

คำนำ

ประเทศไทยวางแผนยุติปัญหาเอดส์ภายในพ.ศ. 2573 โดยแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2562-2573 โดยมีเป้าหมาย 95-95-95 (ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ 95 ของผู้ที่รู้ว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ ร้อยละ 95 ของคนที่รับยาต้านไวรัส กดระดับไวรัสในเลือดได้สำเร็จ) โดยผลการดำเนินงานทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานด้านบริการดูแลรักษาอยู่ที่ 90 – 90 – 97 (ปรับปรุงข้อมูลเมื่อ 27 เมษายน 2566)

เพื่อยุติปัญหาเอดส์ที่มุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีสู่เป้าหมาย 95-95-95 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ร่วมมือกับศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากแผนฉุกเฉินของประธานาธิบดีเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ (PEPFAR; The President’s Emergency Plan for AIDS Relief) ได้จัดทำ “**หลักสูตรการเรียนรู้ด้วยแพลตฟอร์ม ECHO เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**” สำหรับชุมชนนักปฏิบัติการโค้ชคุณภาพเฉพาะโรคด้านเอชไอวี เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การโค้ชเฉพาะโรค ด้านเอชไอวี ให้กับชุมชนนักปฏิบัติการโค้ชคุณภาพเฉพาะโรคด้านเอชไอวี

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า “**หลักสูตรการเรียนรู้ด้วยแพลตฟอร์ม ECHO เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**” จะเป็นประโยชน์สำหรับทีมผู้เยี่ยมโค้ช ในการให้คำแนะนำกับหน่วยบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้บรรลุ 95-95-95 ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สิงหาคม 2566

แผนการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การโค้ชคุณภาพเฉพาะโรคด้านเอชไอวี

หัวข้อ	แนวคิดของกิจกรรม	วันที่
1. วาดภาพสิ่งที่อยากเห็น ด้วย 3C	1. จุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงองค์กรเพื่อยูดีเอดส์ 2. การกำหนดขอบเขตการให้บริการด้าน HIV/STIs โดยใช้ 3C (Concepts Context Criteria) 3. นำ 3C มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดเป้าหมายได้ตรงประเด็น เกิดประโยชน์ ส่งผลให้พัฒนาได้อย่างก้าวกระโดด	29 มีนาคม 66 13.30 – 15.30
2. ประตุแรกในการ ending aids “หาให้พบ”	ใช้ DALI สร้างสรรค์ VCT แบบใหม่ ให้ “ค้นหา ได้ครอบคลุม คุ่มค่า ทันทการณ์ ก่อนป่วย ได้ผลการรักษาที่ดี”	5 เมษายน 66 13.30 – 15.30
3. “เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ”	ครบถ้วนรักษา “เริ่มยาเร็ว ลดป่วย ลดตาย ลดสูญหาย ลดสูญเสียชีวิต”	18 เมษายน 66 13.30 – 15.30
4. S&D ดีใจท้อให้แตก	S&D ในมุมมองการยุติปัญหาเอดส์	16 พฤษภาคม 13.30 – 15.30
5. ผู้ป่วยรายใหม่ เป็นอะไรที่พิเศษ	1. การเริ่มต้นที่ดีทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาตลอดไป 2. ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบ นำไปสู่ผลของกดไวรัสได้สำเร็จ	31 พฤษภาคม 13.30 – 15.30
6. เป้าหมายสุดท้าย “สู่ระยะเชื้อสงบ” ชั่วฉับวัน	1. เป้าหมายสุดท้าย คงอยู่ในระบบและกดไวรัสสำเร็จ (สู่ระยะเชื้อสงบ) 2. วิเคราะห์ระบบบริการและแก้ไขปัญหาการจัดบริการ 3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้คนไข้คงอยู่ในระบบและกดไวรัสสำเร็จ	13 มิถุนายน 13.30 – 15.30

คุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย

1. ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ (COACH-HIV)
2. ผู้ที่สนใจเป็นโค้ช
3. บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้สนใจ การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

**กิจกรรมการขับเคลื่อน
ชุมชนนักปฏิบัติ
ด้านเอชไอวี**

ECHO

6 Sessions ลงทะเบียนฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

วันที่	หัวข้อ
29 มีนาคม 2566	1. วาดภาพสิ่งที่อยากเห็นด้วย 3C 1. จุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงองค์กรเพื่อยุติเอ็ดส์ 2. การกำหนดขอบเขตการให้บริการด้าน HIV/STIs โดยใช้ 3C (CONCEPTS CONTEXT CRITERIA) 3. นำ 3C มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดเป้าหมายได้ตรงประเด็นเกิดประโยชน์ ส่งผลให้พัฒนาได้อย่างก้าวกระโดด
5 เมษายน 2566	2. ประตูกแรกในการ ENDING AIDS “หาให้พบ” ใช้ DALI สร้างสรรค์ VCT แบบใหม่ ให้ “ค้นหา ได้ครอบคลุมคุ้มค่า กั้นการณ์ ก่อนป่วย ได้ผลการรักษาที่ดี”
18 เมษายน 2566	3. 95-2 “เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาให้ครบ” ครบถ้วนรักษา “เริ่มยาเร็ว ลดป่วย ลดตาย ลดสูญหาย ลดสูญเสีย”
16 พฤษภาคม 2566	4. S&D ต่โจกยให้แตก S&D ในมุมมองการยุติปัญหาเอ็ดส์
31 พฤษภาคม 2566	5. ผู้ป่วยรายใหม่ เป็นอะไรที่พิเศษ 1. การเริ่มต้นที่ดีทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาตลอดไป 2. ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบ นำไปสู่ผลของกตไวรัสได้สำเร็จ
13 มิถุนายน 2566	6. เป้าหมายสุดท้าย “สู่ระยะเชื้อสงบ” ชั่วฉัรันดร 1. เป้าหมายสุดท้าย คงอยู่ในระบบและกตไวรัสสำเร็จ สู่ระยะเชื้อสงบ) 2. วิเคราะห์ระบบบริการและแก้ไขปัญหการจัด้บรการ 3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้คนใช้คงอยู่ในระบบและกตไวรัสสำเร็จ

6 SESSION

เวลา 13.30 – 15.30 น.

รูปแบบ Online
ผ่านโปรแกรม ZOOM (Case-based learning)

Zoom Link

ลงทะเบียน

Meeting ID : 241 772 4825
Passcode : 12345



ขอเชิญร่วม

ประชุมชนักปฏิบัติ

การพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี

วาดภาพสิ่ง
ที่อยากเห็น
ด้วย 3C



พบกับวันที่ 29 มีนาคม 2566



เวลา 13.30 - 15.30 น.

Meeting ID: 241 772 4825

Passcode: 12345

ลงทะเบียน



ขอเชิญร่วม

ประชุมชนักปฏิบัติ

การพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี



ประตูแรกในการ Ending AIDS" ชาติใหม่"



ใช้ DALI สร้างสรรค์ VCT แบบใหม่ ให้
"ค้นหา ได้ครอบคลุม คู่มด่า ทั้ขการถ้
ก่อนป่วย ได้ผลการรักษาที่ดี"



พบกับ

วันที่ 5 เมษายน 2566

เวลา 13.30 - 15.30 น.

Meeting ID: 626 052 1309



ลงทะเบียน
และทำแบบประเมิน
ได้ที่ QR CODE นี้ครับ

95-2 “เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ”

ครั้งที่
3

18 เมษายน 66
13.30 - 15.00 น.

Meeting ID:
626 052 1309



1

บทวน 3C
จากกรณีศึกษา

2

นำกรณีศึกษา
ออกแบบระบบ

3

สรุปการนำไปใช้
และแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์



ลงทะเบียน
และทำแบบประเมิน
ได้ที่ QR CODE



S & D ต่ใจทยให้แตก !!!

ครั้งที่
4

16 พฤษภาคม 2566

13.30 - 15.00 น.

Meeting ID: 626 052 1309



S&D ไม่เน้นเพียงความเท่าเทียม
ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

แต่ให้ผู้ติดเชื้อ วางใจ สบายใจ มั่นใจ
ที่จะเข้ารับบริการ และได้ผลการรักษาที่ดี

ผู้ให้บริการมีความรู้สึกที่ดีในการดูแลผู้ติดเชื้อ



ลงทะเบียนและทำแบบประเมินก่อนเรียน
ได้ที่ QR CODE



COP for QI ครั้งที่ 5

"ผู้ป่วยรายใหม่เป็นอะไรที่พิเศษ"



แนวคิด

- เรียนรู้การประยุกต์ใช้ 3C DAI ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรายใหม่
- เรียนรู้แนวคิด เป้าหมายการติดตามผลลัพธ์ของการเริ่มยาในผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่และมีกดไวรัสได้สำเร็จ (เป้าหมาย 95-3)

พบกับ

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ
นำทีมโดย นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
ผู้ทรงคุณวุฒิ สสว.



นพ.จรัม ลิ้มตระกูล
ที่ปรึกษาด้านการพัฒนา
คุณภาพ HIV



พญ.รวิวรรณ หานยสุกรีเวชกุล
ที่ปรึกษาด้านการพัฒนา
คุณภาพ HIV



ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม

QR CODE :



31 พฤษภาคม 2566
เวลา 13.30 - 15.00 น.
Zoom Meeting ID :
626 052 1309



เป้าหมายสุดท้าย
"สู่ระยะเชื้อสงบ" ชั่วโมงนี้
COP for QI ครั้งที่ 6



เป้าหมายสุดท้าย
 คงอยู่ในระบบและ
 กดไวรัสสำเร็จ
 (สู่ระยะเชื้อสงบ)

มุ่งสู่ผลลัพธ์ 95-3

พบกับ

วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ
 นำทีมโดย **นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล**



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
 ผู้ทรงคุณวุฒิ สสพ.



นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล
 ที่ปรึกษาด้านการพัฒนา
 คุณภาพ HIV



พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล
 ที่ปรึกษาด้านการพัฒนา
 คุณภาพ HIV



ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม

QR CODE :



13 มิถุนายน 2566

เวลา 13.30 - 15.00 น.

Zoom Meeting ID :

626 052 1309

หัวข้อ	วันที่	Link วิดีโอ	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม
1. วาดภาพสิ่งที่อยากเห็นด้วย 3C	29 มีนาคม 66 13.30 – 15.30	https://youtu.be/Q4_9fUhBfxA	มากกว่า 100 คน
2. ประตูละแวกในการ ending aids “หาให้พบ”	5 เมษายน 66 13.30 – 15.30	https://youtu.be/Zs3_ScVcohE	67 คน
3. “เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ”	18 เมษายน 66 13.30 – 15.30	https://youtu.be/Q4_9fUhBfxA	51 คน
4. S&D ดีใจที่ยังให้แตก	16 พฤษภาคม 13.30 – 15.30	https://youtu.be/kZfoFuJV1Cw	61 คน
5. ผู้ป่วยรายใหม่ เป็นอะไรที่พิเศษ	31 พฤษภาคม 13.30 – 15.30	https://youtu.be/lmatwAd1-wo	41 คน
6. เป้าหมายสุดท้าย “สู่ระยะเชื้อสงบ” ชั่ววันจันทร์	13 มิถุนายน 13.30 – 15.30	https://youtu.be/ZiEUHIXpPIE	45 คน

การเก็บข้อมูลและการประเมินผลการจัดกิจกรรม

1) การลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม ข้อมูลที่เก็บประกอบด้วย

1.1) โพรตระบุ คำนำหน้า - ชื่อ-นามสกุล เป็นภาษาอังกฤษ

1.2) E-mail

1.3) เบอร์โทรศัพท์

1.4) วิชาชีพ

- นายแพทย์ (Medical Physician)
- พยาบาลวิชาชีพ (Registered Nurse)
- เภสัชกร (Pharmacist)
- นักเทคนิคการแพทย์ (Medical Technologist)
- นักวิชาการสาธารณสุข (Public Health Technical Officer)
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Medical Scientist)
- นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker)
- อื่น ๆ โพรตระบุ

1.5) แผนกที่ปฏิบัติงาน

- แผนกอายุรกรรม (MED - Medicine Department)
- แผนกรักษาผู้ป่วยนอก (OPD - Outpatient Department)
- แผนกรักษาผู้ป่วยใน (IPD - Inpatient Department)
- แผนกดูแลก่อนคลอด (ANC - Antenatal Care)
- แผนกสูตินารีเวช (OB-GYN -Obstetrics Gynecology Department)
- แผนกห้องคลอด (LR- LABOR Room)
- แผนกห้องผ่าตัด (OR-Operating Room)
- แผนกดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องกระดูก (ORTHO : Orthopedic Department)
- แผนกฉุกเฉิน (ER - Emergency Room)
- ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Medical laboratory)
- แผนกเภสัชกรรม (Pharmacy)
- อื่น ๆ :

1.6) หน่วยงาน (ชื่อ รพ. /สถาบัน/สสจ./สคร./อื่น ๆ) ที่สังกัดอยู่ในปัจจุบัน

- 2) การประเมินผลก่อนการอบรม โดยประเมินตามเนื้อหาการอบรม
- 3) การประเมินผลหลังการอบรม โดยประเมินตามเนื้อหาการอบรม
- 4) แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (QI-HIV) ในแต่ละครั้งประกอบด้วย

4.1) โปรดเลือกหัวข้อที่ท่านเข้าร่วมในครั้งนี

1. วาดภาพสิ่งที่อยากเห็นด้วย 3C
2. ประตุนแรกในการ ENDING AIDS "หาให้พบ"
3. 95-2 "เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาให้ครบ"
4. S&D ตีโจทย์ให้แตก
5. ผู้ป่วยรายใหม่ เป็นอะไรที่พิเศษ

6. เป้าหมายสุดท้าย "สู่ระยะเชื้อสงบ" ชั่วฉับวัน

4.2) ระบุระดับความรู้ของท่านมากขึ้นหรือไม่ โดยเรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1)

หัวข้อ	1. น้อยที่สุด	2. น้อย	3. ปานกลาง	4. มาก	5. มากที่สุด
ก่อนการอบรม					
หลังการอบรม					

หัวข้อ	1. น้อยที่สุด	2. น้อย	3. ปานกลาง	4. มาก	5. มากที่สุด
ท่านคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการโค้ชของท่านได้ ในระดับใด					

4.3) ประเมินวิทยากร

หัวข้อ	1. น้อยที่สุด	2. น้อย	3. ปานกลาง	4. มาก	5. มากที่สุด
ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ					
มีวิธีการสอนให้น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน					
การอภิปรายและการตอบคำถามโดยวิทยากร					
การรักษาเวลา					

4.4) ประเมินการประสานงาน

หัวข้อ	1. น้อยที่สุด	2. น้อย	3. ปานกลาง	4. มาก	5. มากที่สุด
ประสานงานการเข้าระบบเรียนทั้งก่อนและหลังจัดกิจกรรม					
การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม					
ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					

4.5) ถ้าจะให้คะแนนภาพรวมในการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ ท่านคิดว่าจะให้คะแนนเท่าใด (10 คะแนน)

น้อยที่สุด

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 มากที่สุด

4.6) ท่านอยากให้เราปรับปรุงอะไรในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

4.7) ท่านรู้สึกอย่างไร กับการจัดกิจกรรมในครั้งนี้

วาทภาพสิ่งที่อยากเห็นด้วย 3C

1. แนวคิด : จุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงองค์กรเพื่อยูติเอดส์ โดยการกำหนดขอบเขตการให้บริการ ด้าน HIV/STIs โดยแนวคิด 3C (Care values and Concepts Context Criteria) และ เป็นจุดเริ่มต้น เพื่อนำสู่เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพบริการด้านเอชไอวี

การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กำหนด Core Value ไว้ทั้งหมด 5 หมวด รวม 17 ตัว ได้แก่

หมวดที่ 1 ทิศทางนำ

- 1.1 Visionary Leadership: ผู้นำที่มองไกล
- 1.2 Systems Perspective: สายตามองเชิงระบบ
- 1.3 Agility: ระบบปรับตัวไว

หมวดที่ 2 ผู้รับผล

- 2.1 Patient / Customer Focus: ใส่ใจผู้ป่วย
- 2.2 Focus on Health: ใส่ใจสุขภาพ: ยินดีช่วยสังคม
- 2.3 Community Responsibility

หมวดที่ 3 คนทำงาน

- 3.1 Value on staff: เจ้าหน้าที่ทุกคนมีคุณค่า
- 3.2 Individual Commitment: สมาชิกที่มุ่งมั่น
- 3.3 Teamwork: พากันทำงานเป็นทีม
- 3.4 Ethic & Professional Standard: จรรยาบรรณและวิชาชีพ

หมวดที่ 4 การพัฒนา

- 4.1 Creativity & Innovation: ใฝ่ฝันสร้างนวัตกรรม
- 4.2 Management by Fact: นำข้อมูลมาตัดสินใจ
- 4.3 Continuous Process Improvement: ระบบปรับกระบวนการ
- 4.4 Focus on Results: เบิกบานด้วยผลลัพธ์และคุณค่า
- 4.5 Evidence – based Approach: ใช้ข้อมูลวิชาการ

หมวดที่ 5 พาเรียนรู้

- 5.1 Learning: เรียนรู้เพื่อปรับตัว
- 5.2 Empowerment: เพิ่มพลังชนทุกหมู่

ซึ่งโรงพยาบาลที่จะเป็นเลิศได้ต้องสามารถใช้ Core Value ทั้ง 17 ตัวในการกำกับในการทำงาน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ซึ่งในระดับโรงพยาบาลจะเลือก Core Value ตัวใดมาเป็น Core Value ระดับโรงพยาบาล โดยจะกำหนดหรือไม่กำหนดก็ได้ ถ้ากำหนดแสดงว่า องค์กรต้องการให้บุคลากรมีหลักในการทำงาน หรือมีค่านิยมไปในทิศทางเดียวกัน

สรุปค่านิยมหลัก (Core Values) ที่ใช้บ่อยในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่

1. ค่านิยม “Patient focus/ Clients Center” ซึ่งนอกจากจะเน้นการรักษาความลับของผู้ป่วย การเคารพสิทธิผู้ป่วย การไม่สร้างความรู้สึกรู้สึกว่าถูกตีตราแล้ว ยังรวมถึงการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพต่าง ๆ สามารถใช้สิทธิของตนได้อย่างต่อเนื่อง
2. ค่านิยม “Management by fact” เป็นการสนับสนุนให้ทุกคนใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ เช่น การวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสพบผลเอชไอวีบวกสูงเพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมาย, การส่งเสริมให้เภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจ Viral load เพื่อช่วยในการพิจารณาเรื่องของ Drug Adherence, การใช้ Treatment Cascade diagram เพื่อพิจารณาช่องว่างของการให้บริการ
3. ค่านิยม “Empowerment” เป็นการเสริมพลังทำให้เกิดความรับผิดชอบ ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งพาขยายวงกว้าง เช่น การเสริมพลังให้พยาบาลมีอำนาจในการตัดสินใจบางเรื่องเพื่อแบ่งเบาภาระของแพทย์

บริบท (Context) ขององค์กร

บริบท (Context) เป็นปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมที่เกิดจากภายในและภายนอกองค์กร และส่งผลกระทบต่อ ความสามารถขององค์กร ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรได้ การวิเคราะห์ บริบทขององค์กร เพื่อกำหนดทิศทางและวิธีการทำงานที่เหมาะสมกับโจทย์ขององค์กร ซึ่งการใช้ กระบวนการโค้ชชิ่งของที่ปรึกษาร่วมกับการเข้าเยี่ยมในพื้นที่จริงและพูดคุยกับผู้ปฏิบัติงาน จะมีส่วนช่วยให้ ทีมงานได้เห็นโจทย์ของตนเองชัดเจนได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างประเด็นบริบทเกี่ยวกับการยุติปัญหาเอดส์ ได้แก่

1. บริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ อาจไม่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติตามกลยุทธ์ ‘Reach’ แต่มี โอกาสรับผู้ติดเชื้อซึ่งเคยขึ้นทะเบียนไว้ที่โรงพยาบาลอื่น ซึ่งจะต้องให้ความสำคัญกับการประสานงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
2. ลักษณะของผู้ป่วยซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในจุดบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล
3. ช่องว่าง (Gap) ของการปฏิบัติงาน ซึ่งจะพบชัดเจนขึ้นในขั้นของการ Learning

เกณฑ์ (Criteria)

เกณฑ์ (Criteria) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานต่าง ๆ ถ้าเป็นระดับโรงพยาบาลที่ใช้ในการดำเนินงาน ด้านเอชไอวี หมายถึง แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในที่นี้อาจใช้ เป้าหมาย เพื่อยุติปัญหาเอดส์ ร่วมกับ แนวทางการปฏิบัติและประเมินตนเองเพื่อขอการรับรองตามมาตรฐานเฉพาะโรค/ เฉพาะระบบการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถ้าเป็นเรื่องของกิจกรรมคุณภาพด้านอื่น

ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านการดูแลรักษาเอชไอวี/เอดส์ เช่น การจัดทำ CPC, CQI, Work Flow อาจต้องเริ่มต้นจาก Evidence Base, หลักการวิชาการต่าง ๆ เป็นมาตรฐานประกอบ และก็มีกิจกรรมบางอย่างที่ต้องใช้เกณฑ์มาตรฐานระดับทีมคล่อมสายงาน เช่น มาตรฐาน IC, มาตรฐาน RM, มาตรฐาน ENV (เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อม สถานที่สำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรค เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ) เป็นต้น

2. วัตถุประสงค์:

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเชื่อมโยงนำไปสู่การตั้งเป้าหมายและการออกแบบได้

3. เนื้อหา/กิจกรรม

เวลา	เนื้อหา	วิทยากรหลัก
15 นาที	นำเข้าสู่บทเรียน : ความสำคัญ และความเชื่อมโยงของ 3C -DALI	นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตี กุล
15 นาที	กรณีศึกษา : บทเรียนจากการโค้ช	นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล
20 นาที	แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม	นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตี กุล นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล
20 นาที	อภิปราย สรุปเทคนิคที่ได้จากการแลกเปลี่ยน	นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล
20 นาที	สรุปเทคนิคที่ได้จากการแลกเปลี่ยน	นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตี กุล

4. สื่อการเรียนรู้

- สไลด์ (Presentation) 3C-DALI and HA Standards Implementation (ภาคผนวก 1)

5. ระยะเวลาดำเนินการ: 90 นาที

6. การประเมินผลการจัดกิจกรรม

- 1) การประเมินผลก่อนการอบรม

คำอธิบาย ให้ท่านให้คะแนนความรู้ความเข้าใจของตนเองก่อน – หลังการอบรม เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1)

คำถามก่อนการอบรม	5	4	3	2	1
1. ท่านมีความเข้าใจ Concept/Core Value					
2. ท่านมีความเข้าใจ Context					
3. ท่านมีความเข้าใจ Criteria					
4. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ในการทำงานของตนเอง					
5. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ ในการโค้ช					

2) การประเมินผลหลังการอบรม

- ให้ท่านให้คะแนนความรู้ความเข้าใจของตนเองก่อน – หลังการอบรม เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1)

คำถามหลังการอบรม	5	4	3	2	1
1. ท่านมีความเข้าใจ Concept/Core Value					
2. ท่านมีความเข้าใจ Context					
3. ท่านมีความเข้าใจ Criteria					
4. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ในการทำงานของตนเอง					
5. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ ในการโค้ช					

- หลังการอบรม การเรียนรู้ในวันนี้ท่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการโค้ชได้หรือไม่อย่างไร (โปรดยกตัวอย่าง)

.....

.....

.....

- หลังการอบรม : การเรียนรู้ในวันนี้ มีประเด็นการโค้ชที่ท่านไม่แน่ใจ และยังมีข้อสงสัยหรือไม่ หากมีข้อสงสัยโปรดระบุข้อความในประเด็นที่ท่านสงสัย (เพื่อผู้สอนจะนำไปพิจารณาในการเรียนรู้การอบรมครั้งต่อไป)

.....

.....

.....

7. สรุปการเรียนรู้จากกิจกรรม

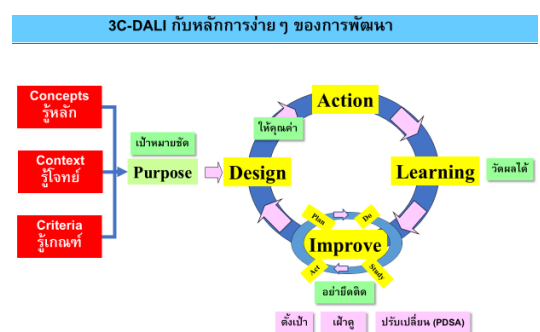
3C-DALI and HA Standards Implementation

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

โมเดล “3C-DALI” ได้ถูกนำมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมเป็นระยะเวลานาน ซึ่งถือว่ามีประโยชน์มากในการนำไปใช้ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพทุกระดับ อาทิ การขับเคลื่อนมาตรฐาน หรือการนำไปพัฒนาโครงการต่าง ๆ การโค้ชบุคลากรในโรงพยาบาล การนำ 3C-DALI Model ลงสู่การปฏิบัตินั้นต้องใช้ประเด็นคำถามอะไรได้บ้าง จึงเป็นที่มาในการเริ่มต้นทำให้เกิดความเข้าใจที่ลุ่มลึกมากยิ่งขึ้น

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จะมีหลักการง่าย ๆ จาก โมเดล 3C-DALI ซึ่งประกอบด้วย Concept (รู้หลัก) คือหลักที่ใช้ในการตัดสินใจ Context (รู้โจทย์) คือความท้าทายหรือปัญหา Criteria (รู้เกณฑ์)คือมาตรฐานและความรู้ต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้งาน

การวัดต้องคำนึงถึง การมีเป้าหมายที่ชัดเจน (Purpose) มีการทบทวน (Learning) สามารถวัดผลได้ มีการให้คุณค่ากับการออกแบบกระบวนการทำงานซึ่งต้องคำนึงถึงเป้าหมาย (Action) ไม่ยึดติดกรอบเดิม ๆ การใช้แนวคิดใหม่ ๆ ในการปรับปรุงพัฒนาตลอดเวลา (Improve) การพัฒนาปรับปรุงนั้น จะมีวงล้อเล็ก ๆ Plan Do Study Act ซ้อนอยู่ภายใน นั่นคือ การตั้งเป้า ใฝ่ดู ปรับเปลี่ยน ทั้งนี้การตั้งเป้าและใฝ่ดูจะมีตัวชี้วัดที่มีความเชื่อมโยงกัน



การนำโมเดล 3C-DALI ไปดำเนินการสามารถเลือกเน้นตามความเหมาะสม อาจเริ่มต้นจากรู้หลัก รู้โจทย์ รู้เกณฑ์ (core values & concepts, context, criteria) หรือ Advance ขึ้น ได้แก่เมื่อรู้โจทย์แล้ว กำหนดเป้า ใฝ่ดูติดตาม (context, purpose, learning/monitor) เมื่อตั้งเป้าแล้ว ต้องใฝ่ดู และต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมทันต่อสถานการณ์

Juran Trilogy of Quality Management



Juran Trilogy of Quality Management เป็นภาพแสดงความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดของ DALI กับ Quality Management ของ Juran โดย Quality Management ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1. Quality Planning การวิเคราะห์ความต้องการต่าง ๆ นำมากำหนดเป้าหมาย และวางแผนเพื่อออกแบบระบบ (อยู่ในช่วงโมเดล 3C-DALI คือ Purpose and Design)
2. Quality Control การนำกระบวนการที่ออกแบบ (ช่วงDesign) ไว้ไปปฏิบัติ และมีการกำกับติดตาม Learning (พื้นที่ครึ่งวงกลมบนของโมเดล3C-DALI)
3. Quality Improvement นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ในช่วงLearning มาพัฒนาปรับปรุงสู่การออกแบบกระบวนการใหม่ (Redesign) (พื้นที่ครึ่งวงกลมล่างของโมเดล3C-DALI)

ที่มาของโมเดล 3C- DALI

แนวคิดของ 3C-DALI มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award : TQA) ถือเป็นรางวัลระดับโลก (World Class) เนื่องจากมีพื้นฐานทางด้านเทคนิคและกระบวนการตัดสินรางวัลเช่นเดียวกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) ซึ่งเป็นต้นแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติที่ประเทศต่าง ๆ หลายประเทศทั่วโลกนำไปประยุกต์ เช่น ประเทศญี่ปุ่น ออสเตรเลีย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ เป็นต้น โดยมีแนวคิด 3C คือ

1. Context (คือโครงสร้างองค์กร เป็นทิศทางที่กำหนดว่าองค์กรจะดำเนินการไปทิศทางใด)

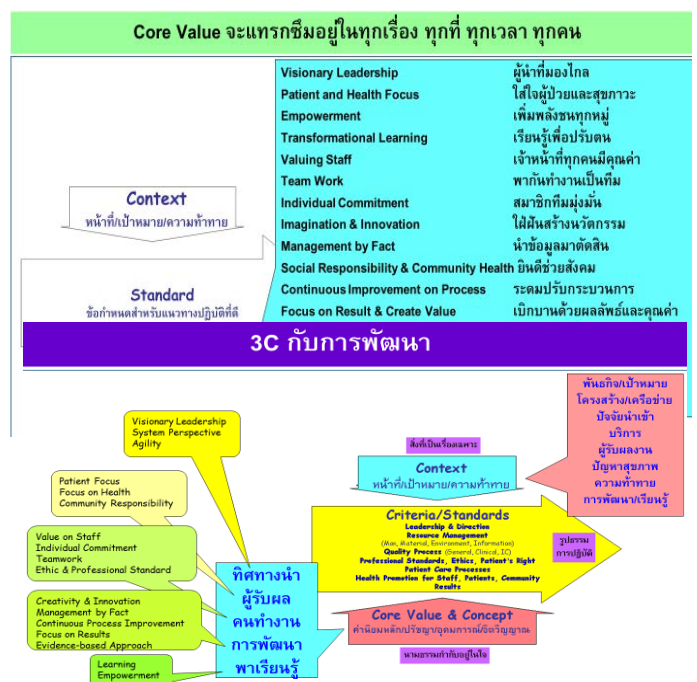
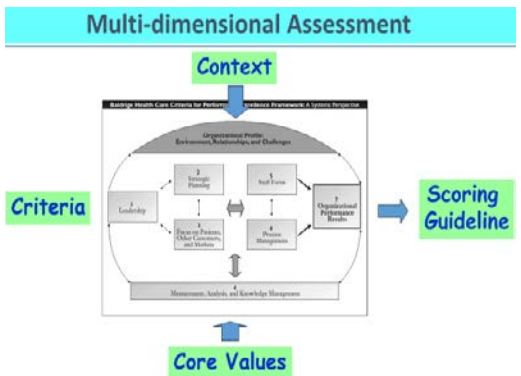
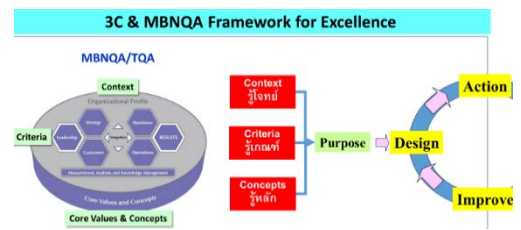
2. Criteria (คือเกณฑ์ 7 หมวด ได้แก่ หมวดที่1. การนำองค์กร หมวดที่2. กลยุทธ์ หมวดที่3. ลูกค้า หมวดที่4. การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวดที่5. บุคลากร หมวดที่6. การปฏิบัติการ และหมวดที่6. ผลลัพธ์)

3. Core value & Concepts (คือค่านิยมและแนวคิดหลัก ที่เป็นฐานรากซึ่งเป็นความเชื่อและพฤติกรรมที่พบว่าฝังลึกอยู่ในหลายองค์กรที่มีผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ) ทั้งนี้เกณฑ์ TQA จะมีคะแนนการประเมิน (Scoring Guideline) ทั้งแนวทางการให้คะแนนในหมวดกระบวนการ (Process Scoring Guidelines) และ แนวทางการให้คะแนนในหมวดผลลัพธ์ (Results Scoring Guidelines)

องค์ประกอบสำคัญขององค์กรที่ประสบความสำเร็จ ควรประกอบด้วย

- 1.การกำหนดContext หน้าที่เป้าหมายและความท้าทายขององค์กรให้ชัดเจน
- 2.มีStandards มาตรฐาน สิ่งปฏิบัติ ได้แก่ การมีภาวะผู้นำ การกำหนดทิศทางขององค์กร การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม กระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น

3.Core Value เป็นค่านิยมหลัก ปรัชญา อุดมการณ์ จิตวิญญาณ ซึ่งค่านิยมถือว่าเป็นสิ่งที่ควรกำกับอยู่ในใจ โดยได้ร้อยเรียงเป็นประโยคเชื่อมโยง ที่มาจากรากฐานของ Core Value TQA ดังภาพ “Core Value จะแทรกอยู่ในทุกเรื่อง ทุกที่ ทุกเวลา ทุกคน” จากนั้นแบ่ง Core Value เป็น 5 กลุ่ม คือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้



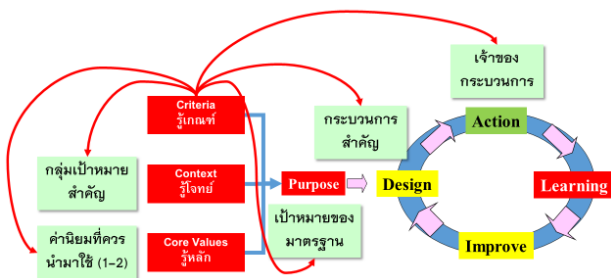
ในอดีต สรพ.ให้ความสำคัญกับ “การพัฒนา และการประเมินองค์กร” โดยนำ 4 องค์ประกอบมาใช้พร้อม ๆ กันไม่แยกส่วน ได้แก่

1. Organization Context 2. Criteria/Hospital Standards 3. Core Values & Concept 4. Scoring Guidelines (ถือเป็นกระจกให้องค์กรทราบถึงระดับการพัฒนา) ทำให้เกิดแนวคิดเชิงระบบในการพัฒนาคุณภาพผ่านเครื่องมือ Plan Do Study Act และได้ปรับเป็นจาก Plan (เสมือนว่าวางแผนโครงการเมื่อดำเนินการแล้วจะเสร็จสิ้นไป) เป็น Design Action Learning Improving (DALI) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวสามารถนำมาใช้ได้ทุกระดับทั้งระดับหน่วยงาน ทบพทวนระบบ และระดับบุคคล จาก “PDSA ที่เชื่อมต่อกับแนวคิด (มาตรฐานและหลักคิด) สูโลภที่เป็นจริง (บริบท)” โดยบริบทครอบคลุมในเรื่องการทำความเข้าใจกับปัญหา ความเสี่ยง และความต้องการสำคัญ ซึ่งนำมาสู่ประเด็นความเสี่ยง/ประเด็นสำคัญ มีการทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน การกำหนดตัวชี้วัด ที่มาจาก การทบทวน ประเมิน เรียนรู้ (Study) การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพ คือกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ

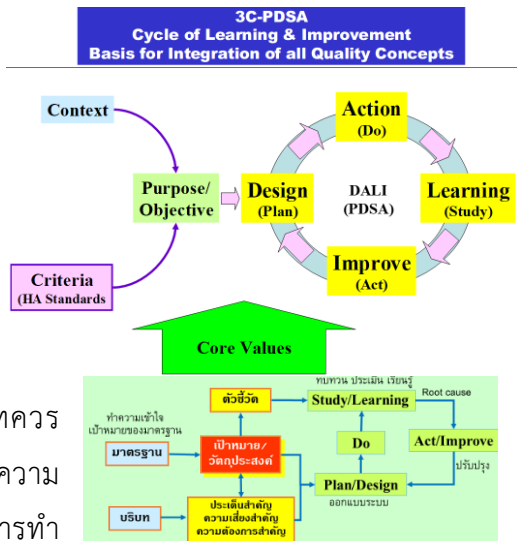
วงล้อของการเรียนรู้ และการพัฒนา เป็นพื้นฐานของความเชื่อมโยงแนวคิดคุณภาพต่าง ๆ ไม่ว่าจะ มีโมเดลใหม่ ๆ ไตเข้ามาแนวคิด 3C DALI จะเป็นพื้นฐานได้

Criteria (รู้เกณฑ์ ทำความเข้าใจมาตรฐาน) การตั้งประเด็นคำถามการเรียนรู้จะเริ่มต้นด้วย

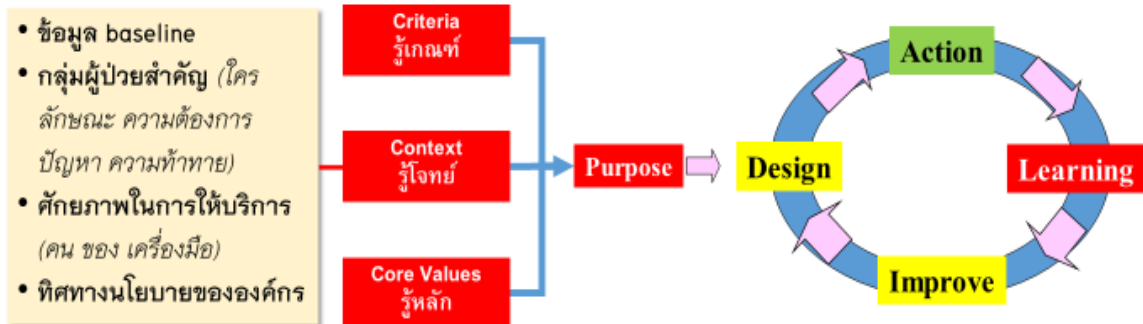
Criteria (รู้เกณฑ์ ทำความเข้าใจมาตรฐาน)



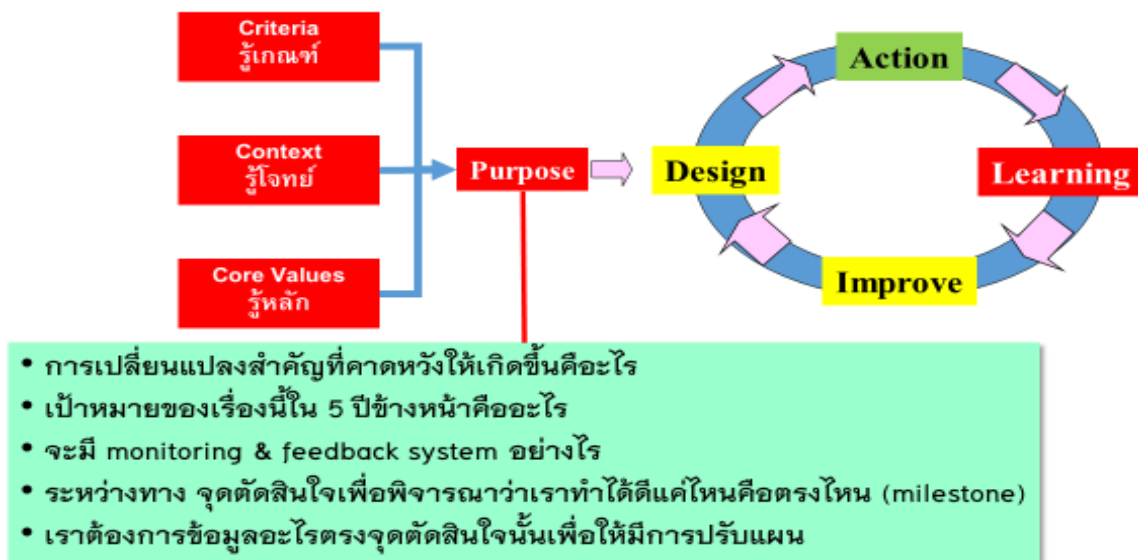
ความเชื่อมโยงกับมาตรฐาน เช่น มาตรฐานเรื่องการวัด วิเคราะห์ Core Value ที่เกี่ยวข้องคือ การจัดการโดยใช้ข้อมูลจริง (Management by Fact) การมุ่งเน้นผลลัพธ์ (focus on result) การเรียนรู้จากข้อมูล (Learning)



Context (รู้ใจത്യ)



Purpose (กำหนดเป้า)



Context (รู้ใจത്യ) จะจัดกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ข้อมูล กลุ่มผู้เกี่ยวข้องสำคัญ ศักยภาพในการให้บริการ และทิศทางนโยบายองค์กร

3C DALI นำมาสู่การกำหนดเป้า (Purpose) การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังให้เกิดขึ้นคืออะไร เป้าหมายของเรื่องนี้ใน 5 ปีข้างหน้าคืออะไร จะมี monitoring & feedback system อย่างไรระหว่างทาง จุดตัดสินใจเพื่อพิจารณาว่าเราทำได้ดีแค่ไหนคือตรงไหน และเราต้องการข้อมูลอะไรตรงจุดตัดสินใจนั้น เพื่อให้มีการปรับแผน

ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวจะนำไปสู่การออกแบบต่อไป

คุณชลดา นันทวิสัย

การนำ 3C DALI สู่การปฏิบัติอย่างไร กรณีศึกษา : บทเรียนจากการโค้ช

การเริ่มให้ยาป้องกันไวรัสให้กับผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาล มีมาตรฐานอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง

Criteria ที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่มีผลเลือดบวกภายใน 7 วัน: มาตรฐานรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) หมวดที่3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง

Context : สถานการณ์การเข้าถึงยาต้านไวรัสของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มาพบแพทย์และนัดต่อเนื่อง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่มาตามนัด / ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าถึงยาต้านไวรัส / Loss F/U โรงพยาบาลสามารถรายงานผลการตรวจHIVภายใน1วัน / การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเรื่องความพร้อมในการเริ่มให้ยาต้านไวรัส ซึ่งหากขาดความเข้าใจ อาจมีปัญหาเรื่อง การหยุดยา หรือการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วย ทำให้เกิดการดื้อยา / การรอฟผล CD4 ใช้เวลา 3 วัน/ การวิเคราะห์ข้อมูลในอดีต เกี่ยวกับร้อยละผู้ป่วยที่สามารถเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสได้ภายใน 7 วันมีเท่าใด (9%ของการเข้าถึงยาต้านไวรัสในปัจจุบัน 80%) / จำนวนผลการวินิจฉัยของห้องปฏิบัติการ (Lab) ที่ไม่สามารถออกผลได้ภายใน1วัน / การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มได้รับยาต้านไวรัส / การทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตรงเวลาตามนัด / เรื่องสิทธิการรักษาของผู้ป่วย / เรื่องความลับผู้ป่วย / สถานการณ์ปัญหาเฉพาะของโรงพยาบาล (ข้อจำกัด) / ความชำนาญของการให้ยาต้านไวรัสของแพทย์ทั่วไป ที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทาง กรณีผลLabไม่ครบ/ การใช้ข้อมูลที่ต้องการของผู้ป่วย / นโยบายที่ชัดเจน รวดเร็ว และผู้บริหารเห็นความสำคัญ

Core Value : การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Center) / การบริหารจัดการโดยใช้ข้อมูลจริง (Management by Fact) / การจัดบริการแบบSame Day /การสอบถามความพึงพอใจ ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายให้ได้รับยาต้านไวรัสได้เร็วที่สุด / ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยHIV ควรให้บริการเหมือนผู้ป่วยทั่วไปทั้งการเข้าถึง และการดูแลรักษา / Focus on Health ลดการติดเชื้อ การป่วย และการเสียชีวิต / การรักษาความลับ และการรักษาสิทธิผู้ป่วย

Purpose : ผู้ป่วยรับยาได้ภายใน 7 วัน (ไม่ต้องรอ CD4/การแก้ปัญหาผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาตามนัด)

โดยสรุป ตั้งคำถามโดยการใช้โมเดล 3C DALI เป็นพื้นฐานเป็นสิ่งสำคัญ อีกทั้งประเด็นในการทบทวน ความครบถ้วน ถูกต้อง ของข้อมูลมีความจำเป็น ในฐานะของโค้ชควรชักชวนบุคลากรของโรงพยาบาลทบทวนดำเนินการอีกครั้ง จะทำให้เห็นภาพในการกำหนดเป้าหมายได้ตรงประเด็น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุมต่อผู้รับบริการได้อย่างครบวงจร ซึ่งทุกหน่วยงาน ทุกฝ่ายทุกคนต้องร่วมมือในการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของตนเองเพื่อให้เกิดผลสำเร็จที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ป่วยต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. สรุปผลการจัดกิจกรรม

กิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี ครั้งที่ 1 หัวข้อ ภาวะภาพสิ่งที่อยากเห็นด้วย 3C ในวันที่ 29 มีนาคม 2566 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 100 คน โดยมีผลลัพธ์การประเมินประมวลผลจากผู้ที่ทำแบบประเมินทั้งก่อนและหลังเรียน จำนวน 33 คน ดังนี้

1. การประเมินก่อนเรียน

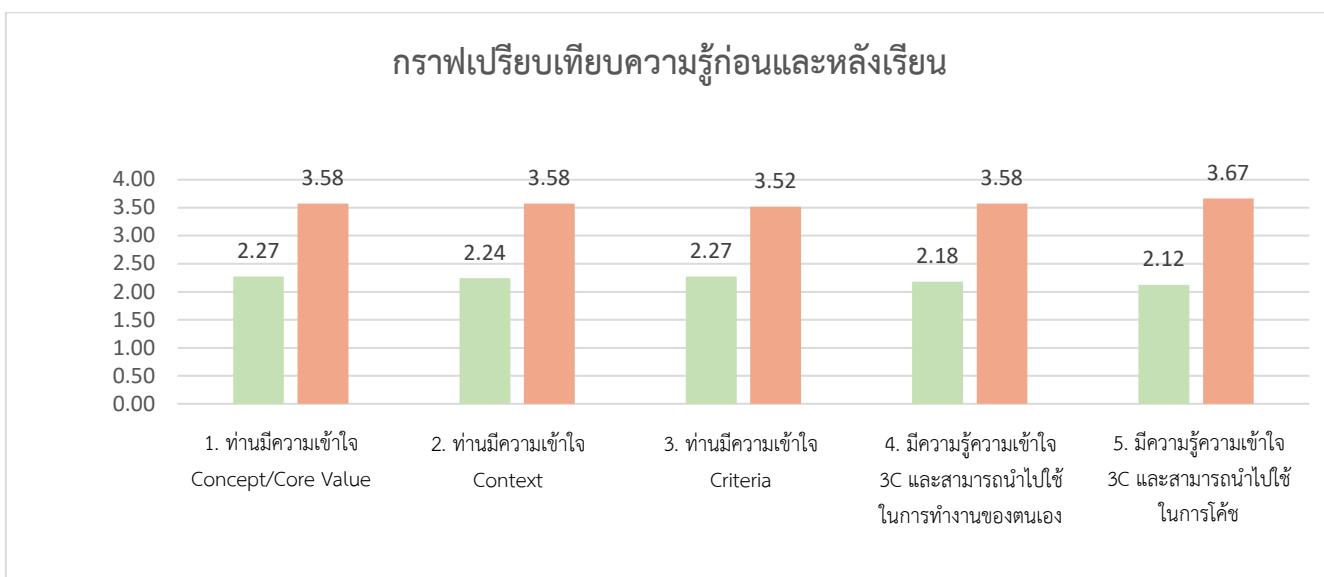
Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1. ท่านมีความเข้าใจ Concept/Core Value	0	1	15	9	8	33	2.27	45.45	0.86	น้อย
2. ท่านมีความเข้าใจ Context	0	0	16	9	8	33	2.24	44.85	0.82	น้อย
3. ท่านมีความเข้าใจ Criteria	0	1	15	9	8	33	2.27	45.45	0.86	น้อย
4. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ในการทำงานของตนเอง	0	0	14	11	8	33	2.18	43.64	0.80	น้อย
5. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ ในการโค้ช	0	0	14	9	10	33	2.12	42.42	0.84	น้อย

2. การประเมินหลังเรียน

Post test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1. ท่านมีความเข้าใจ Concept/Core Value	3	18	8	3	1	33	3.58	71.52	0.89	มาก
2. ท่านมีความเข้าใจ Context	5	16	7	3	2	33	3.58	71.52	1.05	มาก
3. ท่านมีความเข้าใจ Criteria	3	18	7	3	2	33	3.52	70.30	0.99	มาก
4. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ในการทำงานของตนเอง	5	16	7	3	2	33	3.58	71.52	1.05	มาก
5. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ ในการโค้ช	8	13	7	3	2	33	3.67	73.33	1.12	มาก

3. การประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

คำถาม	Pre test		Post test		P-Value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. ท่านมีความเข้าใจ Concept/Core Value	2.27	0.86	3.58	0.89	0.00
2. ท่านมีความเข้าใจ Context	2.24	0.82	3.58	1.05	0.00
3. ท่านมีความเข้าใจ Criteria	2.27	0.86	3.52	0.99	0.00
4. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ในการทำงานของตนเอง	2.18	0.80	3.58	1.05	0.00
5. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ ในการโค้ช	2.12	0.84	3.67	1.12	0.00



4. หลังการอบรม : การเรียนรู้ในวันนี้ท่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการโค้ชได้หรือไม่ อย่างไร

- ตามกรณีศึกษา ให้ผู้ป่วยได้รับยาภายใน 7 วันหลังพบเชื้อ
- อาจจะต้องไปโค้ชไม่ได้ค่ะ ต้องฝึกฝนมากขึ้นค่ะ
- นำไปประยุกต์ใช้กับงานที่ทำได้มากค่ะ
- สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้
- ประยุกต์ใช้ในการโค้ชได้เพิ่มขึ้น ได้รู้จักการเชื่อมโยงตั้งเป้าหมายมากขึ้น
- ได้ความรู้เป็นอย่างดี
- ค่อยกับทีมดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รพ. และศูนย์คุณภาพ เรื่องการดูแลผู้ป่วย
- การทำแบบประเมินตนเองของหน่วยงาน
- ได้บ้าง แต่ต้องเรียนรู้เพิ่มเติม

- นำมาวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางการดำเนินงาน
- จะต้องมีการวิเคราะห์บริบทของคนไข้และหน่วยบริการ ก่อนจะเริ่มกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- ได้คะแนนใน context มากขึ้น
- ต้องให้โรงพยาบาลเล่าสถานการณ์แล้วจับประเด็นว่าอันไหนเป็น context และหา GAP ของโรงพยาบาลนั้น ๆ
- ได้ โดยการนำความรู้ที่ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทกับโรงพยาบาลที่เราไปโค้ชตามหลัก 3C
- สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการโค้ชได้ เช่น ถ้าเราเป็นโค้ช HIV ของโรงพยาบาลจังหวัด เราก็นำ 3c อันนี้ไปใช้กับโรงพยาบาลในเครือข่ายของเราได้ เพื่อพัฒนางานคุณภาพด้าน HIV ให้มีคุณภาพมากขึ้น
- สามารถวิเคราะห์ concepts context และ criteria ของรพ.ตนเองได้
- ไปทบทวนตัวชี้วัดโดยใช้ 3 C เพื่อนำไปสู่การพัฒนาตามวงล้อ PDCA ต่อไปค่ะ
- ได้ การ Loss F/u
- ยังไม่มั่นใจค่ะ คิดว่าต้องกลับไปทบทวนบทเรียนซ้ำเพื่อทำความเข้าใจให้มากขึ้น
- ได้ค่ะ โดยการใช้หลัก 3C ในการค้นหาเป้าหมาย ความท้าทายรวมถึงปัญหาในการดูแลคนไข้ ในคลินิก โดยมีการใช้กระบวนการต่าง ๆ และวิธีการต่าง ๆ ในการค้นหาปัญหา อุปสรรค มาพร้อมด้วยมาตรฐานและข้อกำหนดเพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากขึ้น
- ยังก่ะ
- นำไปใช้ได้ ในประเด็นของ การเชื่อมโยงในส่วนของรพ.เอง เช่น 1). Criteria (รู้เกณฑ์) การใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย HIV (Part 3) 2.) Context (รู้โจทย์) บริบทของรพ. เช่น การเข้าถึงยาต้านไวรัส ที่ยังทำได้ไม่ดี มีข้อจำกัดจากอะไรบ้าง (สิทธิการรักษา , Lost F/U) แต่ในขณะเดียวกันรพ.เรามีจุดแข็งนโยบาย และการสนับสนุน และติดตามจากผู้นำเต็มที่ เป็นส่วนที่จะช่วยพัฒนาในส่วนนี้ได้ เป็นต้น และ 3) Core Values (รู้หลัก) คือค่านิยม ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV เช่น People Center , Management by fact , อดทนอดกลั้น และไม่เลือกปฏิบัติ เป็นต้น และนำไปกำหนด Purpose ซึ่งสามารถกำหนด purpose เพื่อขับเคลื่อน โดยใช้วงล้อ PDSA ได้ และยังสามารถแตกย่อยเป็น purpose ย่อย และวงล้อ PDSA ในแต่ละเรื่องได้
- ได้ ในการนำไปใช้เกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายของประเด็นที่เป็นปัญหาท้าทายที่จริง
- ใช้ในการประเมินตนเอง
- นำมาใช้กับชีวิตประจำวันได้
- แนะนำให้กลุ่มมองเห็นปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานได้มากขึ้น
- พอเข้าใจในการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย เพื่อออกแบบกระบวนการทำงาน ซึ่งต้องเข้าใจประเด็นให้ชัดเจน
- "ได้ค่ะ เช่นเรื่อง 95 ที่2 ในการเริ่มยาเร็ว
- ชวนดู context ของรพ

- ในส่วนผู้รับบริการ (ผู้ป่วยในกลุ่มต่าง ๆ ที่มารับบริการ เช่น oi vs non oi สิทธิการรักษา IPD OPD) รวมถึง ผู้ให้บริการ (เช่น stakeholder ที่เกี่ยวข้อง flow การบูรณาการ lean เป็นต้น)
 - ชวนดู criteria
 - ตามมาตรฐาน DSC ใช้เครื่องมือเช่น 13 care process SIPOC
 - ชวนดูcore value
 - เช่น integration communication empathy
 - ตั้งเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพ ในส่วนที่ยังมี gap อยู่ใช้แนวคิด 3C-DALI
 - การช่วยให้บททวนตนเองตามบริบทของเรากับมาตรฐานที่ต้องไปให้ถึง
 - นำไปโค้ชได้ เพื่อพัฒนางานคุณภาพให้ดีขึ้นโดยใช้ 3c DALI นำปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างทำงาน มาแก้ไขให้ดีขึ้น
 - ได้ เช่น การขาดนัด
5. หลังการอบรม : การเรียนรู้ในวันนี้ มีประเด็นการโค้ชที่ท่านไม่แน่ใจ และยังมีข้อสงสัยหรือไม่ หากมีข้อสงสัยโปรดระบุข้อความในประเด็นที่ท่านสงสัย
- อยากให้มีเคสตัวอย่างเพิ่มคะ
 - หากสะสมประสบการณ์ อาจจะสามารโค้ชได้คะ
 - อาจารย์ถ่ายทอด ยกตัวอย่างได้ชัดเจนมากคะ
 - ขอเรียนรู้ไปอีกก่อนคะ
 - 3c การแยกแยะ แบบไหน คือ อะไร ยังต้องทำความเข้าใจ
 - การค้นหา context สำคัญที่เป็น Gap การดูแลรักษาคนไข้ให้รับการรักษาเร็วและคงอยู่ในระบบ อย่างมีคุณภาพ กตเวริสสำเร็จ
 - ต้องกลับไปฝึกและทบทวนมากขึ้นคะ
 - ฟังโจทย์ไม่ทันช่วงที่อาจารย์กลับมาเล่าสถานการณ์ว่าจะให้ทำอะไร เลยทำให้ ไม่ได้จดสถานการณ์ของโรงพยาบาลนั้นไว้ และการมีส่วนร่วมเลยล่าช้าคะ
 - อยากให้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อต่อยอดต่อไปได้คะ
 - การเชื่อมโยง การนำ 3C ไปใช้กับหน้างาน
 - อยากได้ฟังกรณีศึกษาให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มความเข้าใจที่มากขึ้นคะ
 - การดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มีเชื้อเอชไอวี ให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน
 - บางครั้งบุคลากรอยู่ในบริบท นั้นจนชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลง ขอเทคนิคในสถานะโค้ช ด้วยคะ
 - ยังสับสนกับการเรียง 3 C อยู่บ้างคะ
 - การกำหนด Purpose ที่ชัดเจนในแต่ละประเด็นปัญหา จากการวิเคราะห์ ข้อมูล
 - ทำความเข้าใจตัวชี้วัดและมาตรฐานให้ชัดเจน
 - อยากให้เพิ่มการrole play การใช้เครื่องมือจริงในการโค้ชคะ
6. ประเมินความพึงพอใจการจัดกิจกรรม

ความพึงพอใจ	ระดับความพอใจ					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1					
1.ระดับความรู้ของท่าน (ก่อนการอบรม)	0	3	13	11	9	36	2.28	45.56	0.93	น้อย
2.ระดับความรู้ของท่าน (หลังการอบรม)	1	24	10	1	0	36	3.69	73.89	0.57	มาก
3.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการโค้ชของท่านได้ ในระดับใด	4	21	10	1	0	36	3.78	75.56	0.67	มาก
4.ประเมินวิทยากร [ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ]	9	24	3	0	0	36	4.17	83.33	0.55	มาก
5.ประเมินวิทยากร [มีวิธีการสอนให้น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน]	10	22	4	0	0	36	4.17	83.33	0.60	มาก
6.ประเมินวิทยากร [การอภิปรายและการตอบคำถามโดยวิทยากร]	10	23	3	0	0	36	4.19	83.89	0.57	มาก
7.ประเมินวิทยากร [การรักษาเวลา]	15	20	1	0	0	36	4.39	87.78	0.54	มากที่สุด
8.ประเมินการประสานงาน [ประสานงานการเข้าระบบเรียนทั้งก่อนและหลังจัดกิจกรรม]	10	16	9	1	0	36	3.97	79.44	0.80	มาก
9.ประเมินการประสานงาน [การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม]	10	16	9	1	0	36	3.97	79.44	0.80	มาก
10. ประเมินการประสานงาน [ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม]	8	20	6	2	0	36	3.94	78.89	0.78	มาก

ความพึงพอใจ	ระดับความพอใจ					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1					
11. ประเมินการประสานงาน [ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม]	8	21	6	1	0	36	4.00	80.00	0.71	มาก

หมายเหตุ การคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น : อันตรภาคชั้น = พิสัย / จำนวนชั้น

$$= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$= (5-1)/5$$

ความกว้างของอันตรภาคชั้น 0.80

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด
1.81 - 2.60	น้อย
2.61 - 3.40	ปานกลาง
3.41 - 4.20	มาก
4.21 - 5.00	มากที่สุด

7. ท่านอยากให้เราปรับปรุงอะไรในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

- ยกกรณีตัวอย่างมากขึ้น อยากได้ตัวอย่างที่วิเคราะห์
- ให้มีการสอนแบบนี้เรื่อย ๆ เลยค่า สะดวกในเวลาที่ไม่ต้องเดินทางไปอบรมที่ไกลๆค่า
- ประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า ไม่จำกัดผู้เข้าฟัง
- เพิ่มจำนวนผู้เข้าอบรม
- เพิ่มระยะเวลาค่ะ
- เพิ่มกรณีศึกษาเพื่อให้ทำความเข้าใจบทเรียนได้มากขึ้นค่ะ
- อยากให้ยกตัวอย่างการโค้ช หรือกรณีศึกษาต่าง ๆ มาแชร์ให้ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นภาพมากขึ้น
- ช่วงเวลาการอบรม ค่อนข้างสั้น เกินไป สำหรับสมาชิกใหม่ มีเวลาทำความเข้าใจกับเนื้อหาหน่อย เพิ่มเวลาเป็น 2 ชม.
- การกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
- ระบบการถ่ายทอด เข้าไม่ได้ ใช้เวลาในการเข้าระบบ

8. ท่านรู้สึกอย่างไร กับการจัดกิจกรรมในครั้งนี้

- ช่วยทำให้ทราบแนวทางการพัฒนางานด้านคุณภาพมากขึ้น
- เป็นการสอนให้มีการวิเคราะห์และพัฒนางานให้มีคุณภาพดีมากเลยค่า
- ดีค่ะ เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างต่างโรงพยาบาล

- ตื่นเต้นค่ะ ได้รับความรู้
- ให้ความรู้ดีมาก สอนวิเคราะห์ ทำให้เห็นภาพ
- ขอบคุณสำหรับ เพิ่มพูนความเข้าใจแบบง่ายๆ
- ดีมากค่ะ ได้ทบทวนความรู้ ได้เพิ่มเติมความรู้มากขึ้น
- รู้สึกว่าการโค้ชไม่ใช่สิ่งยาก แต่เราต้องรู้ขอบเขตและบริบทในสิ่งที่เราจะไปโค้ชให้ครบถ้วน
- ได้รับความรู้ที่ไม่เคยรู้และไม่ค่อยเข้าใจเพิ่มขึ้น
- ได้รับความรู้ที่ไม่เคยรู้มาก่อน เป็นการเชื่อมโยง 3 C สู่การปฏิบัติในผู้ป่วยเอชไอวี
- ชอบการจัดกิจกรรมนี้ เพราะเป็นการจูนความเข้าใจของทีม ไปพร้อม ๆ กัน
- ดีมากค่ะ ชัดเจน
- รู้สึกชอบ กระชับ ตรงประเด็น นำไปใช้งานได้
- เยี่ยมมาก ๆ ค่ะ
- มีประโยชน์มากในการนำมาใช้จริง
- เป็นหัวข้อที่น่าสนใจและสามารถนำไปใช้ในการทำงาน
- ชอบค่ะ เพราะได้เรียนรู้จากการบรรยายเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติ มีการยกตัวอย่างที่ทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น
- ดีมาก ทำให้เห็นระบบของตนเองชัดเจนขึ้น
- ดีมากค่ะได้แนวความคิดมาปรับใช้

ประตูแรกในการ Ending AIDS “หาให้พบ”

1. แนวคิด : เอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกต่างให้ความสำคัญ เพื่อยุติการแพร่กระจายโรค ประเทศไทยได้แสดงเจตนารมณ์อย่างมุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 โดยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ “ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา” โดย 1) “ไม่ติด” หมายถึงลดการติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่เหลือไม่เกิน 1,000 รายต่อปี 2) “ไม่ตาย” หมายถึงลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ 3) “ไม่ตีตรา” หมายถึงลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวี และเพศภาวะลงจากเดิมร้อยละ 90

ประเทศไทยมุ่งเน้นเป้าหมายการเข้าถึงบริการ 95-95-95 ภายในปี 2573 โดย
 95 ที่หนึ่ง หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ
 95 ที่สอง หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยต้านไวรัส
 95 ที่สาม หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถตรวจไม่เจอเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดจนไม่สามารถตรวจพบในเลือดได้

การได้ตามเป้าหมาย 95-95-95 จะทำให้ผู้ติดเชื้อเกือบทั้งหมดไม่แพร่เชื้ออีกต่อไป นำไปสู่เป้าหมายที่สำคัญที่สุด คือ การยุติปัญหาเอดส์ (ยุติโรคได้) สำหรับกิจกรรม ประตูแรกในการ Ending AIDS “หาให้พบ” จะเป็นการมุ่งผลลัพธ์ 95 ที่หนึ่ง โดยการจัดกิจกรรมครั้งนี้กำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้รับบริการในโรงพยาบาลและเป็นกลุ่มที่สำคัญ ใช้ DALI สร้างสรรค์การจัดบริการ การให้การปรึกษา เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) แบบใหม่ ให้สามารถค้นหากลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมคุ้มค่าทันเวลาก่อนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่ระบบการเจ็บป่วย และมีผลลัพธ์การรักษาที่ดีหลังกินยาต้านไวรัสเอดส์

2. วัตถุประสงค์:

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้วิธีการเรียนรู้จากสิ่งที่ทำแล้วโดยใช้ 3C-DALI

3. เนื้อหา/กิจกรรม

เวลา	เนื้อหา	วิทยากรหลัก
10 นาที	นำเข้าสู่บทเรียน : เป้าหมายการเข้าถึงบริการ 95-95-95	นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล
45 นาที	นำเสนอกรณีศึกษาโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สลับการอภิปรายและแลกเปลี่ยนกับผู้ร่วมกิจกรรม	น.ส.เจมจิรา มูลน้ำอ่าง นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล พญ.รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล
15 นาที	อภิปราย สรุปเทคนิคที่ได้จากการแลกเปลี่ยน	นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล
15 นาที	สรุปเทคนิคที่ได้จากการแลกเปลี่ยน	นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
5 นาที	AAR (รู้สึกอย่างไร สิ่งที่ได้เรียนรู้ และจะทำอะไรต่อไป	พญ.รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล

4. สื่อการเรียนรู้

- สไลด์ (Presentation) ประตู่แรกในการ Ending AIDS “ทำให้พบ” (ภาคผนวก 2)

5. ระยะเวลาในการ: 90 นาที

6. การประเมินผลการจัดกิจกรรม

1) การประเมินผลก่อนการอบรม

- คำอธิบาย ให้ท่านให้คะแนนความรู้ความเข้าใจของตนเองก่อน – หลังการอบรม เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1)

คำถามก่อนการอบรม	5	4	3	2	1
1. ท่านมีความเข้าใจ Concept/Core Value					
2. ท่านมีความเข้าใจ Context					
3. ท่านมีความเข้าใจ Criteria					
4. ท่านมีความเข้าใจ DALI					
5. ท่านมีความเข้าใจ 3C/DALI และนำไปประยุกต์ใช้ในการตรวจหาการติดเชื้อ Anti-HIV					
6. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ ในการโค้ช					

2) การประเมินผลหลังการอบรม

- คำอธิบาย ให้ท่านให้คะแนนความรู้ความเข้าใจของตนเองก่อน – หลังการอบรม เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1)

คำถามหลังการอบรม	5	4	3	2	1
1. ท่านมีความเข้าใจ Concept/Core Value					
2. ท่านมีความเข้าใจ Context					
3. ท่านมีความเข้าใจ Criteria					
4. ท่านมีความเข้าใจ DALI					
5. ท่านมีความเข้าใจ 3C/DALI และนำไปประยุกต์ใช้ในการตรวจหาการติดเชื้อ Anti-HIV					
6. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ ในการโค้ช					

- หลังการอบรม : การเรียนรู้ในวันนี้ท่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพิ่มความครอบคลุมการตรวจหาการติดเชื้อ Anti-HIV (95-1) ในประเด็นใดบ้าง ?

.....

.....

.....

- หลังการอบรม : ท่านมีประเด็นใดที่ยังไม่เข้าใจและต้องการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

.....

.....

.....

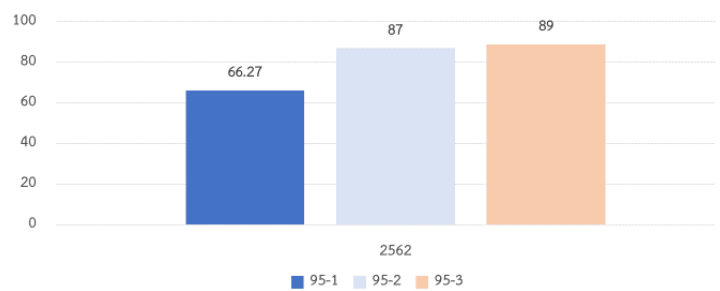
7. สรุปการเรียนรู้จากกิจกรรม

เนื้อหา :

จาก 3 เป้าหมายของตัวชี้วัดในการรักษาโรคเอชไอวี ได้แก่ เป้าหมาย 95-95-95 คือ เป้าหมาย 95 ที่หนึ่ง (95-1) หมายถึง ร้อยละ95ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าตนเองติดเชื้อ เป้าหมาย 95ที่สอง (95-2) หมายถึง ร้อยละ95ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และเป้าหมาย 95ที่สาม (95-3) หมายถึง ร้อยละ95ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถกดเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดจนไม่สามารถตรวจพบในเลือดได้

“ประตูแรกในการ Ending Aids หาให้พบ” คือ เป้าหมาย 95ที่หนึ่ง (95-1) ร้อยละ95ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าตนเองติดเชื้อ โดยในวันนี้ใช้กรณีศึกษา ที่ครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เฉพาะบางพื้นที่ที่สำคัญและดำเนินการได้ง่าย ได้แก่ กรณีศึกษาของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ พบว่าในปี 2562 สถานการณ์การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 66.27 % ทั้งนี้ในฐานะที่ผู้เข้าอบรมเป็นโค้ช จะตั้งคำถามเพื่อให้ความช่วยเหลือโรงพยาบาลอย่างไร

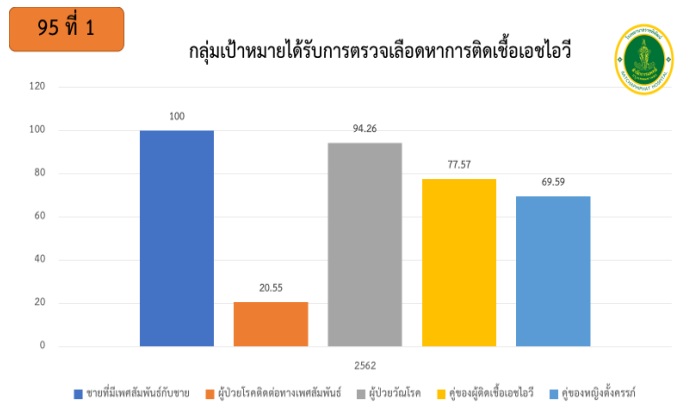
สถานการณ์การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี รพ.ราชพิพัฒน์ ปี 2562



(ตัวอย่างประเด็นคำตอบ)

- ความครอบคลุมผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเอชไอวีทุกกลุ่มหรือไม่
- จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจเอชไอวีทั้งรพ.จำนวนเท่าใด
- กลุ่มเป้าหมายผล negative ได้รับการ retain เท่าใด
- มีแนวทางการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนอย่างไร
- ผลของตัววัด95-1 ใช้สูตรคำนวณอย่างไร และได้จากกลุ่มผู้ป่วยของหน่วยงาน/แหล่งข้อมูลใด
- กำหนดกลุ่มเป้าหมายอย่างไร
- มีกลยุทธ์อะไรในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วย
- ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ควรให้ความสำคัญในการค้นหา
- ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษา ทราบสาเหตุหรือไม่

สรุปผลกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2562 ของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์จำนวน 5 กลุ่ม พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีผลมากที่สุดคือ 100% รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค 94.26% กลุ่มคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 77.57% กลุ่มคู่ของหญิงตั้งครรภ์ 69.59% และน้อยที่สุดคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ 20.55% ทั้งนี้ในฐานะที่ผู้เข้าอบรมเป็นโค้ช จะตั้งคำถามเพื่อให้ความช่วยเหลือโรงพยาบาลอย่างไร



ตัวอย่างประเด็นคำตอบ

- จะเห็นได้ว่าผลลัพธ์กลุ่มผู้ป่วยชายมีเพศสัมพันธ์กับชายได้เกินเป้าหมาย (ครบ100%)หากได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมเรียนรู้ว่ามีกระบวนการเช่นไรจึงสามารถให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการจะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลและสามารถต่อยอดไปยังกลุ่มอื่นได้
- หน่วยงานใดที่พบกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด และกลุ่มผู้ป่วยใดมารับบริการมากที่สุด
- ผู้ป่วยกลุ่ม STI ส่วนใหญ่ส่งมาจากแผนกใด และสาเหตุใดที่กลุ่มSTIส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
- กลุ่ม MSM ตรวจพบที่หน่วยงานใดบ้าง
- สาเหตุใดที่กลุ่มเป้าหมายจึงไม่ได้รับการตรวจรักษา
- แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเอชไอวีของแต่ละกลุ่มเสี่ยงเป็นอย่างไร
- โรงพยาบาลทราบว่าเป็นกลุ่ม MSMก่อนตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้อย่างไร
- สาเหตุที่ผลลัพธ์ของกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีจำนวนน้อยที่สุดเพราะอะไร

การนำ 3C DALI เข้าสู่การปฏิบัติ :

Context ของโรงพยาบาลที่บรรลุเป้าหมาย และไม่บรรลุเป้าหมาย มีดังนี้

การบรรลุเป้าหมาย :

กลุ่ม MSM รับทราบสิทธิการรักษา มีความระมัดระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง
 กลุ่ม TB มีระบบคัดกรองวัณโรคในการจัดการบริการ และเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเข้าข่ายเป็นวัณโรคจะนำส่งไปที่คลินิกวัณโรคพร้อมได้รับการตรวจเอชไอวี 100% ซึ่งถือเป็นแนวทางปฏิบัติจะมีLabและชุดตรวจTBพร้อมบริการ กรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจะได้รับการตรวจเอชไอวีตั้งแต่วันแรกโดยอายุรแพทย์จะเป็นผู้สั่งตรวจ

การไม่บรรลุเป้าหมาย :

กลุ่มSTIs ยังไม่มีคลินิกโดยเฉพาะ ผู้ป่วยจะอยู่หลายแผนก /ไม่มีการบันทึกข้อมูลการวินิจฉัย
 กลุ่มANC ศักยภาพของบุคลากรใหม่ยังไม่สามารถให้บริการVCTในการชวนให้คู่เข้ารับการตรวจหาเชื้อได้ และยังพบปัญหาการชวนคู่เข้ารับการตรวจเชื้อ

บริบทคู่มือตั้งครรภ์และผู้ติดเชื้อต่างจาก TB STIs อย่างไร :

- ผู้ติดเชื้อบางครั้งไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ แต่หญิงตั้งครรภ์จะทราบ
- ผู้ติดเชื้ออาจไม่มีอาการป่วยจึงไม่เห็นความจำเป็นในการเข้ารับการตรวจ
- คู่ของผู้ติดเชื้อบางคู่ไม่เปิดเผยผลเลือดให้รับทราบตั้งแต่แรก
- คู่ของหญิงตั้งครรภ์จะเสนอการตรวจเอชไอวีได้ง่ายเนื่องจากมีแนวทางชัดเจนสำหรับคู่ของหญิงตั้งครรภ์ แต่คู่ของผู้ติดเชื้อบางคนเคยตรวจเชื้อแล้วผลเป็นลบ หรือตนเองยังแข็งแรงจึงคิดว่าไม่มีความเสี่ยง ไม่เข้ารับการตรวจเชื้อซ้ำ ขาดแรงจูงใจในการมาตรวจเชื้อที่โรงพยาบาล การไม่บอกผลเลือด Anti HIV ทำให้ยากสำหรับการให้คู่มารตรวจเลือด หรือการมีคู่นอนที่ไม่ประจำ

บริบทใดที่ทำให้ผู้รับบริการเข้ามาหาได้ดี :

- มีระบบชุดการตรวจเชื้อเอชไอวีให้กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคทุกราย
- มีแนวทางการดูแลกลุ่มผู้ป่วยTBที่ชัดเจน
- มีแผนก มีผู้รับผิดชอบ และการประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน แบบ One Stop Service เป็นมิตร เข้าถึงง่าย รับรู้สิทธิใน MSM และรับรู้ความเสี่ยงของกลุ่มผู้ป่วย
- มี protocol ในการเจาะเลือด (TB)

ความแตกต่างระหว่าง TB และ STIs

TB	STIs
มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน	ไม่มีคลินิก กระจายหลายหน่วยงาน
สภาวะโรคเปิดเผยได้ มีคลินิก	ยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน
มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ทำให้การสื่อสารเรื่องการติดตามการตรวจรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จากผู้สัมผัสใกล้ชิด	ไม่มีการกำกับจากนโยบาย
	ติดตามยากกว่า TB
	รักษาด้วยตนเองได้ ไม่รบกวนชีวิตเหมือน TB
	เป็น One Night Stand ทำให้ติดตามได้ยาก

ความแตกต่างระหว่าง MSM และ TB

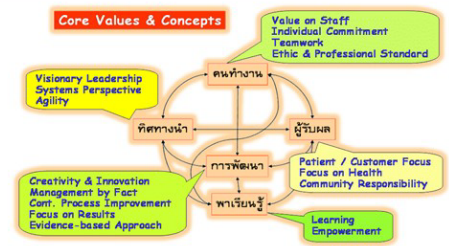
MSM	TB
กลุ่มผู้ป่วยไม่เปิดเผย ต้องใช้ผู้นำชุมชนค้นหากลุ่ม	กลุ่มผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล
กลุ่มผู้ป่วยทราบความเสี่ยงและประเมินตนเองได้	การให้ความรู้กับผู้รับบริการ กลุ่มเสี่ยงของเจ้าหน้าที่มีความชัดเจน มีแนวปฏิบัติ มีตัวชี้วัดกำกับ
กลุ่มผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับรักษาด้วยตนเอง	โรงพยาบาลเสนอให้บริการ มีการจัดบริการแบบแพ็คเกจ

การนำค่านิยมของHA เข้ามาเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

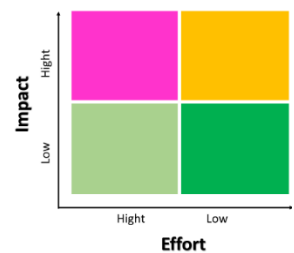
พิจารณาเลือกค่านิยม

- **System Perspective** ได้แก่องค์กรเป็นหนึ่งเดียว มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน
- **Learning Empowerment** ในกลุ่ม STIs Management by fact สื่อสารในองค์กร ใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิดการตื่นตัวของรพ. และติดตามในกลุ่ม STIs
- **Teamwork** กำหนดผู้รับผิดชอบ มีการประชุมวางแผน Focus on health และ Focus on result
- Patient- Customer focus on health ให้กลุ่มผู้ป่วย STIs เชื่อมโยงร่วมกับงานต่าง ๆ

ค่านิยมและแนวคิดหลักของ HA



พิจารณาว่ามาตรฐานที่จะนำไปใช้เห็น ควรนำค่านิยมและแนวคิดหลักในอดีตมาหนุนเสริม ทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานเป็นไปอย่างลึกรឹងร้น ทำให้ค่านิยม แนวคิดหลักฝังลึกเป็นวัฒนธรรมของทีมงาน



การลำดับความสำคัญ (Set Priority) กลุ่มใดมีโอกาสพบมาก (Impact)

Purpose : ทำให้กลุ่มเป้าหมายตรวจหาการติดเชื้อได้ 95% ภายใน 2 ปี

1. คู่ของผู้ติดเชื้อ (ตั้งเป้าหมายบรรลุ95% ภายใน 1 ปี)
2. คู่ของหญิงตั้งครรภ์ (ตั้งเป้าหมายบรรลุ95% ภายใน 1 ปี)
3. ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ตั้งเป้าหมายบรรลุ95% ภายใน 2 ปี)

Design :

1. ลักษณะหรือภาพความสำเร็จเมื่อบรรลุเป้าหมายเป็นอย่างไร
2. ทำอย่างไรให้เห็นภาพนั้น (How the success look like)

ลักษณะหรือภาพความสำเร็จเมื่อบรรลุเป้าหมายของกลุ่มคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เป็นอย่างไร

1. ครอบครัวทั้งสามีและภรรยาให้ความสำคัญกับลูกที่จะเกิดมา สามีตระหนักในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
2. โรงพยาบาลสามารถจัดบริการในรูปแบบแพ็คเกจมาเป็นคู่
3. การบริการที่มีความยืดหยุ่น เช่น วิธีการมาคลอด เช่นไรก็ได้ แต่ให้ทันเวลา
4. คู่หญิงตั้งครรภ์ สามารถตรวจได้หลายจุดบริการ เช่น ANC LR PP

ทำอย่างไรให้เห็นภาพนั้น (How the success look like)

1. คลินิกARV จัดทำทะเบียนผู้ติดเชื้อ / คู่ของผู้ติดเชื้อ คัดกรองด้วยคำถาม กรณีเปิดเผยในวันที่มารับยา นัดหมายวันเวลาให้พาคู่มาตรวจ จัดบริการที่เป็นมิตร ลดเวลาการรอคอย
2. คู่ไม่ชัดเจน เชิญชวนให้คู่มารับบริการด้วย โดยมีช่องทางบริการแบบ one stop
3. HIV Co-แนะนำให้พาคู่มาตรวจทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมา สร้างช่องทาง ประสานการส่งตรวจที่สะดวก
4. ออกแบบการเชื่อมโยงข้อมูลไปในส่วนคลินิก HIV และมีระบบการ alert ผล เพื่อให้คำปรึกษาในการตรวจ HIV
5. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง เกิดความไว้วางใจ ทำให้เปิดใจ

สรุป :

กระบวนการแก้ปัญหาต่าง ๆ หากยังไม่สามารถแก้ไขได้ ไม่ถือว่าเป็นประเด็นที่เสียหาย ทั้งนี้ต้องเข้าใจสถานการณ์อย่าง Insight ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญ 18 เม.ย.66 หัวข้อ 95 ที่2 เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาให้ครบ

8. สรุปผลการจัดกิจกรรม

กิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี ครั้งที่ 2 หัวข้อ ประตุแรกในการ ending aids “ทำให้พบ ในวันที่ 5 เมษายน 2566 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 67 คน โดยมีผลลัพธ์การประเมินประมวผลจากผู้ที่ทำแบบประเมินทั้งก่อนและหลังเรียน จำนวน 20 คน ดังนี้

1. การประเมินก่อนเรียน

Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1. ท่านมีความเข้าใจ Concept/Core Value	0	3	9	9	2	23	2.57	51.30	0.82	น้อย
2. ท่านมีความเข้าใจ Context	0	3	9	9	2	23	2.57	51.30	0.82	น้อย
3. ท่านมีความเข้าใจ Criteria	0	3	9	10	1	23	2.61	52.17	0.77	ปานกลาง
4. ท่านมีความเข้าใจ DALI	0	3	7	10	3	23	2.43	48.70	0.88	น้อย
5. ท่านมีความเข้าใจ 3C/DALI และนำไปประยุกต์ใช้ในการตรวจหาการติดเชื้อ Anti-HIV	0	3	7	10	3	23	2.43	48.70	0.88	น้อย
6. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ ในการโค้ช	0	2	9	9	3	23	2.43	48.70	0.82	น้อย

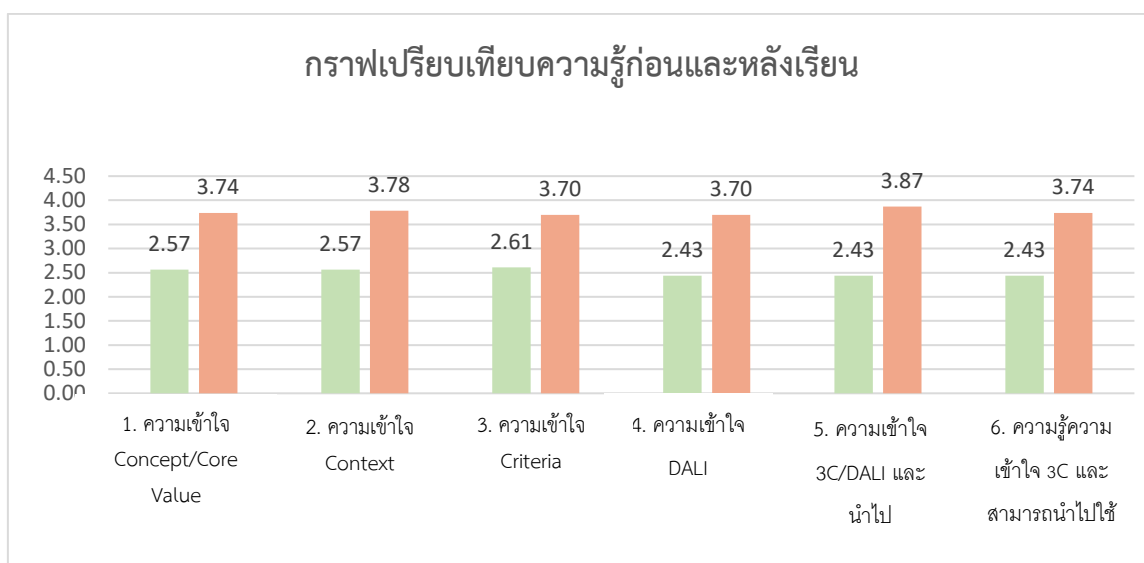
2. การประเมินหลังเรียน

Post test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1. ท่านมีความเข้าใจ Concept/Core Value	5	9	7	2	0	23	3.74	74.78	0.90	มาก
2. ท่านมีความเข้าใจ Context	5	10	6	2	0	23	3.78	75.65	0.88	มาก
3. ท่านมีความเข้าใจ Criteria	3	12	6	2	0	23	3.70	73.91	0.80	มาก
4. ท่านมีความเข้าใจ DALI	3	12	6	2	0	23	3.70	73.91	0.80	มาก

Post test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
5. ท่านมีความเข้าใจ 3C/DALI และนำไปประยุกต์ใช้ในการตรวจหาการติดเชื้อ Anti-HIV	7	8	6	2	0	23	3.87	77.39	0.95	มาก
6. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ ในการโค้ช	5	10	5	3	0	23	3.74	74.78	0.94	มาก

3. การประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม start

คำถาม	Pre test		Post test		P-Value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. ท่านมีความเข้าใจ Concept/Core Value	2.57	0.82	3.74	0.90	
2. ท่านมีความเข้าใจ Context	2.57	0.82	3.78	0.88	
3. ท่านมีความเข้าใจ Criteria	2.61	0.77	3.70	0.80	
4. ท่านมีความเข้าใจ DALI	2.43	0.88	3.70	0.80	
5. ท่านมีความเข้าใจ 3C/DALI และนำไปประยุกต์ใช้ในการตรวจหาการติดเชื้อ Anti-HIV	2.43	0.88	3.87	0.95	
6. มีความรู้ความเข้าใจ 3C และสามารถนำไปใช้ ในการโค้ช	2.43	0.82	3.74	0.94	



4. หลังการอบรม : การเรียนรู้ในวันนี้ท่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพิ่มความครอบคลุมการตรวจหาการติดเชื้อ Anti-HIV (95-1) ในประเด็นใดบ้าง ?
- การนำ 3C มาประยุกต์ใช้ รวมไปถึงการตั้งกลุ่มเป้าหมายกำหนดระยะเวลาให้ชัดเจน
 - การเข้าถึงบริการ
 - กลุ่มประชากรเป้าหมายที่ต้องค้นหาตามบริบทของพื้นที่
 - แนวทางการรับคนไข้ HIV จากผู้เข้าร่วมประชุมต่าง ๆ
 - การค้นหากลุ่มเสี่ยง HIV
 - ปรับกลยุทธ์การทำงาน
 - แนวทางการนำคำของผู้ติดเชื้อมาตรวจ
 - รู้จักการตระหนักถึงการตรวจมากขึ้น
 - พัฒนาแนวทางการทำงานเพื่อเพิ่ม 95 ที่ 1
 - กลุ่มเป้าหมาย STIs ควรมีการวางแผนและหาผู้รับผิดชอบหลัก กำหนดชัดเจน ทุกหน่วยงาน ร่วมกันค้นหา
 - กลุ่มผู้รับบริการในรพ.ที่เป็น KP
 - เข้าใจ 3 C ของตนเองก่อนค่อยมาออกแบบระบบบริการให้เข้ากับกลุ่มที่ยังมี GAP
 - การวางระบบใน รพ.
 - การค้นหาปัญหาและแนวทางปิด GAP
 - การจัดลำดับความสำคัญกลุ่มเสี่ยง
 - ทบทวนการคัดกรอง & ส่งต่อ เพื่อคัดกรองการตรวจเอชไอวีใน key pop ต่าง ๆ
 - เรียงความสำคัญและจัดกลุ่มในการตรวจเอชไอวี ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
 - ตั้งคลินิก STI เพื่อให้ครอบคลุม 95-1
 - การนำ Core Value มาช่วยในการพัฒนา เพื่อปิด gap ในการเข้าถึงการตรวจในกลุ่มที่ high risk เพื่อให้เกิด impact สูงขึ้น
 - หากกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงให้เจอ แล้วเอาข้อมูลสถิติจาก management by fact มาจับแล้วเอามาทำแนวปฏิบัติให้เหมาะสมแต่ละจุดหน่วยบริการ
 - ถ้ามั่นใจเรื่องตัวชี้วัดที่ทำได้ไม่ดี
 - STI, Partner
 - การรู้เขา รู้เรา นำปัญหาวิเคราะห์ และวางแผนงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย
 - การค้นหาเคสให้ได้ 95%
5. หลังการอบรม : ท่านมีประเด็นใดที่ยังไม่เข้าใจและต้องการเรียนรู้เพิ่มขึ้น
- การเข้าถึงรวมถึงตัวอย่างการนำค่านิยมแนวคิดหลักของ HA Core & Value and Concepts มาใช้ปฏิบัติในหน่วยงานจริง
 - เกี่ยวกับการสื่อสารหรือทักษะที่ดีของผู้ให้บริการ

- การบูรณาการในการนำไปใช้อย่างเป็นระบบ และเกิดความต่อเนื่อง
- การออกแบบ แนวคิด
- เข้าใจ
- อาจารย์สอนได้เข้าใจคะ แต่ต้องทบทวนและนำมาประยุกต์ใช้
- ฟังย้อนหลัง เนื้อหาน่าสนใจมาก ๆ ครับ
- ศึกษา core value ต่าง
- ต้องการเข้าใจ core value context criteria ให้ชัดเจนขึ้น
- เรื่อง Criteria เพราะรู้สึกว่ เกณฑ์ของประเทศชาติ ตาม National guideline เขียนกว้าง เป็นอะไรที่ต้องมาตีความ ทำให้รู้สึกว่ การจะออกแบบทำอะไรต่อเพื่อให้ถึงตามเกณฑ์ยากคะ
- ต้องทำความเข้าใจหลังบทเรียนหลายๆรอบ และบางครั้งฟังโจทย์ของวิทยากรไม่เข้าใจ
- เข้าใจมากขึ้น แต่จะไปทบทวนอีกคะ
- innovative intervention
- เอาเคสมานำเสนอแล้วเอามาแก้ปัญหาพร้อมกันอีกคะ

6. ประเมินความพึงพอใจการจัดกิจกรรม

ความพึงพอใจ	ระดับความพอใจ					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1					
1.ระดับความรู้ของท่าน (ก่อนการอบรม)	1	3	9	6	1	20	2.85	57.00	0.91	ปานกลาง
2.ระดับความรู้ของท่าน (หลังการอบรม)	3	15	2	0	0	20	4.05	81.00	0.50	มาก
3.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการโค้ชของท่านได้ ในระดับใด	5	12	3	0	0	20	4.10	82.00	0.62	มาก
4.ประเมินวิทยากร [ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ]	12	9	1	0	0	22	4.50	90.00	0.58	มากที่สุด
5.ประเมินวิทยากร [มีวิธีการสอนที่น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน]	10	9	1	0	0	20	4.45	89.00	0.59	มากที่สุด

ความพึงพอใจ	ระดับความพอใจ					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1					
6.ประเมินวิทยากร [การอภิปรายและการตอบ คำถามโดยวิทยากร]	11	9	0	0	0	20	4.55	91.00	0.50	มากที่สุด
7.ประเมินวิทยากร [การรักษาเวลา]	12	8	0	0	0	20	4.60	92.00	0.49	มากที่สุด
8.ประเมินการประสานงาน [ประสานงานการเข้าระบบเรียน ทั้งก่อนและหลังจัดกิจกรรม]	7	10	3	0	0	20	4.20	84.00	0.68	มาก
9.ประเมินการประสานงาน [การ ประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม]	7	8	5	0	0	20	4.10	82.00	0.77	มาก
10. ประเมินการประสานงาน [ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมี ความเหมาะสม]	6	9	4	1	0	20	4.00	80.00	0.84	มาก
11. ประเมินการประสานงาน [ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมมี ความเหมาะสม]	6	9	3	2	0	20	3.95	79.00	0.92	มาก

หมายเหตุ การคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น : อันตรภาคชั้น = พิสัย / จำนวนชั้น

$$= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$= (5-1)/5$$

ความกว้างของอันตรภาคชั้น 0.80

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด
1.81 - 2.60	น้อย
2.61 - 3.40	ปานกลาง
3.41 - 4.20	มาก
4.21 - 5.00	มากที่สุด

7. ท่านอยากให้เราปรับปรุงอะไรในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป
 - พูดช้ากว่านี้ดีนึ่ง
 - เพิ่มเวลาค่ะ
 - การยกตัวอย่างเคส
 - การกระตุ้นการมีส่วนร่วมผู้เข้าประชุมแสดงความคิดเห็นดีแล้วค่ะ แต่รูปแบบการให้คะแนนผู้ร่วมกิจกรรม ไม่เอื้อ กับผู้ที่เข้าดูภายหลัง เนื่องจากติดภารกิจ
 - อยากให้จัดกิจกรรม ที่ไม่อยู่ในช่วงปฏิบัติงานค่ะ
8. ท่านรู้สึกอย่างไร กับการจัดกิจกรรมในครั้งนี้
 - ได้คิดวิเคราะห์สู่การนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม
 - ดีมากค่ะ
 - ดีใจที่ได้เข้าร่วม แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อนำมาปรับใช้ใน รพ.
 - ชอบคุณมาก ๆ ครับ
 - ได้แนวคิดและกระบวนการ และที่สำคัญอาจารย์สอนสนุกมาก ๆ ครับ
 - Active learning มากค่ะ
 - เวลานั้นน้อยค่ะ มีกิจกรรม ตื่นเต้นค่ะ
 - รู้สึกชอบ มาก สนใจจะพยายามเข้าฟังทุกครั้งค่ะ
 - ชอบที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมมากขึ้นกว่าครั้งแรกค่ะ / สนุกที่มีแต้มให้คะแนน / มีของล่อใจเป็นรางวัล
 - สนุกเพราะมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้เข้าร่วมอบรมมากขึ้น
 - เนื้อหา ดี นำไปใช้ประโยชน์ กับการทำงานได้
 - ชอบคุณสำหรับ เพิ่มพูนความเข้าใจแบบง่ายๆ
 - ดีมากคะ ได้ทบทวนความรู้
 - ได้เพิ่มเติมความรู้มากขึ้น
 - รู้สึกได้รับความรู้
 - รู้สึกว่าการโค้ชไม่ใช่สิ่งยาก แต่เราต้องรู้ขอบเขตและบริบทในสิ่งที่เราจะไปโค้ชให้ครบถ้วน
 - ได้รับความรู้ที่เพิ่มขึ้น
 - ได้ความรู้ที่ไม่เคยรู้และไม่ค่อยเข้าใจเพิ่มขึ้น
 - ได้ความรู้ที่ไม่เคยรู้มาก่อน เป็นการเชื่อมโยง 3 C สู่การปฏิบัติในผู้ป่วยเอชไอวี
 - ดีมากค่ะ
 - ชอบการจัดกิจกรรมนี้ เพราะเป็นการจูนความเข้าใจของทีม ไปพร้อม ๆ กัน
 - ดีมากค่ะ ชัดเจน
 - รู้สึกชอบ กระชับ ตรงประเด็น นำไปใช้งานได้
 - เยี่ยมมาก ๆ ค่ะ

- มีประโยชน์มากในการนำมาใช้จริง
- เป็นหัวข้อที่น่าสนใจและสามารถนำไปใช้ในการทำงาน
- ชอบค่ะ เพราะได้เรียนรู้จากการบรรยายเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติ มีการยกตัวอย่างที่ทำให้เข้าใจ
เนื้อหามากขึ้น
- ดีมาก ทำให้เห็นระบบของตนเองชัดเจนขึ้น
- ดีมากค่ะได้แนวความคิดมาปรับใช้

เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ

1. แนวคิด :

ประเทศไทยได้เข้าร่วมโครงการการเข้าถึงบริการ ตั้งแต่ปี 2557 และตั้งเป้าหมาย 95-95-95 ในปี 2573 ในส่วนของ 95 ที่ 2 หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานะการติดเชื้อแล้วต้องได้รับการรักษา ร้อยละ 95 ดังนั้น เมื่อเพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายนี้ ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ติดเชื้อรู้สถานะบวกเมื่อได้รับบริการ Post-test counseling
- 2) ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการลงทะเบียนของการรักษา (ARV register)
- 3) ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการดูแล **ก่อนการรับยาต้านไวรัส**
 - ก. การประเมินผู้ติดเชื้อเบื้องต้น
 - ข. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - ค. การให้การปรึกษา/ให้ความรู้ เตรียมความพร้อมก่อนการรับยาต้านไวรัส
- 4) ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษาต้านไวรัส โดยแพทย์
- 5) ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่อง หลังการรับยาต้านไวรัส

ผลผลิต (Output) ที่ได้รับในแต่ละขั้นตอนจะมีการเชื่อมโยงกันและนำไปสู่เป้าหมายสุดท้าย เมื่อจบ 5 กระบวนการนี้คือผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในเป้าหมายของ 95 ที่ 2 นั้น จะเป็นการเฝ้าติดตามผู้ติดเชื้อทุกรายหลังได้รับยาตลอดเวลาให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องเมื่อมีการขาดหายไป ไม่ได้รับยาเมื่อไร เป้าหมายตัวนี้ก็จะลดลง โดยการจัดกิจกรรมครั้งนี้ เน้นเรื่องการโค้ชเพื่อมุ่งเป้าหมายผู้ที่มี ผลเลือดเป็นบวกได้รับการรักษาครบถ้วน โดย เร็วยาเร็ว ลดป่วย ลดตาย ลดการสูญหายไปจากระบบ (Loss to follow up)

2. วัตถุประสงค์:

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้วิธีการเรียนรู้จากสิ่งที่ทำแล้วโดยใช้ 3C-DALI เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ 95-2 : ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส

3. เนื้อหา/กิจกรรม

เวลา	เนื้อหา	วิทยากรหลัก
15 นาที	นำเข้าสู่บทเรียน : เป้าหมายการเข้าถึงบริการ 95-2	นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล
30 นาที	นำเสนอกรณีศึกษาโรงพยาบาลกลาง สลับการอภิปรายและแลกเปลี่ยนกับผู้ร่วมกิจกรรม	นางวนิดา ว่องทรง นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล
10 นาที	สรุป Intervention ที่โรงพยาบาลกรณีศึกษาใช้ดำเนินการ	นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล อ.วรวรรณ ใฝ่กระโทก
15 นาที	แลกเปลี่ยนประสบการณ์	นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล

เวลา	เนื้อหา	วิทยากรหลัก
		นพ.อร่าม ลีมิตรสกุล พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล
10 นาที	สรุปเทคนิคที่ได้จากการแลกเปลี่ยน	นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล
10 นาที	AAR (รู้สึกอย่างไร สิ่งที่ได้เรียนรู้ และจะทำอะไรต่อไป	พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล

4. สื่อการเรียนรู้

- สไลด์ (Presentation) : ภาคผนวก 3: 95-2 “เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ”

5. ระยะเวลาดำเนินการ: 90 นาที

6. การประเมินผลการจัดกิจกรรม

1) การประเมินผลก่อนการอบรม

- คำอธิบาย ให้ท่านให้คะแนนความรู้ความเข้าใจของตนเองก่อน – หลังการอบรม เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1)

คำถามก่อนการอบรม	5	4	3	2	1
1.ระบบการให้การปรึกษา การตรวจและการแจ้งผลเลือด HIV					
2. การแจ้งผลตรวจเลือดให้แก่ผู้ติดเชื้อในวันเดียว (same day result)					
3. ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังทราบผลเลือด					
4. การมีระบบในการติดตามความครอบคลุมการได้รับยาต้านไวรัส					
5. การส่งไปรับยาต่อตามสิทธิ์ของผู้ป่วย					

2) การประเมินผลหลังการอบรม

- คำอธิบาย ให้ท่านให้คะแนนความรู้ความเข้าใจของตนเองก่อน – หลังการอบรม เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1)

คำถามหลังการอบรม	5	4	3	2	1
1.ระบบการให้การปรึกษา การตรวจและการแจ้งผลเลือด HIV					
2. การแจ้งผลตรวจเลือดให้แก่ผู้ติดเชื้อในวันเดียว (same day result)					
3. ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังทราบผลเลือด					
4. การมีระบบในการติดตามความครอบคลุมการได้รับยาต้านไวรัส					
5. การส่งไปรับยาต่อตามสิทธิ์ของผู้ป่วย					

- หลังการอบรม : การเรียนรู้ในวันนี้ท่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพิ่มความครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในประเด็นใดบ้าง ?

.....

.....

.....

- หลังการอบรม : ท่านมีประเด็นใดที่ยังไม่เข้าใจและต้องการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

.....

.....

.....

7. สรุปการเรียนรู้จากกิจกรรม

จากการอบรมครั้งที่ผ่านมา ได้ผ่านเป้าหมาย 95 ที่หนึ่ง (95-1) ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทราบว่าตนเองติดเชื้อ ต้องพยายามทำให้ผู้ติดเชื้อทราบว่าตนเองติดเชื้อให้ได้มากที่สุด สำหรับวันนี้จะเข้าสู่เป้าหมาย 95 ที่สอง (95-2) คือ ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

กิจกรรม : ผลลัพธ์ 95-2 ของโรงพยาบาลท่านเป็นอย่างไร

ผู้เข้าร่วมประชุมแจ้งจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 95-2 ดังนี้ 97 95 93 91 85 85 70% ตามลำดับ

ประโยชน์ของผลลัพธ์ 95-2 ได้แก่

1. ประเด็นความสำคัญ : ทำให้ทราบว่าผลลัพธ์ของแต่ละโรงพยาบาลว่าอยู่ในระดับใดเมื่อเทียบกับเป้าหมาย 95 จากที่ผู้ติดเชื้อทราบว่าตนเองติดเชื้อจำนวนเท่าไรแล้ว (95-1) แต่ผลลัพธ์การเข้าสู่กระบวนการรักษามีจำนวนน้อย จะทำให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วย และเกิดการแพร่กระจายโรค ที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมีการแพร่กระจายเชื้อมากที่สุด คือ ประมาณ 200 คนต่อคนต่อปี ดังนั้นถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยเร่งด่วนที่ต้องหาทางให้เข้าสู่กระบวนการรักษา นอกจากนั้นความปลอดภัยของคนในครอบครัวตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญ

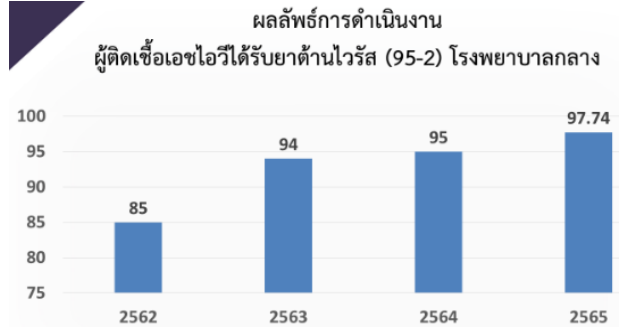
2. ประเด็นเรื่องความยากของการได้ข้อมูล : เนื่องจากผู้ติดเชื้อไม่ทราบว่ากระจายอยู่จุดใดบ้าง ปัจจุบันได้ข้อมูลจาก ห้องLab สปสช. (ที่มาจากผู้ป่วยทะเบียน ประเมิน Post test) แต่บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่ได้ลงทะเบียนผ่านระบบ ทำให้ไม่มีข้อมูล

ผลลัพธ์ของ 95-1 และ 95-2 ได้มาจากที่ใด : ห้องLab Hos-xp โปรแกรม NAP register ชั้นสูตร Counseling Web site HIV Info Hub VCT และARI Clinic

กรณีศึกษา : โรงพยาบาลกลาง

ผลลัพธ์มาจาก การทำ Pre- test Post-test ที่ห้อง Lab พบว่า ปี 2565 ได้ถึง 97.74% แต่ในปี 2562 มีจำนวน 85% เนื่องจากปัญหา ดังนี้

1. ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลกลับบ้านแล้วไม่มาฟังผลเลือด
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการ Refer ไปตามสิทธิ์การรักษา
3. ผู้ป่วย ER ที่เจาะเลือดนอกเวลา
4. มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่ได้ส่งมาที่คลินิก เพื่อนวันจันทร์



กิจกรรม : ปัจจัยอะไรที่ทำให้ผลลัพธ์ 95-2 ของโรงพยาบาลท่านไม่บรรลุเป้าหมาย

1. ด้านผู้ป่วย
 - 1.1 ผู้ป่วยไม่เริ่มรับประทานยา
 - 1.2 ประชากรย้ายถิ่นติดตามไม่ได้
 - 1.3 ผู้ป่วยไม่พร้อมจะรับยาต้านไวรัสหลังจากรู้สถานะเนื่องจากอาจกังวลเรื่องของการตีตราตนเอง และกลัวการตีตราจากคนรอบข้าง หรือผู้ป่วยหลังคลอดในอดีต
 - 1.4 ผู้ป่วยไม่มาตามนัด
 - 1.5 ผู้ป่วยไม่พร้อมหรือไม่ยอมรับ
 - 1.6 ผู้ป่วยยังสุขภาพดีจึงไม่เข้าสู่กระบวนการ
 - 1.7 กรณีเป็นผู้ป่วยนอกไม่รอฟังผลเลือด
 - 1.8 กลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นขาดความตระหนัก
 - 1.9 มาที่หน่วยตรวจและพบคนรู้จักในคลินิกยาต้านจึงรีบกลับก่อนรักษา
2. ด้านภายในโรงพยาบาล
 - 2.1 บุคลากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ไม่ได้ติดตามกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ ติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ หรือ เจ้าหน้าที่ได้ลงทะเบียนผู้ป่วยไว้และติดตามให้มารับยาไม่ได้ พยาบาลและนักให้คำปรึกษาขาดความเชี่ยวชาญ
 - 2.2 ระบบ ได้แก่ พบผลผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยแต่ไม่ได้ส่งข้อมูลมาที่หน่วยให้คำปรึกษา หรือข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกส่งเข้าระบบ อาจจัดทำระบบไว้ไม่ดี Opportunistic infection ระบบที่คนไข้ต้องมาโรงพยาบาลหลายvisit ระบบการติดตาม และระบบการเริ่มยา อาจยังไม่เป็นรูปธรรม หรือระบบบริการไม่เป็นแบบ Same Day ART มีการนัดผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่มาตามนัด / รอผลทางห้องปฏิบัติการ หรือรอผล CD4 ความเป็นปัจจุบันของข้อมูลใน NAP

3. ด้านสิทธิการรักษา ได้แก่ ไม่มีสิทธิการรักษา หรือสิทธิ์ประกันสังคมไม่เอื้อต่อการรับยาโรงพยาบาลอื่น ๆ นอกเขต ต้องส่งต่อโรงพยาบาลตามสิทธิ์ทำให้มีข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง /สิทธิการรักษา ปัจจุบันไม่ตรงกับUC

สรุปปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาต้านไวรัส

1. เจ้าหน้าที่ไม่ได้บอกผลเลือดกับผู้ป่วย
2. จากที่ไม่ได้ทราบผลเลือดทันที ทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมาฟังผลเลือด
3. จากที่ผู้ป่วยทราบผลเลือดบวกแล้ว แต่เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเริ่มยาได้
4. ปัญหาเรื่อง Flow เช่น หน่วยที่หย่าต้านไวรัสและหน่วยบอกผลเลือดต่างหน่วยงาน ไม่มีการติดตามหลังส่งผู้ป่วยไปรับยาที่หน่วยงานปลายทาง
5. คลินิกยาต้านไวรัส รอผล Lab
6. รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส บางกรณี เสียชีวิตก่อนเริ่มยาต้านไวรัส

ทั้งนี้การตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ อาจตั้งเป้า 100% จะทำให้ทราบว่ายังมี Gap อะไรที่มีผลกระทบ (Impact) มาก โดยใช้หลัก Who Where When

กรณีศึกษา สถานการณ์การเริ่มยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลกลาง :

- มีจุดบริการที่บริการ VCT ก็จุดบริการ และจุดที่บอกผลเลือด Post test ที่หน่วยฝากครรภ์ และแจ้งโดยแพทย์
- เมื่อพบผลเลือดบวก จะมีการนัดผู้ป่วยเข้าคลินิก”เพื่อนวันจันทร์” โดยเปิดให้บริการทุกวันจันทร์ช่วงบ่าย โดยพยาบาลให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มเดียวกับผู้ที่ให้ Post test

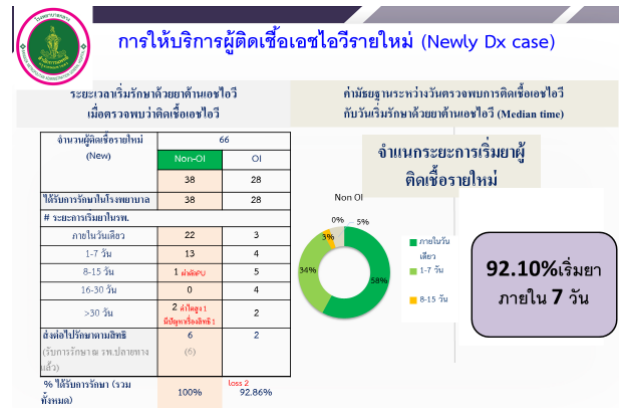
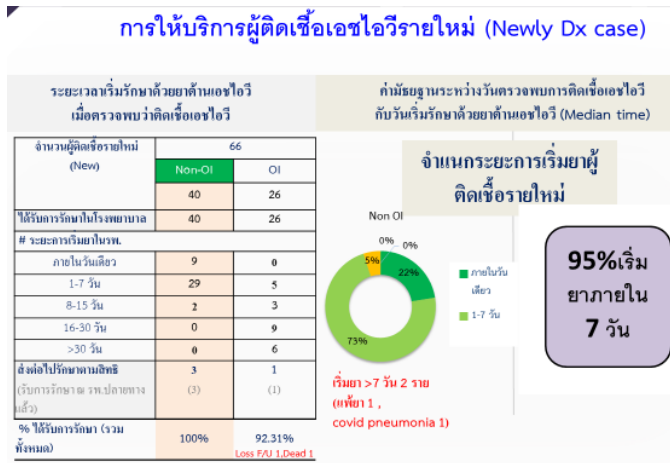
ในปี 2562

1. เริ่มการทำ Lab Alert ในกระดาษ สรุปเป็นรายงาน และทำ PDCA ได้ปรับเป็นแบบ Google Drive
2. Same day result เฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง ขอให้ตรวจเลือดภายใน 2 ชั่วโมง
3. Rapid ART
4. อื่น ๆ ได้แก่ มีโครงการเอดส์ เพื่อเริ่มยาในคนไข้ทุกสิทธิ์ /ปรับแบบบันทึกการให้คำปรึกษาในการบอกผลเลือด

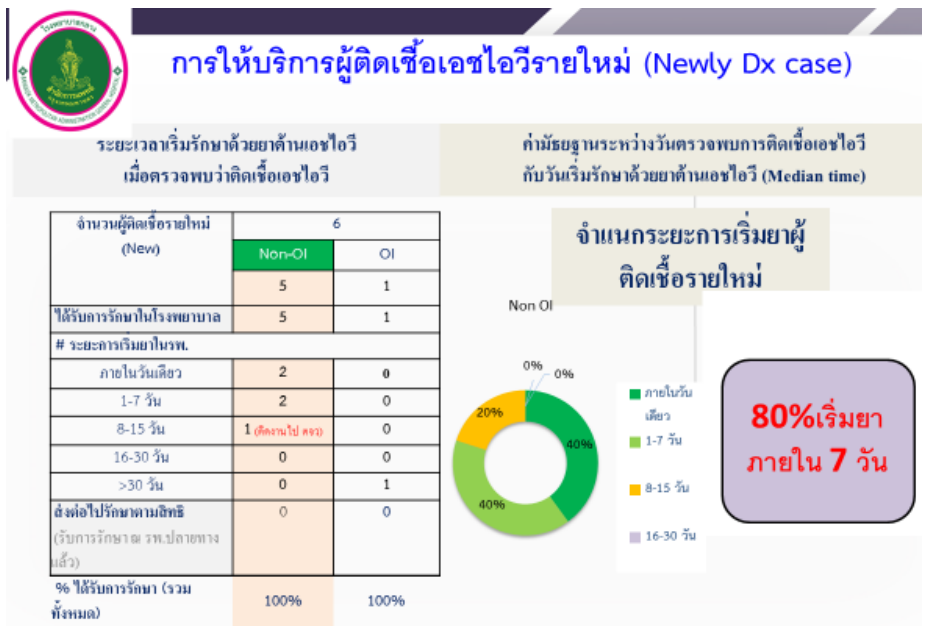
ปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญ

1. ความรวดเร็ว ทันเวลา ที่ทำให้ผลเลือดออกได้อย่างรวดเร็ว
2. ระบบการติดตามคนไข้ที่มีผลเลือดบวก
3. สิทธิการรักษา
4. ทักษะของแพทย์ในการให้ยาโดยไม่ต้องรอผล CD4

ข้อมูลตัวอย่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ปี 2564 ดังกราฟ OI = 93.21 92.86 % ตามลำดับ พบว่ามีปัญหาเรื่องการส่งผู้ป่วยไปปลายทาง เดิมจะมีการส่งข้อมูล แต่บางครั้งขาดระบบในการติดตาม อาจเพราะภาระงาน



ข้อมูลตัวอย่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ปี 2566 : ผล OI ครบ 100 %



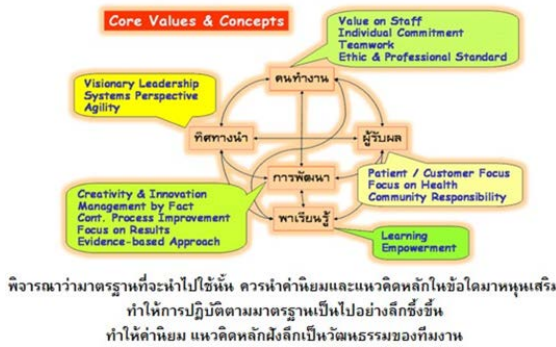
ประเด็นสำคัญที่จะบรรลุ 95-2 ที่สำคัญ คือการมีระบบกำกับให้พบ.ทุกรายเข้าสู่การรับยาต้าน

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากผู้ร่วมกิจกรรม

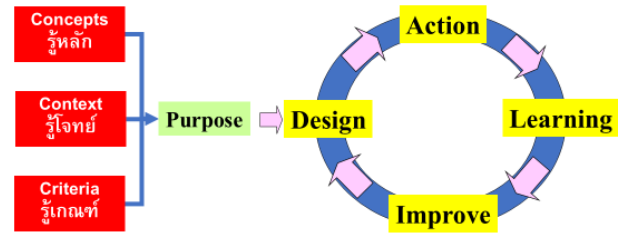
กิจกรรม : คำถาม ท่านจะใช้ Intervention อะไร

ตอบ : 1. Lab Alert 2. Same day result 3. Rapid ART 4. อื่น ๆ ได้แก่ ติดตามเคสที่ส่งต่อว่าไปถึงปลายทางหรือไม่ EAC การปรับเวลาการให้บริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย เช่น มีคลินิกพิเศษนอกเวลา การสร้างสัมพันธ์ภาพ เช่น พุดคุย การให้ข้อมูล เพื่อให้ยอมรับและพร้อมรับยา ย้ายสิทธิการรักษา การร่วมจัดบริการกับคลินิกเอกชน หรือ องค์กรชุมชน

ค่านิยมและแนวคิดหลักของ HA



3C-DALI



การพิจารณา Flow ที่อาจมี Guideline ประกอบด้วย 6 อย่าง เพื่อนำไปเป็น Check List ให้ออกแบบระบบมากขึ้นดังนี้

- เรื่อง Lab จะให้ Same Day Result หรือไม่
- ความเชื่อมโยงของข้อมูล ให้เป็นระบบ Real time เมื่อผลLabออกสามารถทราบได้เลย
- ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
- SOP Guide line ระเบียบปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่ในโรงพยาบาล สนับสนุนหรือไม่สนับสนุนให้นำมาพิจารณา สามารถนำมาออกแบบกระบวนการอย่างไรได้บ้าง (หากguide line มี gap จะปิด gap อย่างไร)
- ความมั่นใจของแพทย์ในการรักษา กรณีที่มีผลหลายอย่างจะวางแผนอย่างไร
- ปัจจัยของผู้ป่วย เช่น เรื่องสิทธิผู้ป่วย การคุ้มครองผู้ป่วย

วันนี้ท่านเรียนรู้อะไรบ้าง

- โรงพยาบาลกลางสุดยอด / ชัดเจนขึ้น / ทีมทำได้
- อาจารย์วิทยากรสุดยอด ข้อเสนอแนะดีมาก อาจารย์เก่งมาก
- ได้รู้เพิ่ม มีความหวัง เข้าใจ มีตัวอย่างดี ๆ
- ขอบคุมองค์ความรู้ มุมมองใหม่ เห็นภาพการทำงาน และมีกำลังใจทำงาน เป็นตัวอย่างที่ดี
- รู้สึกดีมาก เห็นภาพชัดเจนมากขึ้น
- ได้เอกสารประกอบ ทีมเข้มแข็ง ทุกคนทำได้

สรุป : ขอให้ทีมกลับไปทำ Flow ปกติ เช่น ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และ Flow นอกเวลา แต่ละจุด ทำ Post test เพื่อจะได้ทราบ Gap และหาวิธีการปิด Gap ตาม Flow โดยกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการของ Flow

ขอให้ลงมือทำ จะเห็นแจ้งในสิ่งที่ทำ

8. สรุปผลการจัดกิจกรรม

กิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี ครั้งที่ 3 หัวข้อ เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ ในวันที่ 18 เมษายน 2566 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 51 คน โดยมีผลลัพธ์ การประเมินประมวผลจากผู้ที่ทำแบบประเมินทั้งก่อนและหลังเรียน จำนวน 24 คน ดังนี้

1) การประเมินก่อนเรียน

Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1.ระบบการให้การศึกษา การตรวจและการแจ้งผลเลือด HIV	7	9	7	1	0	24	3.92	78.33	0.86	มาก
2. การแจ้งผลตรวจเลือดให้แก่ผู้ติดเชื้อในวันเดียว(same day result)	8	9	5	2	0	24	3.96	79.17	0.93	มาก
3. ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังทราบผลเลือด	7	10	5	2	0	24	3.92	78.33	0.91	มาก
4. การมีระบบในการติดตามความครอบคลุมการได้รับยาต้านไวรัส	8	7	6	3	0	24	3.83	76.67	1.03	มาก
5. การส่งไปรับยาต่อตามสิทธิ์ของผู้ป่วย	5	9	7	3	0	24	3.67	73.33	0.94	มาก

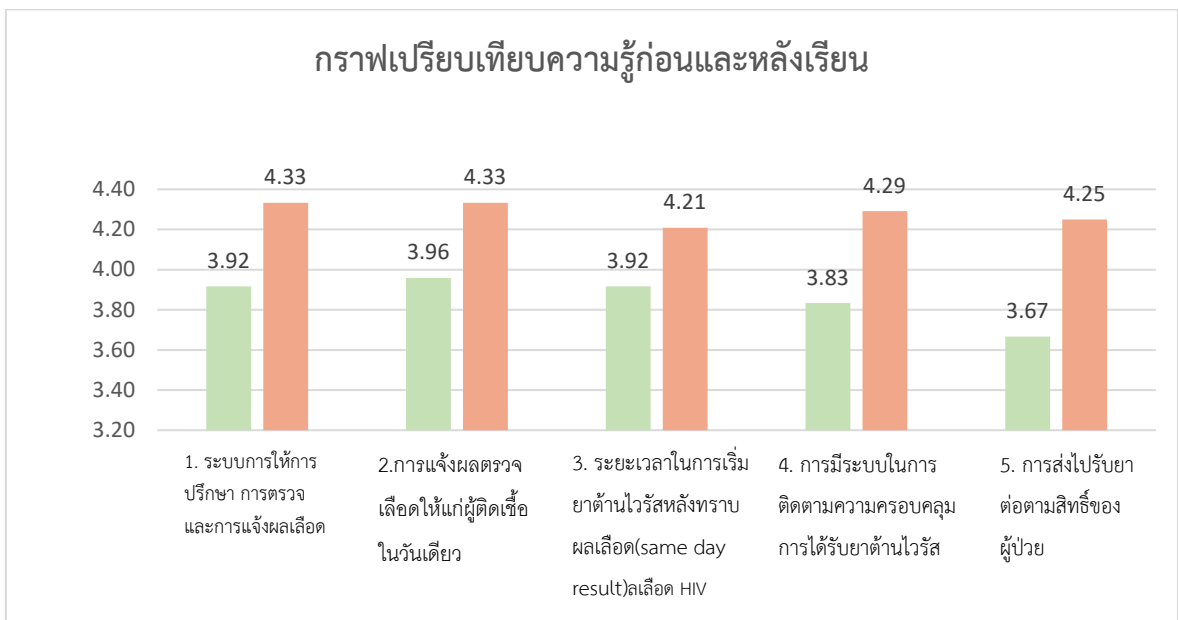
2) การประเมินหลังเรียน

Post test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1.ระบบการให้การศึกษา การตรวจและการแจ้งผลเลือด HIV	9	14	1	0	0	24	4.33	86.67	0.55	มากที่สุด
2. การแจ้งผลตรวจเลือดให้แก่ผู้ติดเชื้อในวันเดียว(same day result)	9	14	1	0	0	24	4.33	86.67	0.55	มากที่สุด
3. ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังทราบผลเลือด	8	13	3	0	0	24	4.21	84.17	0.64	มากที่สุด
4. การมีระบบในการติดตามความครอบคลุมการได้รับยาต้านไวรัส	9	13	2	0	0	24	4.29	85.83	0.61	มากที่สุด

Post test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
5. การส่งไปรับยาต่อตามสิทธิ์ของผู้ป่วย	9	12	3	0	0	24	4.25	85.00	0.66	มากที่สุด

3) การประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

คำถาม	Pre test		Post test		P-Value
	Mean	SD	Mean	SD	
1.ระบบการให้การปรึกษา การตรวจ และการแจ้งผลเลือด HIV	3.92	0.86	4.33	0.55	
2. การแจ้งผลตรวจเลือดให้แก่ผู้ติดเชื้อในวันเดียว (same day result)	3.96	0.93	4.33	0.55	
3. ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสหลังทราบผลเลือด	3.92	0.91	4.21	0.64	
4. การมีระบบในการติดตามความครอบคลุมการได้รับยาต้านไวรัส	3.83	1.03	4.29	0.61	
5. การส่งไปรับยาต่อตามสิทธิ์ของผู้ป่วย	3.67	0.94	4.25	0.66	



- 4) หลังการอบรม : การเรียนรู้ในวันนี้ท่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพิ่มความครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในประเด็นใดบ้าง ?
- ให้คำแนะนำและรักษาได้ไวขึ้น
 - การวิเคราะห์กลุ่มที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายมาพัฒนา
 - การติดตามผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษา
 - การวางแผนพัฒนางาน VCT และ ARV
 - มีแนวทางและเห็นทางออกในการสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องและไม่ขาดนัด
 - การทำตาม Flow
 - การเพิ่มโอกาสในการรักษาของผู้ป่วยให้ได้มากขึ้น ในประเด็นที่ยังไม่ถึงเป้าหมายของรพ.
 - ถ่ายทอดแก่ผู้ปฏิบัติงาน ต่อไป
 - ได้เรียนรู้ตัวอย่างจาก รพ.กลาง และ Intervention ที่หลากหลายเพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ 95 ที่ 2 บรรลุเป้าหมาย
 - การให้ยาแบบ Rapid ART
 - การทำ Same day result
 - การติดตามคนไข้ให้รับยาครบ
 - Target.กลุ่มเสี่ยงที่จะไม่เริ่มยา และ loss FU
 - การจัดกลุ่มปัญหาผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้เริ่มยา
 - สร้างทีมที่แข็งแกร่ง สหวิชาชีพ
 - การมีระบบ การติดตามข้อมูลที่ดี แล้วนำมาผลมาปรับใช้ในการติดตามคนไข้และ การจัดการดี โภจยให้แต่กว่าจะแก้ไข แต่ละประเด็น, แบ่งหน่วยงานรับผิดชอบ
 - การเริ่มยาด้านไวรัสให้เร็วที่สุด โดยนำสู่การออกแบบการจัดบริการเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ ที่ดี
 - การจัดบริการที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้รวดเร็ว สะดวก
 - การนำเครื่องมือ EAC มาช่วยในการให้บริการปรึกษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อยินดีที่จะเริ่มยา
 - การสร้างแรงจูงใจในการรักษาของผู้ติดเชื้อแต่ละกลุ่ม
 - การมีระบบ referral ที่ช่วยในการติดตามหากผู้ติดเชื้อต้องการไปเริ่มยาที่อื่น
 - การค้นหาผู้ติดเชื้อเพื่อนำสู่กระบวนการรักษาให้ครบถ้วน
 - การ pre - post counselling และประเมินความพร้อม มีผลต่อยอมรับและร่วมมือในการรักษาต้องให้ความสำคัญ
 - การจัดสรรระบบบริการเพื่อเอื้อประโยชน์ผู้ป่วยต่อผู้รับบริการให้เข้าถึงการรับยา"
 - Lab alert, rapid ART
 - Same day result, ระบบในการติดตามความครอบคลุมในการได้รับยาด้านไวรัส
 - แง่คิดเรื่องการเข้าถึงยา

5) หลังการอบรม : ท่านมีประเด็นใดที่ยังไม่เข้าใจและต้องการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

- การจูงใจวัยรุ่นในการกินยาต้านต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- ต้องทำความเข้าใจกับ 3C
- การจัดบริการที่เหมาะสมและการสร้างทีมที่เข้มแข็งต้องทำอะไร ต้องเริ่มต้นจากจุดไหนก่อน?
- การให้ยานอกเขต สิทธิปกส.
- ประเด็นการพูดคุยกรณี คนไข้ไม่ยอมรับยาเร็ว SAR
- การให้คำปรึกษากลุ่มวัยรุ่น ที่พร้อมเริ่มยา เมื่อป่วยในช่วงแรก แต่หลังรักษามาสักระยะร่างกายแข็งแรงดี มีความท้อ เบื่อการกินยา อยากเปลี่ยนการกินยาเป็นยาฉีด หรือฝังยา
- เรื่องของการทำโจทย์ เพื่อแก้ไข การ LTFU ก่อนและหลังเริ่มยา เพื่อนำมาปรับปรุงและวางแผนงานรับผิดชอบ
- วันนี้ได้เห็นประเด็นตัวอย่างของ รพ. กลาง ที่นำมาเชื่อมโยงกับ 3C โดยคณะวิทยากรแล้วมีความเข้าใจ และเห็นภาพชัดขึ้นค่ะ
- เทคนิคการประสานงานของแต่ละแผนก
- อยากให้อาจารย์เล่าสิ่งที่อาจารย์ไปเยี่ยมสำรวจว่ามีอะไรดีบ้างอะไรที่ทีมต้องเน้นเพราะส่วนใหญ่ทีมยังไม่มีประสบการณ์ จึงอยากได้เรื่องเล่าเสริมพลังมากกว่าค่ะ

6) ประเมินความพึงพอใจการจัดกิจกรรม

ความพึงพอใจ	ระดับความพอใจ					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1					
1. ระดับความรู้ของท่าน (ก่อนการอบรม)	0	8	11	3	0	22	3.23	64.55	0.67	ปานกลาง
2. ระดับความรู้ของท่าน (หลังการอบรม)	7	14	1	0	0	22	4.27	85.45	0.54	มากที่สุด
3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการโค้ชของท่านได้ ในระดับใด	6	15	1	0	0	22	4.23	84.55	0.52	มากที่สุด
4. ประเมินวิทยากร [ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ]	12	10	0	0	0	22	4.55	90.91	0.50	มากที่สุด

ความพึงพอใจ	ระดับความพอใจ					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1					
5. ประเมินวิทยากร [มีวิธีการสอนให้น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน]	12	10	0	0	0	22	4.55	90.91	0.50	มากที่สุด
6. ประเมินวิทยากร [การอภิปรายและการตอบคำถามโดยวิทยากร]	12	10	0	0	0	22	4.55	90.91	0.50	มากที่สุด
7. ประเมินวิทยากร [การรักษาเวลา]	12	10	0	0	0	22	4.55	90.91	0.50	มากที่สุด
8. ประเมินการประสานงาน [ประสานงานการเข้าระบบเรียนทั้งก่อนและหลังจัดกิจกรรม]	6	12	3	1	0	22	4.05	80.91	0.77	มาก
9. ประเมินการประสานงาน [การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม]	6	12	3	1	0	22	4.05	80.91	0.77	มาก
10. ประเมินการประสานงาน [ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม]	4	14	3	0	0	21	4.05	80.95	0.58	มาก
11. ประเมินการประสานงาน [ช่วงเวลาจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม]	5	14	2	0	1	22	4.00	80.00	0.85	มาก

หมายเหตุ การคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น : อันตรภาคชั้น = พิสัย / จำนวนชั้น

$$= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$= (5-1)/5$$

ความกว้างของอันตรภาคชั้น 0.80

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด
1.81 - 2.60	น้อย
2.61 - 3.40	ปานกลาง
3.41 - 4.20	มาก
4.21 - 5.00	มากที่สุด

- 7) ท่านอยากให้เราปรับปรุงอะไรในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป
- จัดได้ดีมากค่ะ
 - ดีแล้วค่ะ
 - เวลาในการบรรยายดีแล้วค่ะ ไม่มากไม่น้อย
 - ระบบเสียงขาดๆหายๆ
 - จัดเต็มรูปแบบค่ะ 2-3 วันเลย
 - การเข้าระบบ zoom บางครั้งเสียงขาดหายเนื่องจากสัญญาณ ทำให้ได้รับข้อมูลที่สำคัญหายไป
 - บางครั้ง ทำตอน พักเที่ยง ทำให้ไม่สะดวกในการเข้าร่วม
 - ดียอยู่แล้วค่ะ
 - เวลามาฟังย้อนหลัง มีเสียงไลน์เตือนดัง มีเสียงแทรกเยอะ และเสียง อ. อร่าม เบาค่ะ
- 8) ท่านรู้สึกอย่างไร กับการจัดกิจกรรมในครั้งนี้
- คุ่มค่ามากค่ะ
 - ได้ประโยชน์มาก
 - เป็นประโยชน์มากต่อการพัฒนางานคุณภาพระบบบริการ
 - มีความรู้เพิ่มจากจุดที่คิดไม่ถึง
 - มีประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อ
 - ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น
 - ดีมากค่ะ
 - ดีมาก รพ.ที่เป็นผู้นำเสนอ มีผลงานน่าชื่นชมมาก
 - ดีค่ะ แต่อยากได้เวลาเพิ่ม
 - เยี่ยมครับ
 - Good
 - ดีค่ะ เข้าถึงง่าย
 - รู้สึกดีมากครับ ได้รับความรู้เพิ่มเติม
 - ประทับใจ อาจารย์ ใช้คำที่เข้าใจง่าย
 - สนุกสนาน ได้ความรู้ วิทยากรทุกท่านสุดยอดมากค่ะ
 - การใช้กรณีศึกษาทำให้เข้าใจง่าย ชัดเจน...รู้สึกสนุกในการติดตามและแชร์ข้อมูลระหว่างการเรียน
 - ดีค่ะ
 - ได้รับประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเพิ่มกำลังใจในการทำงานต่อไป

S & D ตีโจทย์ให้แตก

1. แนวคิด: S & D: Stigma & Discrimination การตีตราและเลือกปฏิบัติ

การตีตรา (Stigma) หมายถึง เป็นกระบวนการทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความคิดและความเชื่อ ที่เชื่อมโยงปัญหาทางกาย (การมีเชื้อเอชไอวีและป่วยด้วยโรคเอดส์) เข้ากับพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลนั้นแบ่งแยกหรือถูกกีดกันออกไปจากคนกลุ่มใหญ่ในสังคม (Self-Stigma) ทั้งที่เกิดจากตนเอง หรือถูกกระทำจากบุคคลอื่น

การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) หมายถึง การงดเว้นกระทำการหรือการกำหนดปฏิบัติการณ์ที่แม้จะมีได้มุ่งหมายให้เป็นการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลโดยตรง แต่ผลการกระทำนั้น ทำให้ต้องเสียสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ หรือมีผลกระทบต่สิทธิหรือประโยชน์อันชอบด้วยกฎหมาย ของบุคคลใดในลักษณะที่แตกต่างไปจากผู้อื่น อันเป็นผลหรือเกี่ยวเนื่องมาจากการตีตรา

ทีมนำด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติ หมายถึง ทีมที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อน เชื่อมโยง การแก้ปัญหา ด้าน การตีตราและเลือกปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ โดยการนำวิสัยทัศน์และนโยบาย มาสู่แผนงานและการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งมีการติดตาม ประเมินผล ปรับปรุง ให้เป็นไปตามเป้าหมาย และรายงานผล สู่ทีมบริหาร/ผู้นำสูงสุดของโรงพยาบาล ซึ่งทีมนี้อาจเป็นทีมใหม่ ทีมนำด้านเอชไอวี หรือทีมนำคุณภาพด้านอื่น ๆ โดยขึ้นอยู่กับบริบทของโรงพยาบาล

2. วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ผู้เขียนเข้าใจว่า stigma เกิดอย่างไร และ Self stigma มีผลกระทบต่อการใช้งานบริการของผู้ป่วยอย่างไร
2. การเกิด stigma มีผลอย่างไรต่อการดูแลคนไข้
3. นำมาประยุกต์ใช้กับแนวทางการให้บริการเพื่อบรรลุเป้าหมาย 95-95-95

3. เนื้อหา/กิจกรรม

เวลา	เนื้อหา	วิทยากรหลัก
15 นาที	นำเข้าสู่บทเรียน : Stigma & Discrimination	นพ.อร่าม ลี้มตระกูล
35 นาที	นำเสนอ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ <ul style="list-style-type: none">● กรณีศึกษา ตอนที่ 1● กรณีศึกษา ตอนที่ 2● กรณีศึกษา ตอนที่ 3● กรณีศึกษา ตอนที่ 4	นพ.อร่าม ลี้มตระกูล
30 นาที	สรุปประเด็นที่พบ แนวทางการแก้ปัญหา และเครื่องมือที่ใช้	นพ.อร่าม ลี้มตระกูล
10 นาที	AAR (รู้สึอย่างไร สิ่งที่ได้เรียนรู้ และจะทำอะไรต่อไป	พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล

4. สื่อการเรียนรู้

- สไลด์ (Presentation) S&D “ตีโจทย์ให้แตก” (ภาคผนวก 4)

5. ระยะเวลาในการ: 90 นาที

6. การประเมินผลการจัดกิจกรรม

1) การประเมินผลก่อนการอบรม

- **คำอธิบาย** ให้ท่านให้คะแนนความรู้ความเข้าใจของตนเองก่อนการอบรม เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1) โดย (5) = มากที่สุด (4) = มาก (3) = พอควร (2) = น้อย (1) = น้อยมาก

คำถามก่อนการอบรม	5	4	3	2	1
1. ท่านคิดว่าปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D) ของบุคคลากร เป็นปัญหาในการเข้าถึงและเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อ					
2. ท่านคิดว่าปัญหาที่ผู้ติดเชื้อคิดว่าสังคมตีตราตนเอง (Self-Stigma) เป็นปัญหาของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ					
3. ท่านคิดว่าการปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อให้ได้รับการบริการที่ทัดเทียมกับผู้อื่น เช่น การรักษาที่เท่าเทียม การจัดลำดับการรักษา เป็นต้น ช่วยลดปัญหา S&D					
4. ท่านคิดว่าการทำให้เกิดมุมมองการติดเชื้อ HIV ไม่ได้แตกต่างกับโรคอื่น (Normalization) ช่วยลดปัญหา S&D					
5. ท่านคิดว่า S&D มีผลต่อเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์					

2) การประเมินผลหลังการอบรม

- **คำอธิบาย** ให้ท่านให้คะแนนความรู้ความเข้าใจของตนเองหลังการอบรม กรุณาระบุระดับความรู้ของท่านมากขึ้นหรือไม่ เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1) โดย (5) = มากที่สุด (4) = มาก (3) = พอควร (2) = น้อย (1) = น้อยมาก

คำถามหลังการอบรม	5	4	3	2	1
1. ท่านคิดว่าปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D) ของบุคคลากร เป็นปัญหาในการเข้าถึงและเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อ					
2. ท่านคิดว่าปัญหาที่ผู้ติดเชื้อคิดว่าสังคมตีตราตนเอง (Self-Stigma) เป็นปัญหาของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ					
3. ท่านคิดว่าการปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อให้ได้รับการบริการที่ทัดเทียมกับผู้อื่น เช่น การรักษาที่เท่าเทียม การจัดลำดับการรักษา เป็นต้น ช่วยลดปัญหา S&D					
4. ท่านคิดว่าการทำให้เกิดมุมมองการติดเชื้อ HIV ไม่ได้แตกต่างกับโรคอื่น (Normalization) ช่วยลดปัญหา S&D					
5. ท่านคิดว่า S&D มีผลต่อเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์					

- หลังการอบรม : หลังจากที่ท่านได้ร่วมกิจกรรมแล้ว ท่านได้แนวความคิดที่จะไปทำอะไรบ้าง

.....

.....

.....

7. สรุปการเรียนรู้จากกิจกรรม

วิทยากร : นพ.อร่าม ลีมิตรสกุล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เขียนเข้าใจว่า stigma เกิดอย่างไร และ Self stigma มีผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการของ ผู้ป่วยอย่างไร
2. การเกิด stigma มีผลอย่างไรต่อการดูแลคนไข้
3. นำมาประยุกต์ใช้กับแนวทางการให้บริการเพื่อบรรลุเป้าหมาย 95-95-95

เกริ่นนำ : ความเชื่อมโยงของประเด็นไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน

Stigma & Discrimination

กิจกรรม : ยกตัวอย่างการตีตราและเลือกปฏิบัติที่ท่านทราบหรือเคยเห็น (Stigma & Discrimination)

- ในแฟ้มประวัติ มีลกรหัส B24
- โรงพยาบาลชัยภูมิ เลือกทำ pap smear ไว้ท้าย/ หลังคนอื่น
- จัดคิวสุดท้ายให้กับผู้ป่วย (Discrimination) เพราะอะไร เช่น กลัวใครติดเชื้อ
- จัดแยก zone
- ใส่ถุงมือ 2 ชั้นเมื่อทราบว่าต้องไปทำหัตถการเจาะเลือดผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี
- เคยเห็น Migrant ที่ติดเชื้อ HIV ไม่กล้ากลับบ้านที่ประเทศต้นทาง เพราะกลัวครอบครัวและชุมชน รังเกียจ
- OPD card ลง Dx.HIV Positive
- เจ้าหน้าที่ยื่นหาง ๆ ไม่ค่อยสนใจ
- ปฏิเสธการผ่าตัดให้ผู้ป่วย
- ให้ผู้ป่วยยุติการตั้งครรภ์ (ทำแท้ง)
- แยกคลินิกบริการ และวันให้บริการ
- ซุบซิบกันเมื่อทราบผลเลือดผู้ป่วย
- ใส่การวินิจฉัยโรคในป้ายปลายเตียงผู้ป่วย
- ไม่กล้าสัมผัสคนไข้
- ส่งต่อข้อมูลผลเลือด โดยเปิดเผย

Stigma คือ กระบวนการทางสังคมที่ไปลดค่าของบุคคล จากการตัดสิน ถูก-ผิด, ดี-ไม่ดี, ควร-ไม่ควร เกิด การแบ่งแยก (Discrimination) รังเกียจ หลีกเลียง ออกห่าง หรือเลือกปฏิบัติ

การตีตราตนเอง (Internal or self stigma) คือการที่บุคคลนั้นยอมรับมุมมองและความรู้สึกในแง่ลบที่มีต่อตนเองและกลุ่มลดความภูมิใจและคุณค่าของตนเอง ประณามตนเอง

กิจกรรม : ให้ผู้อบรมประเมินความรู้สึก 5 ระดับ จาก 5 กรณีศึกษา ดังตาราง

ระดับความรู้สึก 1 ยอมรับไม่ได้ 2 ยอมรับได้น้อย 3 ยอมรับได้พอควร 4 ยอมรับได้มาก
5 ยอมรับได้อย่างสบายใจ

ตอนที่	กรณีศึกษา	ระดับ1	ระดับ2	ระดับ3	ระดับ4	ระดับ5
1	หญิงอายุ 19 ปี ติดเชื้อ HIV มีลูกแล้ว 1 คน ต้องการมีลูกอีกคน	0 คน	1 คน	6 คน	8 คน	7 คน
2	ลูกคนที่แล้ว อายุ 2 ปี ครรภ์ที่แล้ว มาฝากครรภ์ช้า กินยาระหว่างตั้งครรภ์ไม่ดีดูแลลูกหลังตั้งครรภ์ไม่ดีลูกติดเชื้อ HIV	4 คน	12 คน	4 คน	0 คน	1 คน
3	สามีคนนี้เป็นสามีคนใหม่ สามีเป็นคนดี มีอนาคต ปิดบังไม่ให้สามีทราบผลเลือดของตนเอง	4 คน	7 คน	4 คน	2	1 คน
4	สามีคนนี้เป็นญาติของท่าน พี่น้อง ลูกชาย	4 คน	9 คน	8 คน	1 คน	1 คน
5	ติดเชื้อจากแม่ PMTCT ตั้งครรภ์ครั้งแรกจากถูกพ่อเลี้ยงข่มขืนดูแลตัวเองและลูกไม่ดีเพราะครอบครัวแตกแยก สามีคนนี้เป็นที่พึ่งและทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีขึ้น	0 คน	0 คน	1 คน	3 คน	11 คน

ได้เรียนรู้อะไรจากกรณีศึกษาจากตอนที่ 1-4

1. กรณีที่เป็นคนใกล้ชิด คนที่รัก มีผลต่อการยอมรับในตัวเองที่ติดเชื้อ HIV ลดลง
2. มีการตีตราสักๆในตัวเอง
3. กรณีที่เหตุการณ์ใกล้ตัวเรามากขึ้น มีผลต่อความคิด ความรู้สึก จะทำให้การยอมรับได้น้อยลง ควรมองหลายมุม ขึ้นกับแต่ละสถานการณ์
4. การทราบข้อมูลมากขึ้นทำให้เปลี่ยนการตัดสินใจ

ท่านคิดว่าผู้หญิงคนนี้จะกลัวหรือมีปัญหาอะไรบ้างในการเข้าถึงบริการ

1. กลัวสามีใหม่รู้ผลเลือดของตัวเอง
2. กลัวเจ้าหน้าที่ซ้ำเติม
3. กลัวจะถูกตำหนิ และไม่ให้อำนาจ
4. รู้สึกผิด
5. ไม่กล้าเข้าสู่ระบบบริการ ไม่รับคำปรึกษา
6. ไม่ฝากครรภ์ต่อ ย้ายไปรับบริการที่อื่น
7. ทำแท้ง

8. รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ พุดเท็จเรื่องการรับประทานยา ไม่รับประทานยาด้านไวรัส
9. ไม่พบบุตรมารับวัคซีน

ท่านคิดว่าผู้หญิงคนนี้ต้องการอะไรบ้างในการเข้ารับบริการ

1. ความเป็นส่วนตัวในการรับการปรึกษา ความเข้าใจจากเจ้าหน้าที่ ต้องการคำแนะนำ การรับฟังอย่างเข้าใจ ต้องการการดูแลแบบเป็นมิตร ไม่พูดเรื่องในอดีต ไม่รังเกียจ
2. ต้องการปกปิดตัวตน การรักษาความลับ
3. ต้องการกำลังใจ
4. การยอมรับ ในฐานะเป็นผู้รับบริการ
5. หาทางออก
6. ขอควิพิเศษ โดยพบบุคลากรที่ไวใจได้

ท่านมีวิธีการอย่างไรที่ทำให้ท่านสามารถยอมรับผู้หญิงคนนี้ได้

1. เคารพสิทธิส่วนบุคคล
2. ทำเข้าใจสถานการณ์ที่ผู้ป่วยพบเจอ ชวนพูดคุยสบายๆ สร้างความเป็นกันเองก่อน
3. ยอมรับแบบไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าจะเค้าจะถูกใจเราหรือไม่ เคารพสิทธิความเป็นปัจเจกบุคคล เปิดใจรับฟังเห็นอกเห็นใจ (Open mind)เอาใจเขามาใส่ใจเรา เข้าใจในมุมมองที่เขาเป็น empathy
4. มองเหตุผลของผู้รับบริการเปิดมุมมองว่าถ้าเป็นเรารู้สึกอย่างไร
5. มองว่าเขาก็เป็นเพื่อนมนุษย์เช่นกัน แล้วทำความเข้าใจและหาสาเหตุสำคัญ/ความกังวลของผู้หญิงคนนี้ และร่วมกันหาทางออก
6. เข้าใจตนเองก่อนว่า เราอยากช่วยเหลือคนไข้ ให้เข้าถึงบริการ และดูแลคนไข้ให้ดีที่สุด

ข้อมูลเพิ่มเติม ตอนที่ 5 มีประเด็นอะไรบ้างที่ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ชอบ ไม่พอใจผู้ติดเชื้อ HIV

1. เพราะผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ดี เช่น ไม่ใส่ถุงยางอนามัย ทำให้ไปแพร่เชื้อต่อ ขาดความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม
2. รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่รับประทานยาด้านไวรัส
3. จากที่ผ่านมา อาจเป็นคนไม่ดี
4. เพราะไม่เปิดเผยผลเลือดกับสามี
5. เคยออกจากสถานที่คุมขัง
6. ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา

ท่านมีวิธีการสื่อสารอย่างไรว่าท่านไม่มี S&D

1. รักษาความลับ เต็มใจให้บริการ ไม่ตำหนิ ไม่ตัดสิน เคารพสิทธิ
2. ปฏิบัติต่อทุกคนด้วยความเท่าเทียม ดูแลเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป ไม่ลัดคิว
3. ให้การปรึกษาด้วยความเป็นกันเอง
4. รับฟังผู้รับบริการอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสิน ปรับตั้งแต่ความรู้สึก ทศนคติ
5. ไม่แสดงความรู้สึกส่วนตัว

หน่วยงาน/โรงพยาบาลสื่ออย่างไรว่าไม่มี S&D

1. ประกาศนโยบายโรงพยาบาล
2. ประชาสัมพันธ์จัดทำสื่อที่เชิญชวนการมารับคำปรึกษา ทั้งรูปแบบโปสเตอร์ และออนไลน์ ทำสื่อวิดีโอ จัดบอร์ด ความรู้เรื่องโรค
3. ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่
4. ปรับสภาพแวดล้อมหน่วยบริการให้เป็นปกติ เหมือนกับคลินิกอื่น ๆ

ไม่ติด : U=U / PrEP / PEP

ไม่ตาย : TasP / Chronic Disease

ไม่ตีตรา : Social Stigma / Self Stigma / การเข้าถึงบริการ

พบว่า การดำเนินการทั้ง 3 ประเด็น จะส่งผล ส่งเสริมซึ่งกันและกันทั้งทางบวกและทางลบ

ดังนั้นต้องดำเนินการพร้อมกันทั้ง 3 เรื่อง จะนำไปสู่ Ending Aids

ตัวชี้วัดการประเมินผลการแก้ปัญหา S&D ที่ส่งผลลัพธ์

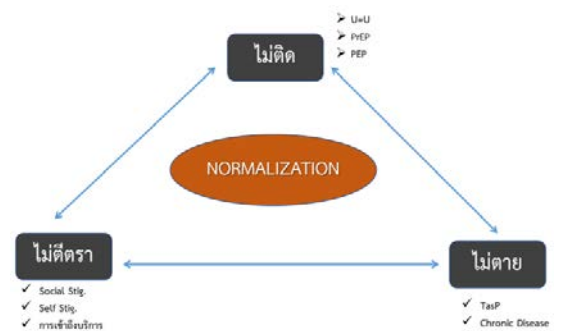
ทางคลินิก

1. % first CD4 < 200
2. % Retention 12 เดือนแรก
3. % undetectable VL

ควรมีการประเมิน self-stigma และให้การแก้ไขในผู้ติดเชื้อ

- ผู้ติดเชื้อที่ first CD4 < 200 (โดยเฉพาะผู้ป่วย OI)
- ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยา ARV ใน 12 เดือนแรก
- ผู้ติดเชื้อที่มีปัญหาเรื่อง VL Suppression

การดำเนินการตามมาตรการหลัก 3 มาตรการ และปัจจัย 4 ด้าน (ดังภาพ)

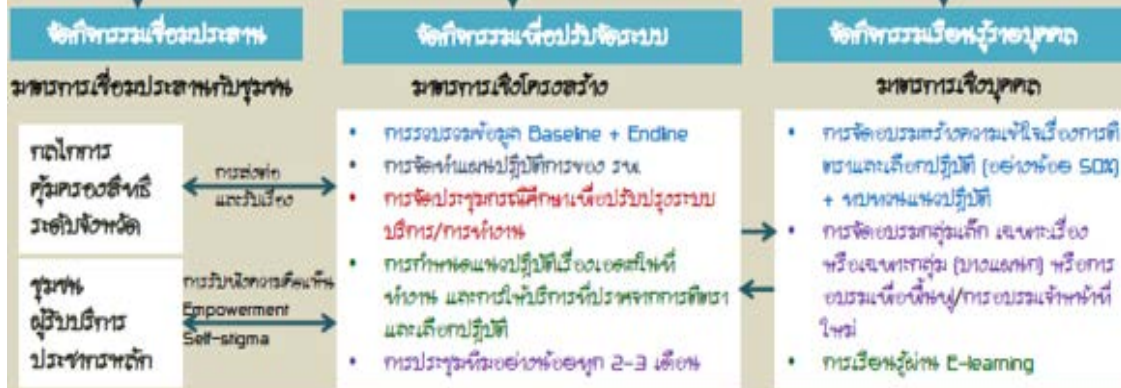


ชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสุขภาพบริการสุขภาพที่ปราศจาก S&D

คณะกรรมการเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

- กำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล
- ประชุมติดตามความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานทุก 3-4 เดือน

วิสัยทัศน์/พันธกิจ



การดำเนินงานตามมาตรการหลัก 3 มาตรการ **ปัจจัย 4 ด้าน** เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

1. มาตรการเชิงบุคคล
2. มาตรการเชิงโครงสร้าง/ระบบ
3. มาตรการเชิงประจักษ์ระหว่างสถานบริการสุขภาพ-ชุมชน

1. ทัศนคติทางสังคม
2. ทัศนคติองค์กร/เจ้าหน้าที่
3. ทัศนคติของสังคม ในเชิงรวมรวม ชีววิถี ทัศนคติ
4. มาตรการลดเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

นำข้อมูลที่ดำเนินการปัจจุบันของโรงพยาบาลใส่ลงในตาราง 3x4

มาตรการ	ปัจจัย	ความตระหนักรู้	ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี	ทัศนคติทางสังคมในเชิงเหมารวม	สถานะแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ
	บุคคล	โครงสร้าง/ระบบ	เชื่อมประสานสถานพยาบาลในชุมชน/ชุมชน	ตัดสิน ต่ำหนี	สุขภาพ
ตาราง Matrix 3x4	บุคคล	จัดอบรม ให้บุคลากร ทุกคน ทุกการตีตรา 1	ให้ความรู้กับการติดเชื้อ HIV จนจัดอบรม ให้บุคลากร ทุกคน เรื่องลดการตีตรา 2	จัดอบรม ให้บุคลากร ทุกเรื่องลดการตีตรา 3 • สสำรวจความคิดเห็นต่อการตีตรา	4
	โครงสร้าง/ระบบ	ประกาศนโยบาย 5 ประเมินผลความพึงพอใจผู้ใช้บริการ	อบรมเรื่อง Standard precaution 6 • ไม่ใส่ถุงมือถือ 2 ชั้น	7	จัดห้องให้คำปรึกษา 8 • ไม่มีการจัดห้องเฉพาะ
	เชื่อมประสานสถานพยาบาลในชุมชน/ชุมชน	อบรม อสม เรื่อง การติดเชื้อ การตีตรา 9	อบรม อสม เรื่อง การติดเชื้อ และการตีตรา 10	อบรม อสม เรื่อง การติดเชื้อ และการตีตรา 11	12

มาตรการ	ปัจจัย	ความตระหนักรู้	ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี	ทัศนคติทางสังคมในเชิงเหมารวม ตัดสิน ต่าหนี้	สถานะแวดล้อมในสถานบริการ สุขภาพ
	บุคคล	<ul style="list-style-type: none"> เจ้าหน้าที่เข้าใจและเห็นความสำคัญของ S&D เจ้าหน้าที่สามารถประเมินทัศนคติของตนเองเกี่ยวกับ S&D ได้ โดยเฉพาะประเด็นที่ส่งผลต่อการเข้าถึงหรือเข้ารับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการติดเชื้อเรื่อง U=U เจ้าหน้าที่มีความมั่นใจในเรื่อง UP (Universal precautions) 	<ul style="list-style-type: none"> เจ้าหน้าที่ประเมินทัศนคติของตนเองได้ เจ้าหน้าที่สามารถปรับทัศนคติที่ส่งผลต่อ S&D ได้ เจ้าหน้าที่รู้เท่าทันและไม่ทำให้เกิดปัญหาในทัศนคติที่ยังปรับไม่ได้ เจ้าหน้าที่ Empathy ผู้ติดเชื้อได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ให้บริการคำปรึกษา และให้บริการในสถานที่ที่เหมาะสมและส่วนตัว
โครงสร้าง/ระบบ	<ul style="list-style-type: none"> รพ.กำหนดนโยบายเรื่อง S&D ประเมิน S&D ในภาพรวมที่ส่งผลต่อการเข้าถึง/เข้ารับบริการทั้งในส่วนของบุคลากรและผู้รับบริการ (self stigma) และนำมากำหนดเป็นประเด็นสำคัญ มีการวางแผนแก้ไขและกำกับติดตาม 	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดมาตรฐาน UP จัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้เหมาะสมและเพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดประเด็นที่สำคัญและเป็นปัญหาของรพ. กำหนดแนวทางในการปฏิบัติและกำกับดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> มีระบบการรักษาความลับและการเข้าถึงข้อมูลของผู้ติดเชื้อ มีมาตรการคุ้มครอง สิทธิผู้ติดเชื้อ Normalize ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ 	
เชื่อมประสานสถานพยาบาลในชุมชน/ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ชุมชนรับรู้นโยบายของรพ. ให้ความร่วมมือและสนับสนุน 	<ul style="list-style-type: none"> ชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการติดเชื้อ 	<ul style="list-style-type: none"> รณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ โดยเฉพาะประเด็นที่รพ. ให้ความสำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> Normalized HIV - การตรวจ - การดูแลรักษา 	

จุดตั้งต้นในการประเมินระบบ และการประเมินตนเอง ได้แก่ การพิจารณาเรื่องโครงสร้าง และการประสานงาน ควรตั้งคำถาม เช่น ทำอย่างไรไม่ให้เกิดปัญหาในการบริการผู้ป่วยกลุ่ม HIV ที่ผ่านมาระทำได้ดีเพียงใด ทำอย่างไรไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกเลือกปฏิบัติ ทีมควรทบทวนการปฏิบัติงาน เช่น การปฏิบัติตามคู่มือการจัดทำAARเป็นประจำเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้การทำงานเป็นระบบ และส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกที่เราไม่เลือกปฏิบัติ

8. สรุปผลการจัดกิจกรรม

กิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี ครั้งที่ 4 หัวข้อ S&D ตีโจทย์ให้แตก ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2566 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 61 คน โดยมีผลลัพธ์การประเมินประมวลผลจากผู้ที่ทำแบบประเมินทั้งก่อนและหลังเรียน จำนวน 23 คน ดังนี้

1) การประเมินก่อนเรียน

Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1. ท่านคิดว่าปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D) ของบุคลากรเป็นปัญหาในการเข้าถึงและเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อ	4	9	9	1	0	23	3.70	73.91	0.80	มาก
2. ท่านคิดว่าปัญหาที่ผู้ติดเชื้อคิดว่าสังคมตราตนเอง (Self-	8	11	4	0	0	23	4.17	83.48	0.70	มาก

Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
Stigma) เป็นปัญหาของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ										
3. ท่านคิดว่าการปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อให้ได้รับการบริการที่ทัดเทียมกับผู้อื่น เช่น การรักษาที่เท่าเทียม การจัดลำดับการรักษา เป็นต้น ช่วยลดปัญหา S&D	7	12	4	0	0	23	4.13	82.61	0.68	มาก
4. ท่านคิดว่าการทำให้เกิดมุมมองการติดเชื้อ HIV ไม่ได้แตกต่างกับโรคอื่น (Normalization) ช่วยลดปัญหา S&D	9	9	5	0	0	23	4.17	83.48	0.76	มาก
5. ท่านคิดว่า S&D มีผลต่อเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์	11	8	4	0	0	23	4.30	86.09	0.75	มากที่สุด

2) การประเมินหลังเรียน

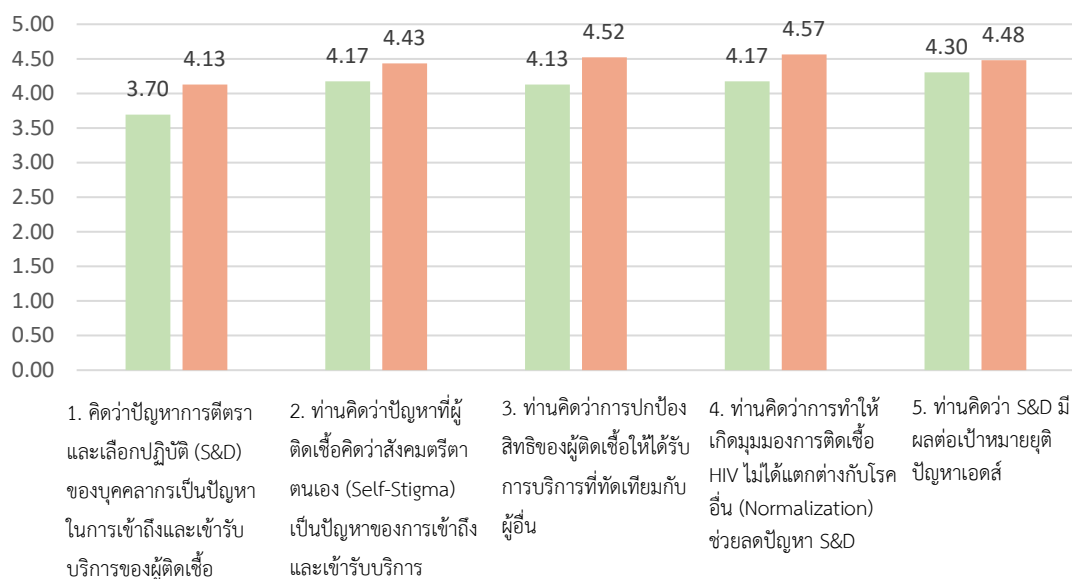
Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1. ท่านคิดว่าปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D) ของบุคคลากรเป็นปัญหาในการเข้าถึงและเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อ	10	8	3	2	0	23	4.13	82.61	0.95	มาก
2. ท่านคิดว่าปัญหาที่ผู้ติดเชื้อคิดว่าสังคมตีตาดตนเอง (Self-Stigma) เป็นปัญหาของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ	12	9	2	0	0	23	4.43	88.70	0.65	มากที่สุด
3. ท่านคิดว่าการปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อให้ได้รับการบริการที่ทัดเทียมกับผู้อื่น เช่น การรักษา	13	9	1	0	0	23	4.52	90.43	0.58	มากที่สุด

Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
ที่เท่าเทียม การจัดลำดับการรักษา เป็นต้น ช่วยลดปัญหา S&D										
4. ท่านคิดว่าทำให้เกิดมุมมองการติดเชื้อ HIV ไม่ได้แตกต่างกับโรคอื่น (Normalization) ช่วยลดปัญหา S&D	15	6	2	0	0	23	4.57	91.30	0.65	มากที่สุด
5. ท่านคิดว่า S&D มีผลต่อเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์	13	8	2	0	0	23	4.48	89.57	0.65	มากที่สุด

3) การประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

คำถาม	Pre test		Post test		P-Value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. ท่านคิดว่าปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D) ของบุคคลากรเป็นปัญหาในการเข้าถึงและเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อ	3.70	0.80	4.13	0.95	
2. ท่านคิดว่าปัญหาที่ผู้ติดเชื้อคิดว่าสังคมตีตราตนเอง (Self-Stigma) เป็นปัญหาของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ	4.17	0.70	4.43	0.65	
3. ท่านคิดว่า การปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อให้ได้รับการบริการที่ทัดเทียมกับผู้อื่น เช่น การรักษาที่เท่าเทียม การจัดลำดับการรักษา เป็นต้น ช่วยลดปัญหา S&D	4.13	0.68	4.52	0.58	
4. ท่านคิดว่า การทำให้เกิดมุมมองการติดเชื้อ HIV ไม่ได้แตกต่างกับโรคอื่น (Normalization) ช่วยลดปัญหา S&D	4.17	0.76	4.57	0.65	
5. ท่านคิดว่า S&D มีผลต่อเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์	4.30	0.75	4.48	0.65	

กราฟเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเรียน



4) หลังการอบรม : หลังจากที่ท่านได้ร่วมกิจกรรมแล้ว ท่านได้แนวความคิดที่จะไปทำอะไรบ้าง

- ได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด
- การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด S&D ในองค์กร ในทุกระยะอย่างต่อเนื่อง
- ประเมินการรับรู้ของบุคลากรทุกระดับ ทั้งความรู้ ทักษะ การยอมรับ (ห่างเหินนานแล้ว)
- สร้างการรับรู้ในชุมชน เพื่อความร่วมมือในการเข้าถึง ของผู้รับบริการ
- จัดทำโครงการลดการตีตราผู้ป่วยให้รพ.
- ทบทวนการจัดระบบบริการในการลดการเกิด S&D
- การเข้าอกเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น รับฟังแบบ Empathy ,รักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care), รณรงค์ ฝีกอบรมบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อยุติการเลือกปฏิบัติ (Zero discrimination) ให้บุคลากรเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อ ความคิด การตีตราผู้ป่วย HIV ให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ให้แตกต่างไปจากบรรทัดฐานทางสังคมหรือผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วย HIV ไม่ถูกแบ่งแยก ถูกจำกัดพื้นที่ทางสังคม หรือถูกรังเกียจ กีดกัน
- ทำป้ายประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาได้ รพ.ให้บริการทุกท่านด้วยความเท่าเทียม และรักษาความลับของผู้ป่วย
- จัด ทำโครงการการตีตราและเลือกปฏิบัติในรพ.
- สร้างรูปแบบการเข้าถึงในการให้คำปรึกษา การดูแลรักษาที่ง่ายขึ้น ลดปัญหาความกลัว ความไม่กล้า เกิดความไว้วางใจ เชื่อใจต่อการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ประเมินทัศนคติเจ้าหน้าที่ ค้นหาประเด็นปัญหา ปรับทัศนคติ และติดตาม กำกับ แก้ไขอย่างต่อเนื่อง และมีการสังเกตพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ค่ะ"

- ไม่ตัดสินผู้รับบริการโดยใช้ความรู้สึกหรือประสบการณ์ส่วนตัว การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการเพื่อเกิดความไว้วางใจและยอมรับในผู้รับบริการ
- จัดกิจกรรมให้เจ้าหน้าที่เข้าใจเรื่อง S&D และทำอะไรให้เกิด Normalization เพื่อลดปัญหา S&D
- กำหนดเป้าหมาย ปรับวิธีการสื่อสาร ระดับองค์กร จุดงานฝ่าย และบุคลากร ลำดับปัญหาจุดเน้น ยกตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม , ป้ายชื่อคลินิก, โบนัด เป็นต้น
- ปรับทัศนคติของตนเอง ผิกฟังโดยไม่ตัดสิน ต้องมีความรอบคอบในการรับฟังอย่างมีสติ
- การดูแลผู้ป่วยควรเคารพสิทธิของผู้ป่วยและญาติ การพูดคุยเพื่อเข้าใจเขา ไม่ด่วนตัดสินเป็นสิ่งที่บุคลากรควรถือปฏิบัติ
- ต้องลด S&D ที่เป็นอุปสรรค ในการเข้าถึงบริการดูแลรักษาเอชไอวี โดยจะต้องเพิ่มกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อลด S&D ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และต้องสื่อสารอย่างต่อเนื่องด้วย
- ปัญหา S&D เหมือนเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก มองเรื่องแก้ไขเป็นไปได้ยาก แต่หลังเรียนแล้ว จะพบว่าการแก้ปัญหาS&Dเป็นไปได้แค่หาสาเหตุของเรื่องนั้น ๆ แล้วแก้ไขตรงจุด เช่น เรื่องการให้ตรวจควิสุดท้าย ต้องหาสาเหตุว่าเพราะอะไร ความรู้บุคลากร หรือด้านIC หรือตัวคนไข้เองที่ขอ แล้วไปแก้ไขตรง

5) ประเมินความพึงพอใจการจัดกิจกรรม

ความพึงพอใจ	ระดับความพอใจ					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1					
1. ระดับความรู้ของท่าน (ก่อนการอบรม)	0	4	12	3	0	19	3.05	61.05	0.60	ปานกลาง
2. ระดับความรู้ของท่าน (หลังการอบรม)	4	11	4	0	0	19	4.00	80.00	0.65	มาก
3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการโค้ชของท่านได้ ในระดับใด	2	14	3	0	0	19	3.95	78.95	0.51	มาก
4. ประเมินวิทยากร [ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ]	8	10	1	0	0	19	4.37	87.37	0.58	มากที่สุด
5. ประเมินวิทยากร [มีวิธีการสอนที่น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน]	8	10	1	0	0	19	4.37	87.37	0.58	มากที่สุด

ความพึงพอใจ	ระดับความพอใจ					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1					
6. ประเมินวิทยากร [การอภิปรายและการตอบ คำถามโดยวิทยากร]	7	11	1	0	0	19	4.32	86.32	0.57	มากที่สุด
7. ประเมินวิทยากร [การรักษาเวลา]	8	10	1	0	0	19	4.37	87.37	0.58	มากที่สุด
8. ประเมินการประสานงาน [ประสานงานการเข้าระบบ เรียนทั้งก่อนและหลังจัด กิจกรรม]	4	13	2	0	0	19	4.11	82.11	0.55	มาก
9. ประเมินการประสานงาน [การ ประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม]	2	15	2	0	0	19	4.00	80.00	0.46	มาก
10. ประเมินการประสานงาน [ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมี ความเหมาะสม]	3	14	1	0	1	19	3.95	78.95	0.83	มาก
11. ประเมินการประสานงาน [ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมมี ความเหมาะสม]	1	13	4	1	0	19	3.74	74.74	0.64	มาก

หมายเหตุ การคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น : อันตรภาคชั้น = พิสัย / จำนวนชั้น

$$= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$= (5-1)/5$$

ความกว้างของอันตรภาคชั้น 0.80

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด
1.81 - 2.60	น้อย
2.61 - 3.40	ปานกลาง
3.41 - 4.20	มาก
4.22 - 5.00	มากที่สุด

- 6) ท่านอยากให้เราปรับปรุงอะไรในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป
- ระยะเวลาสั้นเกินไปค่ะ
 - อยากเปลี่ยนวันจัดกิจกรรมบ้างค่ะ เนื่องจากวันหยุดยาวเป็นวันและเวลาคลินิก ARV ของ รพ ค่ะ
ไม่มีใครมีเปลี่ยนเวรจ่ายยาได้ค่ะ (ไม่ได้เรียนมา 2 ครั้งแล้วค่ะ)
 - เพิ่มเวลา
 - หากจัดกิจกรรมในช่วงวันหยุดราชการ อาจจะมีผู้สนใจเข้าร่วมมากขึ้น และให้มีคะแนนหน่วย
กิตสำหรับทุกวิชาชีพ
 - จัดตอนเที่ยงหรือหลังสี่โมงเย็นหรือเสาร์อาทิตย์ค่ะ
- 7) ท่านรู้สึกอย่างไร กับการจัดกิจกรรมในครั้งนี้
- ดีค่ะ
 - ดีค่ะ ปูพื้นด้วยประสบการณ์ แล้วนำมาจัดวางให้เห็นภาพว่าต้องทำอะไรต่อ โดยตาราง 3*4
 - รู้สึกได้รับความรู้ ได้รับประโยชน์
 - ได้รับความรู้ มุมมองที่หลากหลาย กิจกรรมที่จะกลับมาดำเนินการ
 - พยายามพูดเก่งเฉพาะกับคนใช้เท่านั้น 😊
 - สนุกมากค่ะ
 - ดี ได้เรียนรู้ประเด็น stigma & discrimination ในสถานการณ์ปัจจุบันเพิ่มเติม
 - ประทับใจ ในการออกแบบกิจกรรม อาจารย์วิทยากร สื่อสาร ถ่ายทอด ได้ดีมากค่ะ
 - สนุก และมีส่วนร่วมไปกับกิจกรรม
 - ประทับใจและชื่นชม อาจารย์ทุกท่านครับ
 - รู้สึกสนุกที่ได้เปิดมุมมองตัวเองจากเคสตัวอย่างที่ท่านวิทยากรนำเสนอค่ะ
 - ชอบมากค่ะ สามารถนำความรู้ไปปรับใช้กับโรคอื่นได้

ผู้ป่วยรายใหม่ เป็นอะไรที่พิเศษ

1. แนวคิด:

ประเทศไทยได้เข้าร่วมโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส ตั้งแต่ปี 2557 และตั้งเป้าหมาย 95-95-95 ในปี 2573 ในส่วนของ 95 ที่ 2 หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สถานการณติดเชื้อแล้วต้องได้รับการรักษา ร้อยละ 95 ยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นหัวใจสำคัญในการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในปัจจุบัน แพทย์จะ พิจารณาให้ผู้ป่วยเริ่มยาโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันการดำเนินไปของโรคและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ไวรัสไปสู่ผู้อื่น ทั้งนี้การกินยาต้านไวรัสเอดส์ต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต เพื่อให้สามารถ กดไวรัสได้สำเร็จ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ดี ดังนั้นการเริ่มต้นที่ดีทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและ ทีมผู้ให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาตลอดไป ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบนำไปสู่ผลของกดไวรัสได้สำเร็จ

2. วัตถุประสงค์:

1. เรียนรู้การประยุกต์ใช้ 3C DALI ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรายใหม่
2. เรียนรู้แนวคิด เป้าหมายการติดตามผลลัพธ์ ของการเริ่มยาในผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่และ สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ (เป้าหมาย 95-3)

3. เนื้อหา/กิจกรรม

เวลา	เนื้อหา	วิทยากรหลัก
25 นาที	นำเข้าสู่บทเรียน : เป้าหมายการติดตามผลลัพธ์ ของการเริ่ม ยาในผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่และสามารถกดไวรัส ได้สำเร็จ (เป้าหมาย 95-3)	นพ.อร่าม ลឹ้มตระกูล
25 นาที	กรณีศึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์	นพ.อร่าม ลឹ้มตระกูล อ.วรวรรณ ใฝ่กระโทก
30 นาที	สรุปเทคนิค และแนะนำเครื่องมือ	นพ.อร่าม ลឹ้มตระกูล อ.วรวรรณ ใฝ่กระโทก อ.ชลลดา นันทวิสัย
10 นาที	สรุปแนวคิดสำคัญของการเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยรายใหม่	นพ.อร่าม ลឹ้มตระกูล นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

4. สื่อการเรียนรู้

- สไลด์ (Presentation) ผู้ป่วยรายใหม่เป็นอะไรที่พิเศษ (ภาคผนวก 5)

5. ระยะเวลาดำเนินการ: 90 นาที

6. การประเมินผลการจัดกิจกรรม

1) การประเมินผลก่อนการอบรม

- คำอธิบาย ปัจจัยต่อไปนี้มีผลต่อการเริ่มกินยาต้านไวรัสเรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1) โดย (5) = มากที่สุด (4) = มาก (3) = ปานกลาง (2) = น้อย (1) = น้อยมาก

คำถามก่อนการอบรม	5	4	3	2	1
1. การยอมรับและปรับตัวในการติดเชื้อ					
2. ความรู้เรื่องโรค การรักษาและยาต้านไวรัส					
3. วิธีการกินยาและการลดผลข้างเคียงของยา					
4. แรงจูงใจและเป้าหมายของการกินยา					
5. ปัญหา self-stigma					
6. การช่วยเหลือและกำลังใจของครอบครัว					
7. การจัดระบบบริการของรพ.					

2) การประเมินผลหลังการอบรม

- คำอธิบาย ให้ท่านให้คะแนนความรู้ความเข้าใจของตนเองหลังการอบรม กรุณาระบุระดับความรู้ของท่านมากขึ้นหรือไม่ เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1) โดย (5) = มากที่สุด (4) = มาก (3) = พอควร (2) = น้อย (1) = น้อยมาก

คำถามหลังการอบรม	5	4	3	2	1
1. การยอมรับและปรับตัวในการติดเชื้อ					
2. ความรู้เรื่องโรค การรักษาและยาต้านไวรัส					
3. วิธีการกินยาและการลดผลข้างเคียงของยา					
4. แรงจูงใจและเป้าหมายของการกินยา					
5. ปัญหา self-stigma					
6. การช่วยเหลือและกำลังใจของครอบครัว					
7. การจัดระบบบริการของรพ.					

- หลังการอบรม : หลังจากที่ท่านได้ร่วมกิจกรรมแล้ว ท่านได้แนวความคิดที่จะไปทำอะไรบ้าง

.....

7. สรุปการเรียนรู้จากกิจกรรม

วัตถุประสงค์ :

1. เรียนรู้การประยุกต์ใช้ 3C DALI ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรายใหม่
2. เรียนรู้แนวคิด เป้าหมายการติดตามผลลัพธ์ของการเริ่มยาในผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่และสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ (เป้าหมาย 95-3)

เกริ่นนำ : การเริ่มต้นที่ดีทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาตลอดไป

เนื้อหา :

จากที่เริ่มทำความเข้าใจ โมเดล “3C-DALI” สู่เนื้อหาเป้าหมาย 95 ที่หนึ่ง (95-1) ร้อยละ95ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าตนเองติดเชื้อ ต้องพยายามทำให้ผู้ติดเชื้อทราบว่าตนเองติดเชื้อให้ได้มากที่สุด และเป้าหมาย 95 ที่สอง (95-2) คือ ร้อยละ95ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จนถึงวันนี้เป้าหมาย 95 ที่สาม (95-3) ผู้ป่วยคงอยู่และสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ

ภาพแสดง Flowการดำเนินการดูแล

ผู้ป่วยเอชไอวี ตั้งแต่ รับผู้ป่วยเอชไอวี Post-test ให้คำปรึกษา เริ่มให้ยาต้านไวรัส ประเมินเริ่มยาต้านไวรัส และวางแผนดูแลรักษา ดูแลต่อเนื่อง



กิจกรรมที่ 1 : ทำนัดผู้ป่วยหลังเริ่มยาต้านไวรัสครั้งแรกเมื่อไหร่ (1-2 สัปดาห์ / 1 เดือน) ทั้งนี้ไม่มีข้อกำหนดที่แน่นอน

กิจกรรมที่ 2 : ทำนัดเริ่มต้านไวรัสในผู้ป่วยรายใหม่ได้อย่างไรบ้าง

- ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา สังเกตอาการแพ้ยาได้เอง
- ซักถามได้เมื่อมีปัญหาจากการรับประทานยา
- ผู้ป่วยมาตามนัด
- การให้คำปรึกษาเรื่องโรคและการดูแลรักษา อธิบาย เปิดโอกาสให้ซักถาม
- กดไวรัสได้
- แจ้งผลเลือดกับคู่ การนำคู่มารวบรวมเลือด
- ประเมินการยอมรับ และประเมินด้านจิตใจ
- การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ
- compliance of ARV

กิจกรรมที่ 3 : ทำนัดพบปัญหาอะไรบ้างในการติดตามครั้งแรกหลังเริ่มยา

- รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
- ไม่ใช้ถุงยางอนามัย
- มีผลข้างเคียงจากยาแต่ไม่มาพบแพทย์ก่อนนัด

- Side effect ของยา แพ้ยา หรือ มีอาการข้างเคียงแล้วหยุดยาเอง
- การเดินทางลำบาก /การलगานไม่ได้ตามนัด
- ไม่กล้าเปิดเผยผลเลือด ทำให้ไม่สามารถชวนคู่มาตรวจเลือดได้
- เก็บยาไม่ถูกวิธี

วัตถุประสงค์ของการนัดผู้ป่วยครั้งแรกหลังเริ่มยา :

1. ติดตามผลของ Post test counseling
2. ติดตามผลของการเริ่มยาต้านไวรัส
3. วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย

กรณีศึกษา : ผู้รับบริการชายอายุ 25 ปี เป็นชายรักชาย จบปริญญาตรีเพิ่งได้งานเป็นครูในโรงเรียนเอกชน มาผ่าตัดหูดที่บริเวณรอบทวารหนัก ตรวจพบติดเชื้อ HIV ตอนพยาบาลผู้ให้การปรึกษาบอกผลเลือด ตกใจ หูดับ ไม่ทราบว่าพยาบาลได้พูดเรื่องอะไรบ้าง รู้สึกเสียใจมาก สิ้นหวังในชีวิต เมื่อมาที่คลินิกเริ่มยา ได้ทราบข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านทำให้มีความหวังจึงตัดสินใจกินยา แต่ก็ยังไม่ค่อยมั่นใจนัก กลัวคนอื่นรู้ โดยเฉพาะการต้องलगานมาบ่อย ๆ

กิจกรรมที่ 4 : สรุปปัญหาจากกรณีศึกษา ความท้าทายที่สำคัญ (Key Issue)

- คู่ของผู้ป่วย
- self stigma
- Non compliance
- ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง
- การलगานบ่อย
- ความพร้อมในการเริ่มยาแบบ same day เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่พร้อมรับฟัง
- อาจรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
- Self stigma การวางแผนเป้าหมายของชีวิตการทำงาน
- การรักษาความลับ
- การจัดการอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจในการรักษา
- การมาตามนัด การलगาน การถูกเปิดเผยความลับ
- การบอกผลเลือดกับครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 : จะช่วยผู้ป่วยได้อย่างไร

- ช่วยประเมินค่ารักษาผู้ป่วย เนื่องจากอาชีพครูเอกชนต้องจ่ายเงินส่วนตัวก่อน แล้วจึงเบิกได้ภายหลัง
- ประเมินความต้องการ และวางแผนร่วมกัน
- เพิ่มความมั่นใจเรื่องการรักษาความลับ การ Counseling ในประเด็นที่สำคัญ การพูดคุยประเด็นที่ผู้ป่วยกังวลก่อน การยอมรับ และสิ้นหวัง ค้นหาและสร้างแรงจูงใจ เสริมพลังในการดูแลตนเอง
- Stigma เร่งด่วนที่สุด

- ไม่มั่นใจในการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส
- อนาคตการทำงาน
- ประเมิน ความต้องการ และ สถานบริการที่ผู้ป่วยสะดวกในการเข้ารับบริการ และประสาน สถานบริการ การส่งต่อ

ความท้าทาย :

- การติดเชื้อ HIV ไม่มีผลต่อเป้าหมายการดำเนินชีวิตด้วยการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แรงจูงใจในการรักษา
- การติดเชื้อ และการเป็น MSM ไม่ได้ลดคุณค่าความเป็นคน (แก้ self stigma)
- การรักษา (การรับประทานยาและมาตามนัด) จะไม่เป็นภาระที่เกินความสามารถ(มีการทราบและวางแผนร่วมกันเป็นระยะ)
- ความเชื่อมั่นในบริการและการปกป้องพิทักษ์สิทธิผู้ติดเชื้อของรพ.

กิจกรรมที่ 6 ท่านจะใช้ข้อมูลอะไรบ้างในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

- การเดินทางมารับยา ความสะดวก ในการมารับยา เป็นอย่างไร หาประเด็นอุปสรรคการรับยา ต่อเนื่อง
- มีคนที่ไว้ใจ หรือเพื่อนสนิท ที่สามารถพูดคุยได้ หรือไม่
- ข้อมูลด้านครอบครัว ต้องรับผิดชอบใครบ้างอย่างไร ครอบครัวทั้งสองฝ่าย
- การมาตามนัด ขอทราบเกี่ยวกับการลางาน ความเหมาะสมของเวลา
- สถานะทางสังคม
- การคาดหวังแสวงหาการรักษาอื่น ๆ

กิจกรรมที่ 7 ท่านจะวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

- การรับยาทางไปรษณีย์ กรณีไม่สะดวก หรือการเพิ่มช่องทาง และประสานเวลาในการรับยา การรับยาแทน ในบางโอกาส
- สะดวกมาในเวลา หรือนอกเวลา
- ช่องทางการให้การปรึกษา เช่น โทรศัพท์ / ช่องทางติดต่อเมื่อมาตามนัดไม่ได้
- ไปรับยาในคลินิกเฉพาะ
- ระยะเวลาในการจ่ายยากรณีที่ไม่มีอาการรบกวน
- การอำนวยความสะดวก ตกผลงบริการในการนัดรับยา

กิจกรรมที่ 8 บทบาทของสหวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างไร

- การประสานร่วมวางแผนในการจัดบริการในผู้ป่วยรายนี้
- ทำ Case conference แต่ละ Case ก่อนผู้ป่วยเข้ารับบริการ
- การบันทึกสื่อสารผ่านเวชระเบียน ในประเด็นที่สำคัญ
- แพทย์พิจารณาจ่ายยานาน มีบริการนอกเวลา

- เกสัชกร อาสาสมัคร สังคมสงเคราะห์ จิตเวช แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพจิต
- แต่ละวิชาชีพนำไปวางแผนการดูแล
- ประชุมปรึกษา ร่วมกัน วางแผนร่วมกัน
- ให้การปรึกษา เพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงก่อน
- ส่งต่อข้อมูล ใช้ข้อมูลร่วมกันในแต่ละวิชาชีพ
- เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในคลินิก ยาต้านไวรัส
- บันทึกประเด็นที่ทำหายที่สุด เช่น สิ้นหวังซึมเศร้า เสี่ยงทำร้ายตัวเอง

สิ่งที่มีผลกระทบต่อ Outcome คือ Reaction to Resistance : เมื่อผู้ป่วยทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ในครั้งแรกจะหุดับ โกรธ ต่อรองว่าอาจไม่ใช่ ซึ่งต้องใช้เวลาและสุดท้ายยอมรับได้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม : ใ้บุคคลได้รับรู้ว่าตนเองอยู่ในระยะใดของการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ :

เริ่มจากไม่เห็นปัญหา คิดทบทวนไตร่ตรอง เริ่มคิดเปลี่ยนแปลง ลังเล ตัดสินใจเตรียมการ ลงมือทำ (ในช่วงลงมือทำต้องมีแรงจูงใจ ทำให้การรับประทานยาให้เป็นกิจวัตรประจำวันให้ได้) ทำพฤติกรรมต่อเนื่องคงสภาพ ถอยไปทำพฤติกรรมเดิม (เมื่อแรงจูงใจหายไป สามารถกลับไปสู่สภาพเดิมได้)

การประเมินผู้ป่วยหลังเริ่มยาARV

การประเมินผล Post test counseling

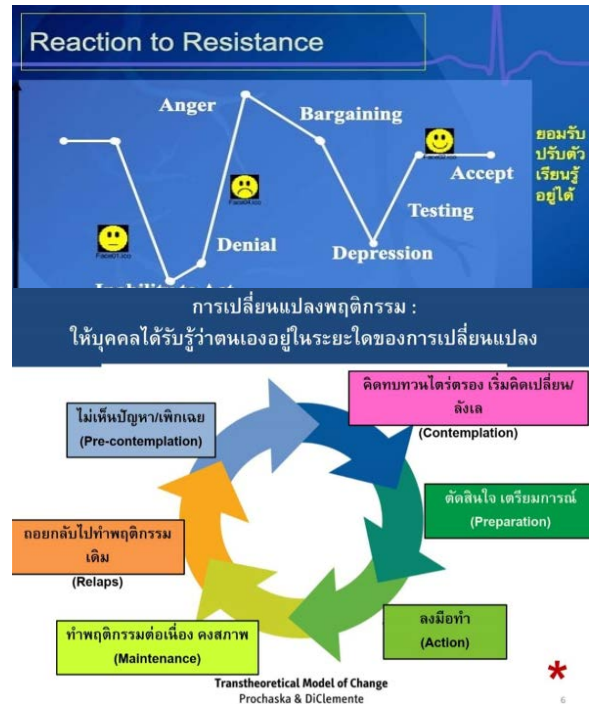
1. การรับผลเลือดและการปรับตัว.
 - “รู้สึกอย่างไรกับการติดเชื้อ”
2. สัมพันธภาพกับคนรอบข้าง/ที่ทำงาน
 - “มีใครรับรู้ผลเลือดของคุณบ้าง”
 - “มีเหตุการณ์หรือปัญหาอะไรเกิดขึ้นบ้าง”
 - “มีการวางแผนอะไรแล้วบ้าง”
3. ได้ข้อมูล/มีความคิดเห็นอะไรใหม่เกี่ยวกับโรคและการรักษา”

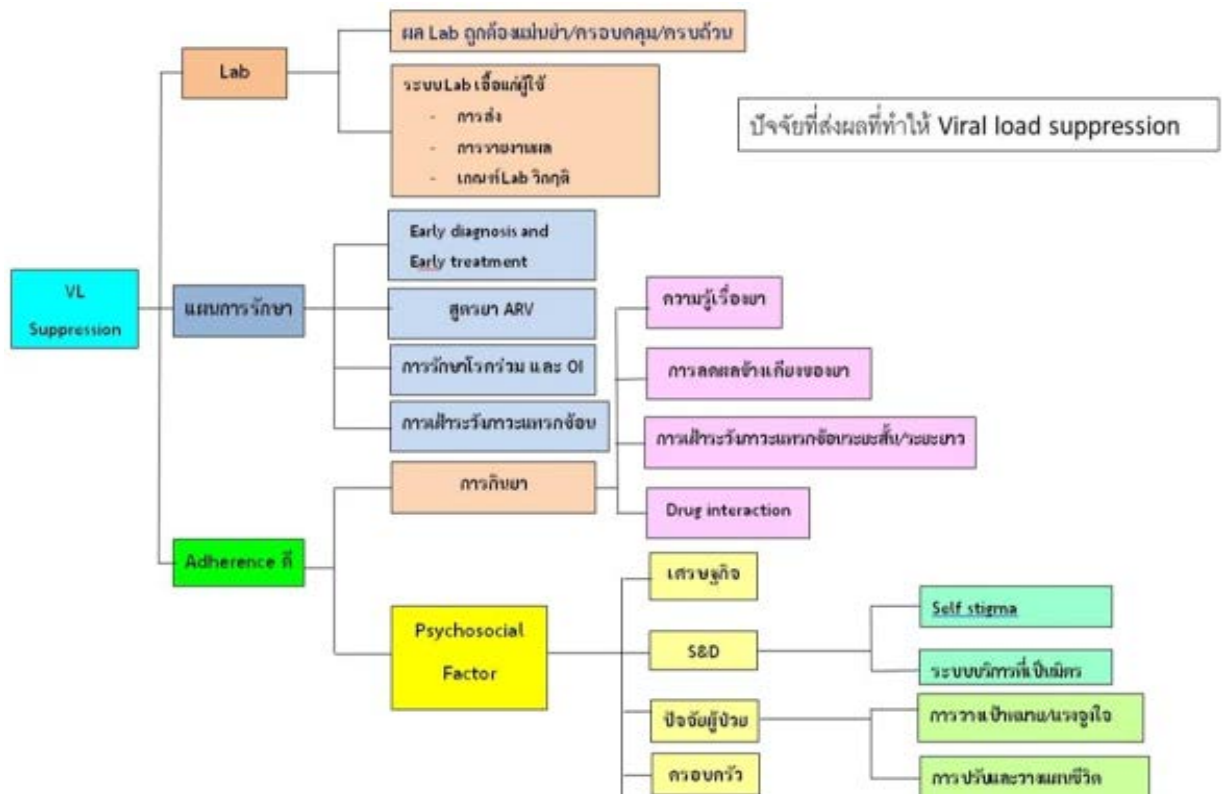
การประเมินการการเริ่มยา

1. ผลการกินยาเป็นอย่างไร (Adherence)
2. รู้สึกอย่างไรกับการกินยา (ทั้งกินได้ดีและไม่ดี)
3. มีความยากลำบากในการกินยาอย่างไร/เวลาที่เลือกเหมาะสมหรือไม่
4. มีความหวังอย่างไรกับการกินยา (เป้าหมาย/แรงจูงใจ)

ข้อ 2,3 ดูระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change)

แผนภูมิแสดงปัจจัยที่ส่งผลที่ทำให้ Viral Load Suppression





กระบวนการออกแบบกระบวนการ

การออกแบบกระบวนการ (Process Design)

กระบวนการหลักที่สำคัญของการบริการด้านเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย 95-95-95 โดยใช้กลยุทธ์ Reach Recruit Test Treat Retain (RRTTR)

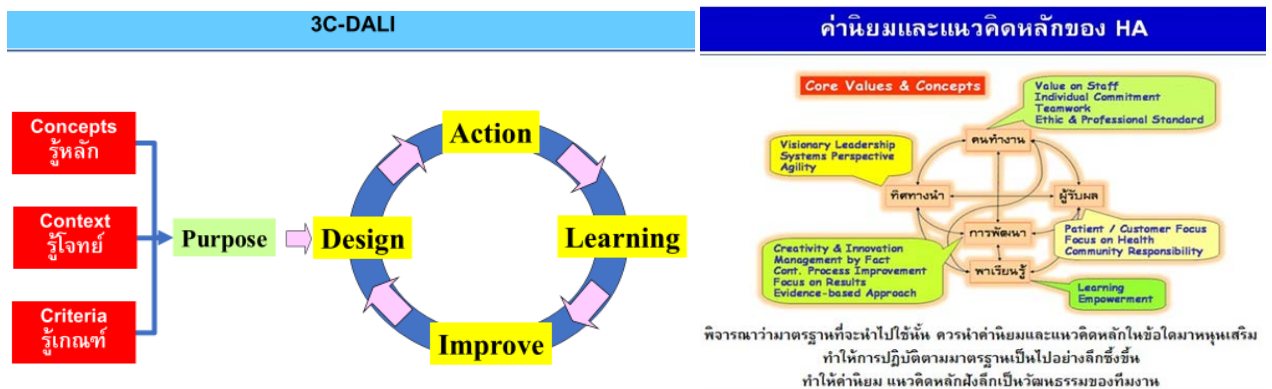
Core Service	Process requirements	Process Design	Process Indicator
Reach	กลุ่มเสี่ยงทุกรายได้รับ approach เบื้องต้น ด้วยบริการที่เข้าใจ ไม่ตีตรา ไร้วางใจ เป็นมิตร	1. กำหนดกลุ่มเสี่ยง (STI, TB, ANC, คู่หญิง ANC, คู่ผู้ติดเชื้อ) และวิธีการสื่อสารและเข้าถึงเบื้องต้น 2. กำหนดคุณลักษณะของผู้รับบริการที่สามารถเข้าถึงได้ เช่น ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยในที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์/สารเสพติด	
Recruit	มีความไวในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงทุกรายที่มีข้อบ่งชี้ตามนโยบาย	1. กำหนดหน่วยงานของการให้บริการคัดกรองเบื้องต้น 2. กำหนดหลักเกณฑ์ที่มีความไวในการคัดกรองตามความเสี่ยง เช่น เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย รอยสัก ใช้สารเสพติด เป็นต้น 3. กลุ่มเสี่ยงทุกรายที่เข้าสู่ recruit ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นทั้งในอดีตและปัจจุบัน 4. ตามกลุ่มประชากรเสี่ยงที่เป็นนโยบาย ได้แก่ MSM, ANC, STI, TB ตามนโยบายหรือประเด็นคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น ผู้รับการผ่าตัด	ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง ตัวตั้ง : จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการคัดกรอง ตัวหาร : จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการ
Register @Pre-test	ข้อมูล ครบถ้วน ถูกต้อง สามารถถ่ายโอนข้อมูลไปใช้ได้	1. ลงทะเบียนผู้รับบริการเพื่อเข้าสู่กระบวนการ Pre-Test (ควรใช้ E-file) 2. ตรวจสอบข้อมูลบัตรประชาชนหรือ หลักฐานอื่น ๆ ที่นำเชื่อถือ	ร้อยละของกลุ่มที่ได้รับการคัดกรองมีข้อมูลใช้ในการเข้ารับบริการ VCT ได้รับการ Register
Pretest Counseling	1. ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ครบถ้วน ในการตัดสินใจตรวจเลือด	1. กำหนดคุณสมบัติผู้ให้บริการ 2. ออกแบบการให้บริการ ให้มีลักษณะดังนี้	ร้อยละของกลุ่ม Register ที่ปฏิเสธการตรวจเอชไอวี

Core Service	Process requirements	Process Design	Process Indicator
	2. ยึดหลักความสมัครใจ 3. สำคัญถึงการรักษาความลับ และความเป็นส่วนตัว	2. ออกแบบการให้บริการ ให้มีลักษณะดังนี้ - การพูดคุยในลักษณะ 2 way: communication แจ้งว่า จะเจาะเลือดตรวจ HIV - เหตุผลที่ต้องตรวจ, สิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังรู้ผล - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกกังวลใจถามคำถาม และยื่นรับการรักษาความลับ - ขอความยินยอมโดยสมัครใจ 3. มีการบันทึกข้อมูล Pre-test ในระบบเวชระเบียน	
HIV testing	1. ความถูกต้อง 2. ความรวดเร็วในการรายงานผล	1. มีการใช้ Algorithm ในการตรวจตามแนวทางประเทศ 2. มีการออกแบบการป้องกัน Human errors เช่น ผิดคน ผิด specimens รายงานผลผิด 3. มีรูปแบบในการรายงานผลที่สนับสนุนการแจ้งผลภายในวันเดียว และ การเริ่มยาต้านภายในวันเดียว - มีระบบการแจ้งเตือนอย่างรวดเร็วกรณีผลเลือดบวก	1. ร้อยละของผลเลือด Inconclusive ที่ได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้องตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2563/2564 2. ร้อยละของ False positive/Negative 3. ร้อยละของอุบัติการณ์ของการรายงานผลคน/ specimen 4. ร้อยละที่ไม่สามารถรายงานผลได้ในระยะเวลาที่รับประกัน 5. ร้อยละของการแจ้งเตือนผลเลือดบวกที่ผู้เกี่ยวข้องได้รับในเวลาที่ได้รับประกัน
Post test	1. เข้าใจในผลเลือด 2. ยอมรับผลเลือด 3. มีความพร้อมเข้ารับบริการดูแลรักษาต่อเนื่อง	1. มีการประเมินความพร้อมในการรับฟังผลเลือด 2. มีการแจ้งผลเลือดร่วมกับการสื่อสารให้เกิดการตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงความเข้าใจในกรณี Window Period ด้วย 3. มีการประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม	1. ร้อยละของผู้ที่มีผลเลือดบวกลบที่ไม่ได้รับ Post test 2. ร้อยละของผู้ที่มีผลลบที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาต่อเนื่อง (Stay Negative) 3. ร้อยละของผู้ที่มีผลลบที่ไม่ได้รับ Post test

Core Service	Process requirements	Process Design	Process Indicator
Planning for ARV regimen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปลอดภัย 2. เริ่มยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนการเริ่มใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ตามแนวทางประเทศ ฉบับปัจจุบัน 2. จัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสไปพร้อมกับการเริ่มยาต้านไวรัส 	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสตามระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่ม OI, non-OI, TB co-infection เป็นต้น
Education & self-care plan development	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้และตระหนักว่าต้องกินยาและรับการศึกษาตลอดชีวิต 2. ทราบความสำคัญในการติดตามรักษาอย่างสม่ำเสมอ 3. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและตัดสินใจในการกำหนดการดูแล (shared-decision making) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการให้ความรู้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่คลินิก ARV 2. ทบทวนความรู้ที่ผู้ป่วยมีอยู่และประเมินปัญหาจิตสังคมของผู้ป่วย 4. ให้ความรู้และคำแนะนำให้ครอบคลุมทั้งความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว และการจัดการปัญหาจิตสังคม 5. สึกทักษะที่จำเป็น เช่น การกินยา การจัดยา การป้องกันการแพร่และรับเชื้อเพิ่ม ทักษะของผู้ช่วยเหลือ 6. จัดทำและชักชวนความเข้าใจในแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยทวนกลับความรู้สำคัญได้อย่างเข้าใจและครบถ้วน ถูกต้อง (teach back method) 2. ร้อยละของผู้ป่วยมีค่า adherence มากกว่าร้อยละ 95
Advocate VCT for coupling/partner	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีความเข้าใจความรู้สึกและเหตุผลของผู้ติดเชื้อ 2. ชักชวนให้เห็นถึงประโยชน์ในการรักษาในระยะยาวของครอบครัว/คู่ 3. นำไปสู่ความยินยอมในการนำคู่มารับบริการ VCT 4. สร้างทักษะในการเปิดเผยผลเลือดและการชวนคู่มารตรวจ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. determine timing for advocate กำหนดเวลาที่เหมาะสมในการชวนคู่มารตรวจ และมีระบบบันทึกในกรณีที่ยังไม่สำเร็จ 2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในเรื่องการชวนคู่มารตรวจ 3. ใช้กระบวนการให้การปรึกษาในการค้นหาปัญหาและความต้องการ บังคับทางจิตสังคมที่มีผลต่อการตัดสินใจแก้ไขปัญหา จนสามารถหาทางออกได้ด้วยตนเอง โดยผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลที่จำเป็น 	ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของคู่/ผู้สัมผัส

Core Service	Process requirements	Process Design	Process Indicator
		<ol style="list-style-type: none"> 5. ให้ความรู้และสร้างความเชื่อแก่ผู้ป่วยว่าผลเลือดของคู่มือเลือกต่างกับไม่ได้ 	
Information support mechanism	<ol style="list-style-type: none"> 1. เข้าถึงง่าย 2. สะดวก 3. ไร้วางใจเรื่องการรักษาความลับ 4. สร้างความรู้สึกเข้าใจและเชื่อถืออาทร 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างช่องทางในการติดต่อกลับของผู้ป่วย เช่น โน้ตหมายแจ้งโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ตลอดเวลา 2. กำหนดเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการติดต่อกลับของผู้ป่วย รวมทั้งสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจกับผู้ป่วย เช่น เป็นผู้ให้การปรึกษา เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างรับบริการ เป็นต้น 3. สื่อสารให้ผู้ป่วยทราบถึงรูปแบบการบริการที่สามารถวางใจและรักษาความลับ 	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ช่องทางในแต่ละช่วงเวลา <ol style="list-style-type: none"> 1) ช่วงการเริ่มยาต้าน ภายใน 12 เดือนแรก 2) ช่วงการดูแลรักษาต่อเนื่อง 1 วัน <ul style="list-style-type: none"> - 2 ปี - 5 ปี - ทุก 5 ปี
Appointment	<ol style="list-style-type: none"> 1. สะดวกกับผู้ป่วย 2. เน้นความสำคัญของการนัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งวัตถุประสงค์และความสำคัญของการเข้ารับบริการ. 2. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกรับบริการที่เป็นไปตามแผนการดูแลรักษา 3. ประเมินปัญหา/อุปสรรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดครั้งต่อไปได้ 4. แจ้งแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถมาตามนัดในครั้งต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ขาดนัด (ไม่มาตามนัดเกิน 28 วัน)
Self ARV administration	<ol style="list-style-type: none"> 1. ถูกต้อง 2. ตรงเวลา 3. ต่อเนื่อง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้เรื่องยา ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - รู้จักชื่อยา - ความสำคัญของการกินยาต่อเนื่อง - การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา - การใช้ยาด้านร่วมกับยาและการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ หรือแพทย์ทางเลือก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มี adherence มากกว่าร้อยละ 95 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลปริมาณไวรัสน้อยกว่า 50 cp/ml

Core Service	Process requirements	Process Design	Process Indicator
		2. การสร้างวินัยการกินยา <ul style="list-style-type: none"> - เลือกเวลากินยาที่เหมาะสม - วิธีป้องกันการลืมกินยา - สร้างแรงจูงใจในการกินยาต่อเนื่อง 3. ในกรณีที่ต้องมีผู้ดูแลในการให้ยา ต้องมีการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกินยาอย่างถูกต้อง 4. เจ้าหน้าที่ประเมินวินัยการกินยาของผู้ป่วย (adherence) ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่อง 5. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและการปรึกษาแก่ผู้ป่วยเมื่อผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	
Follow-up visit			
Assessment (clinical & lab) for each visit	ครอบคลุมประเด็นหลักที่สำคัญ	1. ประเมินสุขภาพทั่วไป และภาวะโภชนาการ 2. ประเมินวินัยการกินยาทุกครั้งและส่งตรวจหาปริมาณไวรัสตามเกณฑ์ 3. ประเมินการใช้ยาและข้อห้าม/ข้อพึงระวังของการใช้ยาร่วม ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของยา ทั้งระยะสั้นและระยะยาว 4. ประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคร่วมอื่น ๆ 5. ประเมินภาวะจิตใจสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้า S&D แรงจูงใจในการดูแลรักษา ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม ที่ส่งต่อการดูแลรักษา	จากการสุ่มเจาะเลือด 1. สัดส่วนของเจาะเลือดที่มีการประเมินครบถ้วนครอบคลุมประเด็นสำคัญ 2. สัดส่วนของเจาะเลือดที่มีการส่งตรวจ VL ในแต่ละปี
Identify new problem	1. ลักษณะของขั้นตอนที่มีคุณภาพ	1. มีการค้นหาปัญหาใหม่ของผู้ป่วยให้ครอบคลุมประเด็นต่อไป	ร้อยละของเจาะเลือดที่มีการสรุปปัญหาใหม่



ที่ผ่านมาได้ใช้กระบวนการ 3C-DALI ทั้งรู้หลัก รู้เกณฑ์ กระบวนการสำคัญในการเริ่มยาต้านไวรัส : การ Post test counseling และ การเริ่มยาต้านไวรัส ทั้งนี้หลังการอบรมแล้วเกิดแนวคิด จะไปดำเนินการอะไรต่อ ในงานประจำ ขอให้ผู้เข้าอบรมบันทึกไว้

8. สรุปผลการจัดกิจกรรม

กิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี ครั้งที่ 5 หัวข้อ ผู้ป่วยรายใหม่เป็นอะไรที่พิเศษ ในวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 41 คน โดยมีผลลัพธ์การประเมินประมวลผลจากผู้ที่ทำแบบประเมินทั้งก่อนและหลังเรียน จำนวน 12 คน ดังนี้

1) การประเมินก่อนเรียน

Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1. การยอมรับและปรับตัวในการติดเชื้อ	5	4	2	1	0	12	4.08	81.67	0.95	มาก
2. ความรู้เรื่องโรค การรักษาและยาต้านไวรัส	5	4	2	1	0	12	4.08	81.67	0.95	มาก
3. วิธีการกินยาและการลดผลข้างเคียงของยา	5	4	2	1	0	12	4.08	81.67	0.95	มาก
4. แรงจูงใจและเป้าหมายของการกินยา	8	1	3	0	0	12	4.42	88.33	0.86	มากที่สุด
5. ปัญหา self-stigma	7	3	2	0	0	12	4.42	88.33	0.76	มากที่สุด
6. การช่วยเหลือและกำลังใจของครอบครัว	6	3	3	0	0	12	4.25	85.00	0.83	มากที่สุด
7. การจัดระบบบริการของรพ.	6	1	1	1	0	9	4.33	86.67	1.05	มากที่สุด

2) การประเมินหลังเรียน

Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1. การยอมรับและปรับตัวในการติดเชื้อ	8	4	0	0	0	12	4.67	93.33	0.47	มากที่สุด
2. ความรู้เรื่องโรค การรักษาและยาต้านไวรัส	7	4	1	0	0	12	4.50	90.00	0.65	มากที่สุด
3. วิธีการกินยาและการลดผลข้างเคียงของยา	7	4	1	0	0	12	4.50	90.00	0.65	มากที่สุด
4. แรงจูงใจและเป้าหมายของการกินยา	8	3	1	0	0	12	4.58	91.67	0.64	มากที่สุด
5. ปัญหา self-stigma	6	5	1	0	0	12	4.42	88.33	0.64	มากที่สุด
6. การช่วยเหลือและกำลังใจของครอบครัว	7	4	1	0	0	12	4.50	90.00	0.65	มากที่สุด
7. การจัดระบบบริการของรพ.	6	5	1	0	0	12	4.42	88.33	0.64	มากที่สุด

หมายเหตุ การคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น : อันตรภาคชั้น = พิสัย / จำนวนชั้น

$$= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

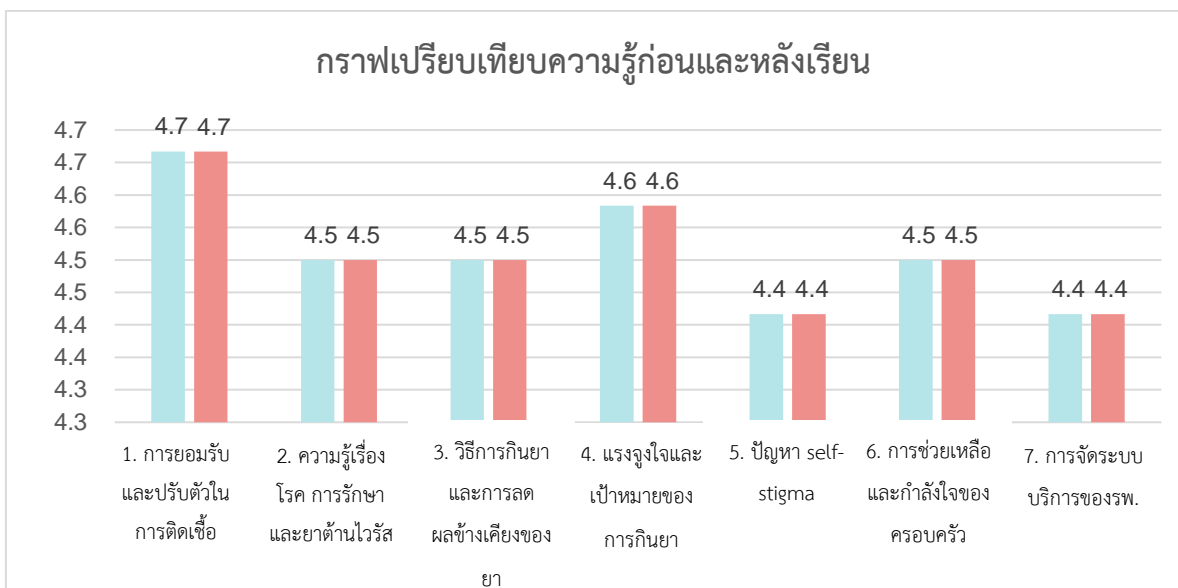
$$= (5-1)/5$$

ความกว้างของอันตรภาคชั้น 0.80

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด
1.81 - 2.60	น้อย
2.61 - 3.40	ปานกลาง
3.41 - 4.20	มาก
4.23- 5.00	มากที่สุด

3) การประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

คำถาม	Pre test		Post test		P-Value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. การยอมรับและปรับตัวในการติดเชื้อ	4.08	0.95	4.67	0.47	
2. ความรู้เรื่องโรค การรักษาและยาต้านไวรัส	4.08	0.95	4.50	0.65	
3. วิธีการกินยาและการลดผลข้างเคียงของยา	4.08	0.95	4.50	0.65	
4. แรงจูงใจและเป้าหมายของการกินยา	4.42	0.86	4.58	0.64	
5. ปัญหา self-stigma	4.42	0.76	4.42	0.64	
6. การช่วยเหลือและกำลังใจของครอบครัว	4.25	0.83	4.50	0.65	
7. การจัดระบบบริการของรพ.	4.33	1.05	4.42	0.64	



- 4) หลังการอบรม : หลังจากที่ท่านได้ร่วมกิจกรรมแล้ว ท่านได้แนวความคิดที่จะไปทำอะไรบ้าง
- การออกแบบกระบวนการติดตามผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายตั้งแต่การเข้าสู่ระบบการบริการและการเริ่มยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมทุกด้าน
 - วางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย
 - สามารถนำไปแนะนำและใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น
 - ร่วมค้นหาปัญหา ในผู้ป่วยรายใหม่ก่อนเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษาหรือคุยในทีม แก้ไขปัญหาร่วมกัน
 - สร้างเป้าหมาย และมีตัวชี้วัดเพื่อติดตามงาน ทำงานร่วมกันเป็นทีม
 - วางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย
 - เพิ่มเติมกระบวนการ จุดเน้นในการสร้างการเรียนรู้กับกลุ่มผู้ป่วย
 - พูดคุยกับทีมสหวิชาชีพของ รพ. ให้ตระหนักว่า ทุกคนมีบทบาทในการช่วยสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อประโยชน์สูงในการรักษา
 - ควบคุมดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คนไข้ 1 คน มีผลต้องครอบคลุมด้วย
 - เรียนรู้เพิ่มขึ้น เพื่อนำไปปรับปรุงคุณภาพการจัดบริการให้ดีขึ้น
 - การจัดกระบวนการของคลินิกยาต้านฯที่มีการประเมินรายเคสให้รู้ถึงความเสี่ยง และการวางแผนต่อเนื่อง การประเมินระหว่างการรักษา
 - จัดทำแบบประเมินใน 2 ประเด็นหลักเพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายให้ครอบคลุมในประเด็นสำคัญที่ อ.สอนในวันนี้ ของเดิมทำไมครอบคลุมทุกประเด็นเพราะแล้วแต่ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่หากมีแบบประเมินก็จะเป็นแนวทางให้แก่ HIV Coordinator มือใหม่ได้ค่ะ

เป้าหมายสุดท้าย “สู่ระยะเชื้อสงบ” ชั่วฉับนั้ร

1. แนวคิด:

ประเทศไทยมีเป้าหมาย 95-95-95 “เพื่อยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573” โดยต้องการให้ผู้ติดเชื้อได้รู้สถานะการติดเชื้อตนเองให้ครอบคลุม ร้อยละ 95 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 95 รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถกดไวรัสได้ ร้อยละ 95 อย่างไรก็ตามการกินยาอย่างสม่ำเสมอและการคงอยู่ในระบบส่งผลต่อการกินยาต้านไวรัสต่อเนื่องทำให้กักระดับไวรัสในเลือดจนวัดไม่ได้ ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิต รวมถึงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังคู่ (Undetectable = Untransmittable, U=U) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากเผชิญกับอุปสรรคและความท้าทายต่าง ๆ ทำให้หายไปจากระบบการรักษา (Loss to Follow up) และกินยาไม่ต่อเนื่อง โดยเห็นหลักฐานได้จากข้อมูลการขาดนัดพบแพทย์หรือขาดการรับยา ยังพบได้ ทำให้การกดไวรัสไม่สำเร็จ

การจัดกิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติเรื่อง เป้าหมายสุดท้าย “สู่ระยะเชื้อสงบ” ชั่วฉับนั้ร ในครั้งนี้จะมีแนวคิดเพื่อวิเคราะห์ระบบบริการและแนะนำแนวทางแก้ไขปัญหาด้านการจัดการบริการ วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้คนไข้คงอยู่ในระบบและกดไวรัสสำเร็จ

2. วัตถุประสงค์:

1. เพื่อทราบหลักการเป้าหมายสุดท้าย คงอยู่ในระบบและกดไวรัสสำเร็จ (สู่ระยะเชื้อสงบ)
2. เพื่อสามารถวิเคราะห์ระบบบริการและแก้ไขปัญหาด้านการจัดการบริการ
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้คนไข้คงอยู่ในระบบและกดไวรัสสำเร็จ

3. เนื้อหา/กิจกรรม

เวลา	เนื้อหา	วิทยากรหลัก
10 นาที	นำเข้าสู่บทเรียน : ความสำคัญและปัจจัยที่สำคัญของ Viral Suppression	นพ.อร่าม ลีมิตรสกุล
5 นาที	บรรยายประเด็นสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบและกดไวรัสสำเร็จ (สู่ระยะเชื้อสงบ)	นพ.อร่าม ลีมิตรสกุล
15 นาที	แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาเหตุใดที่ทำให้คนไข้หายไปจากระบบ / กดไวรัสไม่สำเร็จ	นพ.อร่าม ลีมิตรสกุล
20 นาที	กรณีศึกษา และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	นพ.อร่าม ลีมิตรสกุล
30 นาที	บรรยายรูปแบบการจัดการบริการเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบและกดไวรัสได้สำเร็จ	นพ.อร่าม ลีมิตรสกุล พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล
10 นาที	AAR (รู้สึ้อย่างไร สิ่งที่ได้เรียนรู้ และจะทำอะไรต่อไป	นพ.อร่าม ลีมิตรสกุล พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล

4. สื่อการเรียนรู้

- สไลด์ (Presentation) เป้าหมายสุดท้าย “สู่ระยะเชื้อสงบ” ชั่วฉับนินทร (ภาคผนวก 6)

5. ระยะเวลาดำเนินการ: 90 นาที

6. การประเมินผลการจัดกิจกรรม

1) การประเมินผลก่อนการอบรม

- คำอธิบาย ท่านให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา ARV ต่อเนื่องในประเด็นต่อไปนี้อย่างไร
เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1) โดย (5) = มากที่สุด (4) = มาก (3)
= ปานกลาง (2) = น้อย (1) = น้อยมาก

คำถามก่อนการอบรม	5	4	3	2	1
1. การได้ข้อมูล adherence การกินยา ARV ที่ถูกต้องมากที่สุด					
2. การได้ตรวจ Viral load ตามกำหนด					
3. การประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงของยา ARV					
4. การประเมินและส่งเสริมสุขภาพทางกายของผู้ติดเชื้อ					
5. การประเมินและแก้ไขปัญหาทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ					
6. การส่งเสริมในการมีส่วนร่วมของคู่และครอบครัวผู้ติดเชื้อ					
7. การประเมินและส่งเสริมแรงจูงใจในการกินยา					
8. การประเมินและแก้ไขปัญหา self stigma					

2) การประเมินผลหลังการอบรม

- คำอธิบาย ท่านให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา ARV ต่อเนื่องในประเด็นต่อไปนี้อย่างไร
เรียงลำดับคะแนนจากมากที่สุด (5) ลงไปจนถึงน้อยที่สุด (1) โดย (5) = มากที่สุด (4) = มาก (3)
= ปานกลาง (2) = น้อย (1) = น้อยมาก

คำถามหลังการอบรม	5	4	3	2	1
1. การได้ข้อมูล adherence การกินยา ARV ที่ถูกต้องมากที่สุด					
2. การได้ตรวจ Viral load ตามกำหนด					
3. การประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงของยา ARV					
4. การประเมินและส่งเสริมสุขภาพทางกายของผู้ติดเชื้อ					
5. การประเมินและแก้ไขปัญหาทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ					
6. การส่งเสริมในการมีส่วนร่วมของคู่และครอบครัวผู้ติดเชื้อ					
7. การประเมินและส่งเสริมแรงจูงใจในการกินยา					
8. การประเมินและแก้ไขปัญหา self stigma					

- หลังการอบรม : จะไปทำอะไรต่อหลังได้ร่วมกิจกรรม

.....

.....

.....

7. สรุปการเรียนรู้จากกิจกรรม

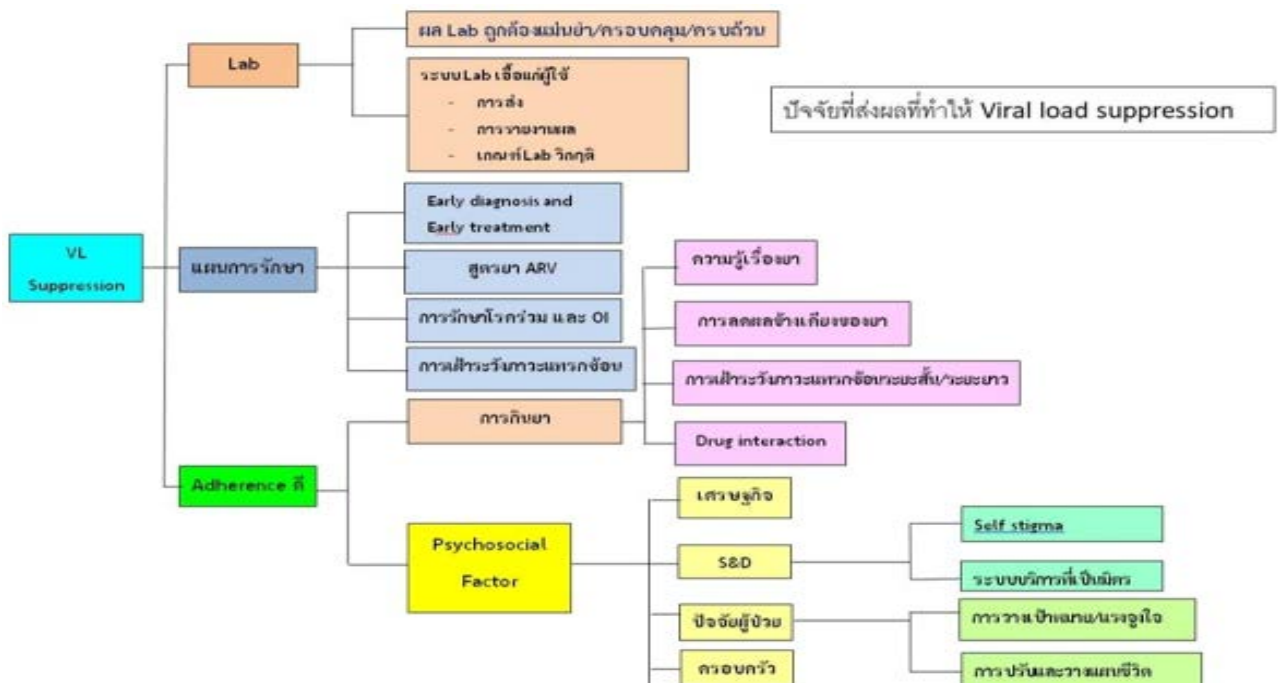
- วัตถุประสงค์ :
1. เป้าหมายสุดท้าย คงอยู่ในระบบและกดไวรัสสำเร็จ (สู่ระยะเชื้อสงบ)
 2. วิเคราะห์ระบบบริการและแก้ไขปัญหาการจัดบริการ
 3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้คนไข้คงอยู่ในระบบและกดไวรัสสำเร็จ

เกริ่นนำ : การคงอยู่ในระบบอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมวินัยการกินยา และการติดตามดูแลผลลัพธ์การรักษา เป็นสิ่งที่ สำคัญและจำเป็น

เนื้อหา :

พบว่า การเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อแต่ละครั้ง จะมีการประเมินตามแผนการรักษา ซึ่งควรปรับแผนให้มีประสิทธิภาพก่อนที่ผู้ติดเชื้อจะหายไปจากระบบหรือรับประทานยาไม่ถูกต้อง อีกทั้งยังเป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ที่ผ่านมามีความสำคัญกับผู้ป่วย ผู้ป่วย 1 คนถือว่ามีคุณค่า ซึ่งสิ่งที่มีคุณค่าในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี คือการที่ผู้ป่วยได้รับดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง และการกดไวรัสได้ ผู้ติดเชื้อจะมีชีวิตยืนยาว เป็นกำลังสำคัญให้กับครอบครัว สังคม และไม่เผยแพร่เชื้อให้ผู้อื่นต่อไป

แผนภูมิแสดงปัจจัยที่ส่งผลที่ทำให้ Viral Load Suppression



ภาพรวมองค์ประกอบของ Viral Load Suppression ประกอบด้วย Adherence ดี มีแผนการรักษา มีผล Lab ที่ดี จะช่วยสนับสนุนผู้ป่วยและส่งผลทำให้ Viral load suppression

ในการให้บริการแต่ละครั้งของการให้การปรึกษาต่อเนื่อง มีจุดประสงค์ ได้แก่

1. การประเมินผลการกินยา (Adherence) และจ่ายยา
2. การประเมินผลสุขภาพจากอาการทาง Clinic และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ ฯ (ถ้ามี)
3. ประเมินผลทางจิตสังคม
4. ส่งตรวจLabตามแผนการรักษา (ถ้ามี)
5. Empowerment ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง
6. ปรับแผนการรักษาดูแล (ถ้ามี)

เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับประทานยาได้ดีและกลับมาตามนัดจนมี Viral Load Suppression
กิจกรรมที่1 สาเหตุใดที่ทำให้ผู้ป่วยหายไปจากระบบ/VLไม่ Suppress

1. มีอุปสรรคในการต้องทำงาน
2. ย้ายสถานที่ทำงาน/ที่อยู่
3. ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
4. เกรงว่าผู้อื่นจะทราบผลเลือดของตนเอง
5. ไม่มีผู้พามาโรงพยาบาล/เดินทางลำบาก
6. ไม่มีสิทธิประกันสังคม หรือขาดการต่ออายุ
7. เปลี่ยนคู่/มีคูใหม่
8. เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ/โรคระบาด
9. ไม่เปิดเผยผลเลือดของคู่
10. กรณีเป็นเด็ก มีการเปลี่ยนผู้ดูแล/ผู้ปกครองใหม่
11. มีผู้ที่รู้จักตนเองในคลินิกที่รักษา
12. หยุดรับประทานยาเอง

สรุปสาเหตุที่ทำให้ adherence ไม่ดี เนื่องจาก

1. ขาดเป้าหมายและแรงจูงใจ
2. ความรู้ ซึ่งเกิดจาก
 - 2.1 ไม่ทราบแนวทาง/วิธีการรักษา
 - 2.2 ขาดความรู้เรื่องยาต้านไวรัส
 - 2.3 มีความเชื่อ/ความคิดที่ผิด
3. ทักษะ ได้แก่
 - 3.1 เวลากินยาไม่เหมาะสม
 - 3.2 นิสยกินยายาก/ขี้ลืม
 - 3.3 มีผลข้างเคียงภาวะแทรกซ้อนจากกินยา
 - 3.4 กินยาหลายชนิดโรคร่วม

4. สิ่งแวดล้อม

4.1 Sigma

4.2 เดินทาง/เปลี่ยนสถานที่

4.3 เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงของชีวิต/คู่/ครอบครัว

4.4 เปลี่ยนสถานที่รักษา/เจ็บป่วย/นอน รพ. /ขาดผู้ช่วยเหลือ

สรุปสาเหตุที่ทำให้ไม่มาตามนัด/ขาดนัด เนื่องจาก

1. ปัญหาการนัด เกิดจาก

1.1 ไม่ทราบความสำคัญ

1.2 วันนัดไม่เหมาะสม/ไม่ยืดหยุ่น

1.3 ลืมนัด

2. ระบบบริการ เกิดจาก

2.1 ไม่เป็นมิตร/Stigma

2.2 ยุ่งยาก/ซับซ้อน

2.3 รอนาน

2.4 ขาดช่องทางสื่อสาร

3. ปัญหาผู้รับบริการ เกิดจาก

3.1 ขาดแรงจูงใจ/เป้าหมาย

3.2 ปัญหาเศรษฐกิจ

3.3 ปัญหาการเดินทาง

3.4 ปัญหาการลางาน

3.5 Self-Sigma

ดังนั้นโรงพยาบาลต้องมาพิจารณาทั้งระบบบริการ อาทิ ขาดการประสานงานภายใน ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล 2 ครั้ง 2 หน่วยงาน เป็นต้น

กรณีศึกษา : ผู้รับบริการชายอายุ 25 ปี เป็นชายรักชาย จบปริญญาตรีเพิ่งได้งานเป็นครูในโรงเรียนเอกชน มาผ่าตัดหูดที่บริเวณรอบทวารหนัก ตรวจพบติดเชื้อ HIV ตอนพยาบาลผู้ให้การรักษาบอกผลเลือด ตกใจ หุดับ ไม่ทราบว่าพยาบาลได้พูดเรื่องอะไรบ้าง รู้สึกเสียใจมาก สิ้นหวังในชีวิต เมื่อมาที่คลินิกเริ่มยา ได้ทราบข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านทำให้มีความหวังจึงตัดสินใจกินยา แต่ก็ยังไม่ค่อยมั่นใจนัก กลัวคนอื่นรู้ โดยเฉพาะการต้องลางานมาบ่อย ๆ

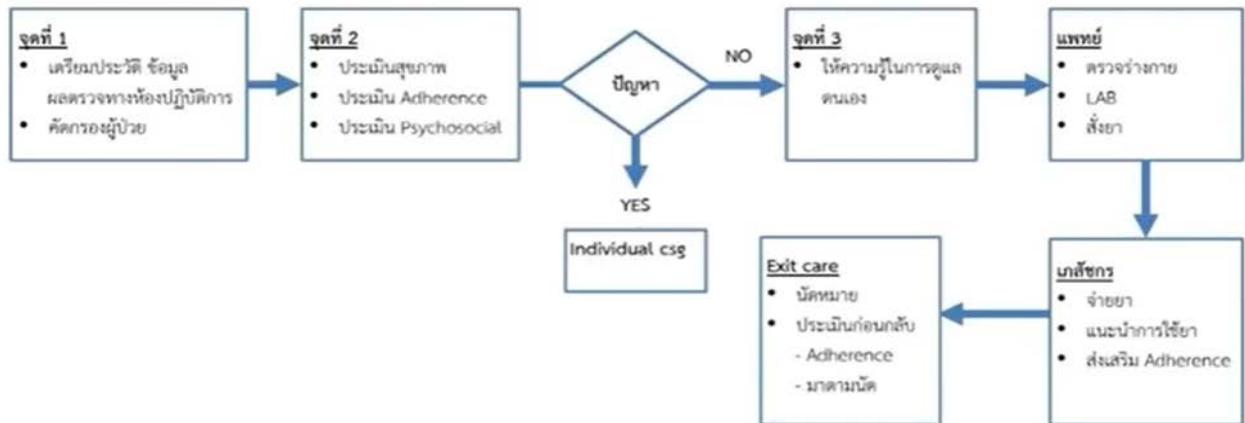
ความท้าทายที่จะต้องนำมาวางแผนต่อไป ได้แก่

1. การติดเชื้อเอชไอวีไม่มีผลต่อเป้าหมายการดำเนินชีวิตด้วยการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แรงจูงใจในการรักษา

2. การติดเชื้อ และการเป็นMSMไม่ได้ลดคุณค่าความเป็นคน (แก้ Self Stima)

3. การรักษา (การกินยาและมาตามนัด) จะไม่เป็นภาระที่เกินความสามารถ (มีการทราบและวางแผนร่วมกันเป็นระยะ)
4. ความเชื่อมั่นในบริการและการปกป้องพิทักษ์สิทธิ์ผู้ติดเชื้อของโรงพยาบาล

Flow ในการให้บริการ (ตัวอย่าง)



ข้อสังเกตในจุดที่ 2 : มีแบบประเมิน 12 หัวข้อ โดยการตอบคำถาม ดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือมีแนวโน้มจะย้ายที่อยู่หรือไม่
2. มีการเปลี่ยนสถานที่ทำงานหรือมีแผนจะเปลี่ยนที่ทำงานหรือไม่
3. มีการเปลี่ยนคู่ครองหรือไม่
4. มีการเปิดเผยผลเลือดต่อผู้อื่นหรือไม่
5. เกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิต
6. เมื่อรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วยาต้าน ๆ มีผลต่อชีวิตหรือไม่ (แรงจูงใจ)
7. ความรู้สึกว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นปัญหาอุปสรรคหรือไม่

- 8.ความสะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล
- 9.ทัศนคติในการรับประทานยาต้านไวรัส
- 10.ความเจ็บป่วย
- 11.ความกังวล
- 12.ความยุ่งยากในการมาโรงพยาบาล

Retention Form 1 (R2)
แบบฟอร์มประเมินผลในการขาดนัด หรือ หยุดยาตามนัด (Stop Visit)
แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV ในการประเมินผลในการขาดนัดหรือหยุดยา (patients journey map)
เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาการขาดนัด หรือหยุดยาตามนัด พบว่า ผลการประเมินผลในการขาดนัดหรือหยุดยาตามนัด (R2)

นามสกุล/ชื่อจริง _____ นามสกุล/ชื่อจริง/นามสกุล _____ ชื่อผู้วิจัย _____

Add line ใช่ ไม่ใช่ Add facebook ใช่ ไม่ใช่

ผู้ติดต่อได้ QR Code clinic หรือ Line @ ของคลินิก มี ไม่มี ไม่ใช้ smart phone

วันเดือนปี	สาเหตุในการขาดนัด ดิจิทัลไม่มี	ใช่	ไม่ใช่	ระยะเวลา ช่วงเวลาที่ขาดนัด	การติดตามผลของผู้ขาดนัด	
					ความถี่ในการติดตาม	ผลที่ได้
	1. เสียใจที่สูญเสียงานหรือเลิกเรียน					
	2. เสียใจที่งานหรือการเรียน หรือ อดนอน					
	3. ขาดเงินในการเดินทาง					
	4. ขาดเงินในการซื้อยาหรือซื้อชุดตรวจ					
	5. ขาดเงินในการซื้อชุดตรวจ HIV					
	6. ขาดเงินในการซื้อชุดตรวจ HIV					
	7. ขาดเงินในการซื้อชุดตรวจ HIV					
	8. ขาดเงินในการซื้อชุดตรวจ HIV					
	9. ขาดเงินในการซื้อชุดตรวจ HIV					
	10. ขาดเงินในการซื้อชุดตรวจ HIV					
	11. ขาดเงินในการซื้อชุดตรวจ HIV					
	12. ขาดเงินในการซื้อชุดตรวจ HIV					

สรุปผลการประเมินผลในการขาดนัดหรือหยุดยาตามนัด (R2) (กรณีที่มีประวัติการขาดนัดหรือหยุดยาตามนัด) (กรณีการประเมินผล)
หากเป็นการขาดนัดหรือหยุดยาตามนัด (R2) และมีการวิเคราะห์ปัญหาการขาดนัดหรือหยุดยาตามนัด (R2) (กรณีการประเมินผล)
กรณีการขาดนัดหรือหยุดยาตามนัด (R2) (กรณีการประเมินผล) (กรณีการประเมินผล) (กรณีการประเมินผล)



Senario “ความเสี่ยงต่อการขาดนัด” ในขณะที่ฟังขอให้จับประเด็นปัจจัยด้านบวก/ลบของบทสนทนา ผู้ป่วย

รับบริการครบ 1 ปี และวันนี้คุณทวีศักดิ์ (ผู้ป่วย) เข้ามารับบริการ

ประเด็นคำถาม	ประเด็นคำตอบ
สวัสดีค่ะ คุณทวีศักดิ์ เราพบกันเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว มีอะไรเปลี่ยนแปลงบ้างไหมคะ เช่น ที่อยู่ในการทำงาน	มีครับ ผมมีข่าวดีที่จะได้ย้ายที่ทำงาน พอที่ผมสอบบรรจุครูของรร.รัฐบาลได้คิดว่าอีก 2 เดือนคงจะได้ย้ายไปเป็นข้าราชการ แต่คงต้องไปอยู่ไกลหน่อยครับ
การเดินทางมาโรงพยาบาลทุกวันนี้เป็นอย่างไบ้างคะ	ไม่มีปัญหาครับเพราะบ้านไม่ไกล15นาทีกี่มาถึงแล้วครับ แต่ต่อไปนี่เมื่อย้ายที่ทำงานคงจะต้องเดินทางไกลนะครั้นน่าจะประมาณ 2 ชม.
การมาติดต่อกับโรงพยาบาลละคะเป็นอย่างไร	ก็สะดวกดีครับถ้ามาตามนัด แต่บางครั้งกลัวเจอคนรู้จัก
ช่วงนี้มีเหตุการณ์สำคัญอะไรในชีวิตใหม่คะ	นอกจากจะได้งานใหม่ซึ่งเป็นข่าวดี แต่ก็มีข่าวร้ายคือคุณแม่เป็นโรคไตต้องฟอกไตอาทิตย์ละ2ครั้งผมก็ต้องพาท่านไปโรงพยาบาลด้วยครับ
แล้วเรื่องครอบครัว เรื่องแฟนละคะ	ทุกวันนี้ยังดีอยู่ครับ แต่อย่างว่าแหละครับ ความสัมพันธ์แบบนี้มันไม่ค่อยยั่งยืนหรอกครับ ยิ่งกังวลอยู่ตอนที่ผมจะย้ายที่ทำงานนี่แหละครับ

ประเด็นคำถาม	ประเด็นคำตอบ
คุณยังมีความกังวลเรื่องที่คนอื่นจะรู้ผลเลือดของคุณอยู่หรือเปล่า	กังวลครับ ยิ่งย้ายที่ทำงานใหม่ เจอเพื่อนร่วมงานใหม่ อีก
คุณเปิดเผยผลเลือดให้คนอื่นทราบเพิ่มขึ้นบ้างหรือเปล่า	นอกจากแม่ผมแล้วผมไม่กล้าเปิดเผยให้ใครรู้หรือครับ ทุกวันนี้มาโรงพยาบาลยังกลัวคนรู้จักเห็นเลยครับ โคร มาห้องนี้เขารู้กันทั้งนั้นว่าเป็นอะไร
คุณกินยาได้ดีมากจนทำให้คุณไม่มีปัญหาเรื่องสุขภาพ คุณชินกับการกินยาแล้วหรือยัง หรือยังเป็นภาระอยู่	ก็พอทำได้ครับ ติดอยู่ยาเดียวครับ เมื่อไรที่เอายาเข้า ปากมันเหมือนตอกย้ำว่าผมติดเชื้อ
การที่คุณกินยาได้ดีจนมีสุขภาพดี ทำให้คุณมีความหวัง หรือคิดจะทำอะไรเพิ่มขึ้นบ้างไหม	ผมคิดว่าถ้าสุขภาพยังดีอยู่ผมอยากเรียนปริญญาโทต่อ ครับ
หลาย ๆ คนที่ต้องกินยาให้ตรงเวลาไปนาน ๆ ก็อาจมีการลืมนกินบ้าง ถ้าเป็นคุณคุณรู้สึกอย่างไรบ้าง ถ้าลืมนกินยาหรือกินได้ไม่ตรงเวลา	เมื่อใดที่ผมลืมนกินยาหรือกินยาไม่ตรง ผมจะรู้สึก หงุดหงิดและโมโหตัวเองว่า ทำไมเรื่องแค่นี้ถึงทำไม่ได้
ช่วงนี้คุณมีการเจ็บป่วย หรือกินยาอย่างอื่นร่วมด้วย หรือเปล่าคะ	เจ็บป่วยไม่มีครับ ที่มีก็ฮอร์โมน และยารักษาสิ่วใน บางครั้งครับ

จาก Senario ใช้เวลาประมาณ 5 นาทีในการซักประวัติ

- มีปัจจัยบวกอะไรบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยกินยา : มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน รู้สึกตระหนักรู้ถึงการ รับประทานยา ข่าวดีได้รับบรรจุเป็นข้าราชการ พลังใจในการดูแลมารดาพอกโต มีความหวังในการศึกษา ต่อปริญญาโท ความต้องการที่จะดูแลตนเองให้สุขภาพดีเพื่อคนในครอบครัว(ดูแลมารดา) คนใน ครอบครัวรับรู้ผลเลือด มีเป้าหมายแรงจูงใจในชีวิตชัดเจน เดินทางสะดวก15นาที มีความหวังผลในการ รับประทานยา ประโยชน์ของการหาปัจจัยบวกของผู้ป่วย คือ Empower ต้องขยายความสามารถออกไป

สรุปปัจจัยบวก ได้แก่

1. มีความก้าวหน้าในการงาน มีเป้าหมายศึกษาต่อ
2. เปิดเผยผลเลือดให้กับมารดา
3. อยากรับประทานยาได้ดี (หงุดหงิดและโมโหตัวเองเมื่อรับประทานยาไม่ดี)

การนำปัจจัยบวกไปใช้ต่อ โดย ผู้ให้คำปรึกษา แพทย์ เภสัชกร

มีปัจจัยลบอะไรที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่มาตามนัด และรับประทานยาไม่ได้ :

1. ย้ายที่ทำงาน ใช้เวลาเดินทาง 2 ชั่วโมง เดินทางไกล การเข้าถึงบริการยากขึ้นกว่าเดิม
2. ย้ายที่ทำงาน เจอเพื่อนร่วมงานใหม่ กังวลผลเลือด
3. การนัดหมายกับภารกิจตรงกัน
4. รับประทานยาแล้วตอกย้ำว่าติดเชื้อ
5. ความกังวลเรื่อง Stigma กับเพื่อนร่วมงานใหม่ มาคลินิกกลัวคนรู้

สรุปปัจจัยลบ_ได้แก่

1. การเดินทางยากขึ้นจากการเปลี่ยนงาน
2. มีการเปลี่ยนสิทธิการรักษา
3. มีภาระการดูแลมารดา
4. ความไม่มั่นคงของคู่ครอง
5. ความรู้สึกถูกตอกย้ำการติดเชื่อเมื่อกินยา
6. Self-sigma 7.การใช้ยาอื่นร่วม

การช่วยเหลือเมื่อจากปัจจัยลบ

1. ต้องนำปัจจัยลบแต่ละประเด็นมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อเข้าไปช่วยแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย อาทิ การเดินทางยาก ๆ (ปรับเป็นส่งยาทางไปรษณีย์)
2. ความรู้สึกถูกตอกย้ำการติดเชื่อเมื่อกินยา (การกินยาคืออาหาร ยาคืออนาคต ไม่ใช่กินยาเพื่อตอกย้ำ) เป็นต้น แต่หากนิ่งเฉยจะทำให้เสียผู้ป่วยไป

สรุป ต้องนำการ Assessment ผู้ป่วยเข้ามาสู่กระบวนการดูแลรักษา_โดยพิจารณา Outcome ว่าดีหรือไม่และปรับ Intervention

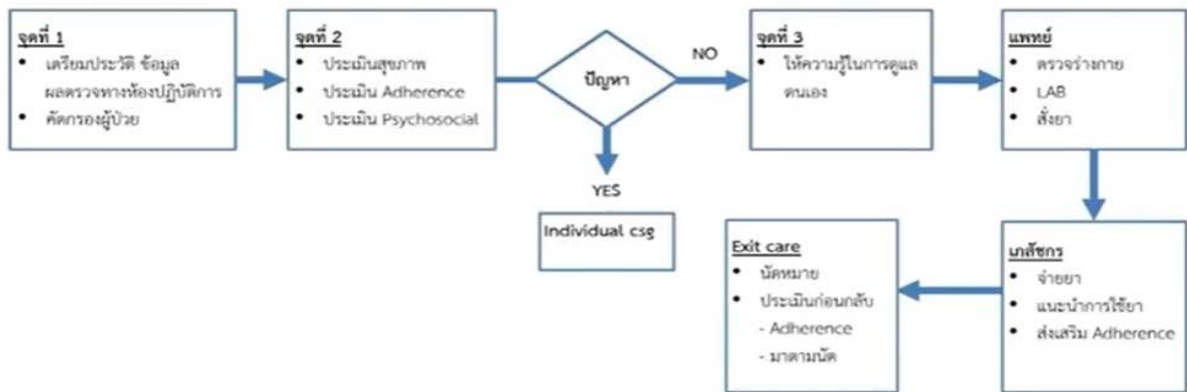
กิจกรรม : ระบบบริการของท่านมีการออกแบบการประเมินปัจจัยเหล่านี้อย่างไร (เป้าหมายของการประเมิน-หากไม่เห็นประโยชน์ของการนำไปใช้อาจเกิดการสูญเสีย / วิธีการประเมิน ปัญหาอุปสรรคในการประเมิน)

เปลี่ยนจากสาเหตุมาเป็น Trigger :

1. การประเมิน adherence ยังกินยาได้ดี
2. มีโอกาสจะขาดยาและกินยาไม่ดี
3. มีศักยภาพ สามารถแก้ไขปัญหาเองได้โดยให้การช่วยเหลือไม่มาก
4. แต่บางคนไม่สามารถจัดการปัญหาเองได้ จะเกิดการขาดนัดและกินยาไม่ดี
5. การขาดนัดหรือ VL ไม่ Suppress ควรทบทวนว่าเราประเมิน (Assessment) ผู้ติดเชื่อเข้าไปหรือไม่
6. ควรนำผลที่ได้จากการประเมินดังกล่าวมาวางแผนป้องกันก่อน

หากทดลองนำผู้ป่วยจำนวน 5 คนมาตั้งคำถามโดยใช้แบบประเมิน 12 ข้อข้างต้นมาประเมิน เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยคนใดบ้างน่าจะมีโอกาสไม่มาตามนัด (กี่%) จะได้นำมาหาสาเหตุมาวิเคราะห์ (เนื่องจากหากทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหา จะได้เข้าไปช่วยได้ทันท่วงทีก่อนที่ไม่กลับเข้าสู่กระบวนการรักษา) เรารู้จักผู้ป่วยตั้งแต่ให้ทำ Pre test และรู้จักมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรับยา จะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยคนใดซับซ้อนหรือไม่ซับซ้อน เพื่อเข้าไปจัดกลุ่มดูแลรักษาที่แตกต่างกัน สรุปควรมีเครื่องมือ เกณฑ์ในการคัดกรอง ประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยเพื่อแยกกลุ่มให้ชัดเจนซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเรียงลำดับความสำคัญเพื่อในการระวังต่อไป

ผลลัพธ์ (Outcome) ของFlow แต่ละจุด มีดังนี้ :



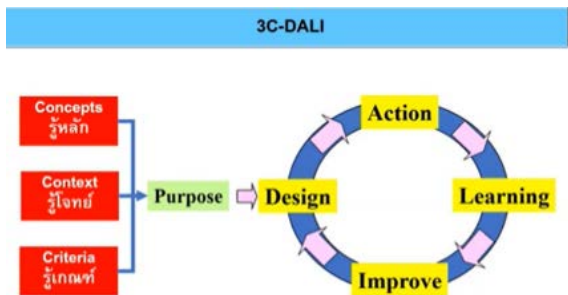
จุดที่1 คือOutcome ได้แก่ความพร้อมของข้อมูลและห้องปฏิบัติการ

จุดที่2 Outcome ต้องแยกได้ว่าผู้ป่วยมีหรือไม่มีปัญหา

จุดที่3_ต้องแก้ไขปัญหาได้ ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง แพทย์มีความมั่นใจว่าได้สั่งยาและวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง เภสัชฯ แนะนำการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง

จากการทำงานที่ผ่านมาท่านเรียนรู้อะไรบ้างจาก Coverage ของ VL

1. วิธีการที่จะทำให้การตรวจ VL ได้ครอบคลุม
2. วิธีการที่จะให้ผู้ป่วยต้องการตรวจ VL



สิ่งที่ดำเนินการทั้งหมดจะครอบคลุม 3C DALI ทั้งรู้หลัก รู้โจทย์ และรู้เกณฑ์ ทั้งนี้ต้องมีการประเมินโดยพิจารณาผลลัพธ์ว่าoutcomeดีขึ้นหรือไม่ รวมถึงการนำค่านิยม และแนวคิดหลักของHA มาพิจารณาว่ามาตรฐานที่จะนำไปใช้นั้น ควรนำค่านิยมและแนวคิดหลักในข้อใดมาหนุนเสริม ทำให้

การปฏิบัติตามมาตรฐานเป็นไปอย่างลึกซึ้งขึ้น ทำให้ค่านิยม แนวคิดหลักฝังลึกเป็นวัฒนธรรมของทีมงาน ความรู้สึกที่ได้เข้ารับการอบรมครั้งนี้ :

1. ได้เรียนรู้Gapบางอย่างที่เราสื่อสารกับผู้รับบริการ
2. ความทุ่มเทของวิทยากรและผู้จัดงาน
3. ได้ความสำคัญของการประเมินจุดที่1-3
4. รู้สึกเข้าใจกระบวนการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี โดยการประเมินให้ได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มยา
5. มีมุมมองที่กว้างในการเฝ้าระวังการขาดนัด
6. คิดว่าหน่วยงานทำดีอยู่แล้ว แต่เมื่อวิทยากรชวนคุยทำให้ทราบปัญหามาปรับกระบวนการ
7. มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้ในงาน
8. ทำให้เห็นพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้น

9. ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านในการจัดทำ CoPครั้งนี้ ทำให้สามารถนำมาปรับใช้ และได้รับกำลังใจ ในการพัฒนาระบบบริการต่อ
10. สามารถนำไปถ่ายทอดเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน



คัมภีร์เต๋าเต๋อจิง

“ต้องจัดการก่อนเกิดปัญหา ก่อนเกิดความวุ่นวาย เพื่อให้ไม่ต้องเสียใจภายหลัง ให้ลงมือก่อนหน้านั้น การลงแรงที่เหตุ มีประสิทธิภาพกว่าการสิ้นเปลืองแรงที่ผลลัพธ์”

8. สรุปผลการจัดกิจกรรม start

กิจกรรมชุมชนนักปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี ครั้งที่ 6 หัวข้อ เป้าหมายสุดท้าย “สู่ระยะ เชื้อสงบ. ชั่ววันรันดร ในวันที่ 13 มิถุนายน 2566 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 45 คน โดยมีผลลัพธ์การ ประเมินประมวผลจากผู้ที่ทำแบบประเมินทั้งก่อนและหลังเรียน จำนวน 16 คน ดังนี้

1) การประเมินก่อนเรียน

Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1. การได้ข้อมูล adherence การกินยา ARV ที่ถูกต้องมากที่สุด	9	4	2	1		16	4.31	86.25	0.92	มากที่สุด
2. การได้ตรวจ Viral load ตามกำหนด	7	6	2	1		16	4.19	83.75	0.88	มาก
3. การประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงของยา ARV	5	7	3	1		16	4.00	80.00	0.87	มาก
4. การประเมินและส่งเสริมสุขภาพทางกายของผู้ติดเชื้อ	6	6	3	1		16	4.06	81.25	0.90	มาก

Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
5. การประเมินและแก้ไขปัญหาทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ	6	6	3	1		16	4.06	81.25	0.90	มาก
6. การส่งเสริมในการมีส่วนร่วมของคู่และครอบครัวผู้ติดเชื้อ	8	6	1	1		16	4.31	86.25	0.85	มากที่สุด
7. การประเมินและส่งเสริมแรงจูงใจในการกินยา	8	6	1	1		16	4.31	86.25	0.85	มากที่สุด
8. การประเมินและแก้ไขปัญหา self stigma	8	5	2	1		16	4.25	85.00	0.90	มากที่สุด

2) การประเมินหลังเรียน

Pre test	ระดับความรู้					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความรู้
	5	4	3	2	1					
1. การได้ข้อมูล adherence การกินยา ARV ที่ถูกต้องมากที่สุด	10	6	0	0	0	16	4.63	92.50	0.48	มากที่สุด
2. การได้ตรวจ Viral load ตามกำหนด	9	7	0	0	0	16	4.56	91.25	0.50	มากที่สุด
3. การประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงของยา ARV	12	4	0	0	0	16	4.75	95.00	0.43	มากที่สุด
4. การประเมินและส่งเสริมสุขภาพทางกายของผู้ติดเชื้อ	11	5	0	0	0	16	4.69	93.75	0.46	มากที่สุด
5. การประเมินและแก้ไขปัญหาทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ	10	6	0	0	0	16	4.63	92.50	0.48	มากที่สุด
6. การส่งเสริมในการมีส่วนร่วมของคู่และครอบครัวผู้ติดเชื้อ	11	5	0	0	0	16	4.69	93.75	0.46	มากที่สุด
7. การประเมินและส่งเสริมแรงจูงใจในการกินยา	12	4	0	0	0	16	4.75	95.00	0.43	มากที่สุด
8. การประเมินและแก้ไขปัญหา self stigma	12	4	0	0	0	16	4.75	95.00	0.43	มากที่สุด

หมายเหตุ การคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น : อันตรภาคชั้น = พิสัย / จำนวนชั้น

$$= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$= (5-1)/5$$

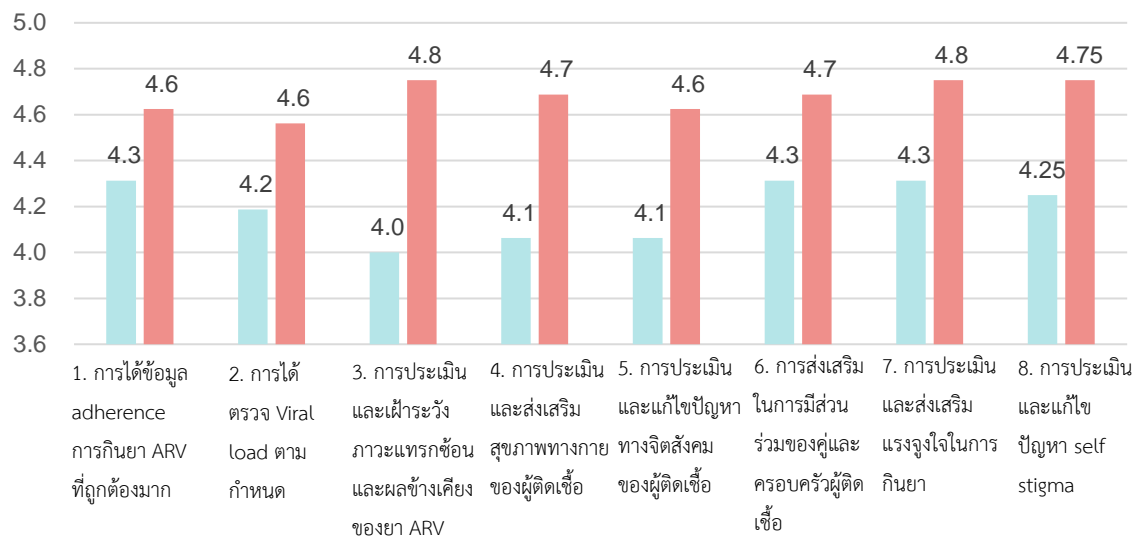
ความกว้างของอันตรภาคชั้น 0.80

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด
1.81 - 2.60	น้อย
2.61 - 3.40	ปานกลาง
3.41 - 4.20	มาก
4.24- 5.00	มากที่สุด

3) การประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

คำถาม	Pre test		Post test		P-Value
	Mean	SD	Mean	SD	
1. การได้ข้อมูล adherence การกินยา ARV ที่ถูกต้องมากที่สุด	4.31	0.92	4.63	0.48	
2. การได้ตรวจ Viral load ตามกำหนด	4.19	0.88	4.56	0.50	
3. การประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงของยา ARV	4.00	0.87	4.75	0.43	
4. การประเมินและส่งเสริมสุขภาพทางกายของผู้ติดเชื้อ	4.06	0.90	4.69	0.46	
5. การประเมินและแก้ไขปัญหาทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ	4.06	0.90	4.63	0.48	
6. การส่งเสริมในการมีส่วนร่วมของคู่และครอบครัวผู้ติดเชื้อ	4.31	0.85	4.69	0.46	
7. การประเมินและส่งเสริมแรงจูงใจในการกินยา	4.31	0.85	4.75	0.43	
8. การประเมินและแก้ไขปัญหา self stigma	4.25	0.90	4.75	0.43	

กราฟเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเรียน



4) หลังการอบรม : จะไปทำอะไรต่อหลังได้ร่วมกิจกรรม

- จะนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง
- การออกแบบเพื่อให้ทีมงาน มีการประเมินผู้รับบริการให้ครบในกระบวนการภายใน เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการขาดนัด ขาดยา และเพื่อให้ผู้รับบริการ รับประทานอย่างต่อเนื่อง
- การได้ให้คำแนะนำการทานยา ARV มากขึ้น
- ประเมินผู้รับบริการให้ครอบคลุม เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ขาดยา อยู่ในระบบมีชีวิตยืนยาว
- นำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย
- วางแผนและปรับกระบวนการทำงานค่ะ
- นำไปใช้พัฒนางานของตนเองและเครือข่ายค่ะ
- เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้คุณภาพและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- ทบทวนตั้งแต่ 1-6 ให้เข้าใจและนำไปขยายผลให้ทีม สหวิชาชีพที่ทำงานเอ็ดส์และงานอื่น ๆ ลงมือทำค่ะ และคิดว่าจะมีโอกาสประเมิน DSC-HIV ค่ะ
- ทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย แยกกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการตรวจ VL ประจำปี ผู้ป่วยที่ทานยาไม่สม่ำเสมอ เพื่อติดตามผู้ป่วยและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง
- พัฒนาแกนนำ กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ รายกลุ่มและรายบุคคล
- นำความรู้ไปถ่ายทอดกับสหวิชาชีพ ในการร่วมกันดูแลผู้ติดเชื้อให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะประเด็นด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ
- นำไปพัฒนาปรับปรุงงาน ค่ะ
- เอาไปปรับใช้

- นำความรู้ ที่ได้รับไปปรับปรุง แก้ไขการประเมินผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ เพื่อให้เกิดการคงอยู่รับยาอย่างต่อเนื่อง

5) ประเมินความพึงพอใจการจัดกิจกรรม

ความพึงพอใจ	ระดับความพอใจ					N	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	S.D	ระดับความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1					
ระดับความรู้ของท่าน (ก่อนการอบรม)	0	3	8	1	0	12	3.17	63.33	0.55	ปานกลาง
ระดับความรู้ของท่าน (หลังการอบรม)	5	7	0	0	0	12	4.42	88.33	0.49	มากที่สุด
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการโค้ชของท่านได้ ในระดับใด	4	8	0	0	0	12	4.33	86.67	0.47	มากที่สุด
ประเมินวิทยากร [ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ]	8	4	0	0	0	12	4.67	93.33	0.47	มากที่สุด
ประเมินวิทยากร [มีวิธีการสอนที่น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน]	7	5	0	0	0	12	4.58	91.67	0.49	มากที่สุด
ประเมินวิทยากร [การอธิบายและการตอบคำถามโดยวิทยากร]	7	5	0	0	0	12	4.58	91.67	0.49	มากที่สุด
ประเมินวิทยากร [การรักษาเวลา]	8	4	0	0	0	12	4.67	93.33	0.47	มากที่สุด
ประเมินการประสานงาน [ประสานงานการเข้าระบบเรียนทั้งก่อนและหลังจัดกิจกรรม]	6	5	1	0	0	12	4.42	88.33	0.64	มากที่สุด
ประเมินการประสานงาน [การประชุมสัมพันธการจัดกิจกรรม]	5	7	0	0	0	12	4.42	88.33	0.49	มากที่สุด
ประเมินการประสานงาน [ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม]	5	4	1	1	1	12	3.92	78.33	1.26	มาก
ประเมินการประสานงาน [ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม]	4	6	1	1	0	12	4.08	81.67	0.86	มาก

หมายเหตุ การคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น : อันตรภาคชั้น = พิสัย / จำนวนชั้น

$$= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

$$= (5-1)/5$$

ความกว้างของอันตรภาคชั้น 0.80

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด
1.81 - 2.60	น้อย
2.61 - 3.40	ปานกลาง
3.41 - 4.20	มาก
4.25 - 5.00	มากที่สุด

- 6) ท่านอยากให้เราปรับปรุงอะไรในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป
- อยากให้นำเสนอประเด็นที่ทางทีมสามารถนำไปใช้ได้และลดกระบวนการและภาระงานบางอย่างได้
 - เพิ่มเวลาจัดอบรมค่ะ
 - จัดได้ดีเหมาะสมค่ะ
 - จัดอุปกรณ์เครื่องเสียงสำหรับวิทยากร
 - กิจกรรมได้ดีอยู่แล้วค่ะ
 - การสร้างแรงจูงใจ
- 7) ท่านรู้สึกอย่างไร กับการจัดกิจกรรมในครั้งนี้
- ได้ประโยชน์มากค่ะ
 - ขอบคุณทีมวิทยากร ที่ถ่ายทอดความรู้และเสริมพลังให้แก่สมาชิก ให้มีพลังในการปฏิบัติงานเพื่อผู้รับบริการต่อไปและเสริมพลังให้เรา มีพลัง เพื่อถ่ายทอด แก่สมาชิก ในการร่วมมือช่วยกันในการออกแบบ การจัดบริการ เพื่อผู้รับบริการ ได้รับการดูแลอย่างดี
 - ได้ความรู้มากค่ะ ปรับไปใช้กับงานได้"
 - ได้วิเคราะห์ปัญหา และนำมาปรับใช้
 - ดีใจที่ได้เข้าร่วมประชุมและได้ประโยชน์มาก
 - ดีมากค่ะได้ความรู้แนวทางไปปรับใช้การโค้ช
 - ได้รับประโยชน์ ความรู้ ข้อเสนอแนะ และมีการแลกเปลี่ยน จากท่านวิทยากรและผู้เข้าร่วมกิจกรรม
 - ได้รับความรู้ ค่ะ
 - ดีใจที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของวิทยากรทุกท่าน รู้สึกประทับใจในความมุ่งมั่นที่จะช่วยกันดูแลผู้ติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านค่ะ เข้าใจและเห็นใจผู้ติดเชื้อมากขึ้นค่ะ
 - ประทับใจ กิจกรรม เนื้อหา นำไปใช้ได้อย่างง่ายค่ะ

ตารางรายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. นางอรวรรณ วงศ์สถิตย์	พยาบาลวิชาชีพ	กองโรคเอดส์ฯ
2. นางสาวอุมานาฏ อุณอนันต์	นักวิชาการสาธารณสุข	กองโรคเอดส์ฯ
3. นางสาววิระยา พุ่มจันทร์	พยาบาลวิชาชีพ	กองโรคเอดส์ฯ
4. นางวารุณี เอี้ยวฉาย	พยาบาลวิชาชีพ	ข้าราชการบำนาญ
5. นางสาวนริณี เณรจาทิ	นักเทคนิคการแพทย์	กองโรคเอดส์ฯ
6. นางสาวอุษา สุขพานธุ์	พยาบาลวิชาชีพ	ข้าราชการบำนาญ
7. นางสาวเยาวลักษณ์ โตอินทร์	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี
8. นางสาวเกวลิน ศรีบรรพต	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
9. นางผ่องศรี สืบท้วม	พยาบาลเทคนิค	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
10. นายนราศักดิ์ บุญนา	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช
11. นายวันเฉลิม บุญเอก	นักจัดการงานทั่วไป	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
12. นางพัทธนันท์ คงขุ่ม	พยาบาลวิชาชีพ	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดา
13. นางปัทมา มั่นคงดี	นักเทคนิคการแพทย์	ศูนย์ความมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
14. ดร.สุมนมาลย์ อุทัยมกุล	พยาบาลวิชาชีพ	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
15. นางมาลา ตริวิชัยกร	นักเทคนิคการแพทย์	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
16. นางภาวิณี สุขประสิทธิ์พร	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลพูนพิณ จ.สุราษฎร์ธานี
17. นางวนิดา ว่องทรง	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลกลาง สนพ. กทม
18. นางสาวกุสุมาลย์ มีพีช	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลแก่งหางแมว จ.จันทบุรี
19. นางแสงจันทร์ ขนอม	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลขนอม จ.นครศรีธรรมราช
20. นางสาวสุภาวดี กรองทอง	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลขนอม จ.นครศรีธรรมราช

21. นางสาวรอชะนี ยูโซะ	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลควนกาหลง จ.สตูล
22. นางมยุรี เกียรติธนภูษิต	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลควนกาหลง จ.สตูล
23. นางสาวสุชาดา กุลสถิตพร	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
24. นางสาวเพ็ญพิลัย พจน์อารีย์	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
25. นางสาวนงคันทน์ สมนทอง	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
26. นางสาวศิริลักษณ์ ดีสุคนธ์	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
27. นางจิตราวรรณ ตั้งควิวิช	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
28. นางอำพร สมสิน	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
29. แพทย์หญิงฤทัยรัตน์ วงศ์สวัสดิ์	นายแพทย์	โรงพยาบาลช้างกลาง (พ่อท่านคล้าย วาจาสิทธิ์) จ.นครศรีธรรมราช
30. นางสาวนิธินาถ เอื้อบัณฑิต	เภสัชกร	โรงพยาบาลชุมแพ จ.ขอนแก่น
31. นางนภาวรรณ. วันสุขเสนต์	เภสัชกร	โรงพยาบาลตากใบ จ.นราธิวาส
32. แพทย์หญิงสุพรรณณี จริจิริยาเวช	นายแพทย์	โรงพยาบาลตากสิน สนพ. กทม.
33. นางโชติกาญจน์ พรหมมาลี	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลท่าชนะ จ.สุราษฎร์ธานี
34. นางสุภัทรา พันธวิทย์	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลไทรน้อย จ.นนทบุรี
35. นางเพ็ญภา ญัฐวุฒิ	นักเทคนิคการแพทย์	โรงพยาบาลนครปฐม
36. นางสาวอรวรรณ ภักดีพินิจ	เภสัชกร	โรงพยาบาลนางรอง จ.บุรีรัมย์
37. นางสาวพรรณนิภา ชินบุตร	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลบ่อไร่ จ.ตราด
38. นางสาวอรวรรณ สุตลาภา	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลบางช้าง จ. พระนครศรีอยุธยา
39. นางสาวปรียาวรรณ ถนอมสัมพันธ์	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลบางละมุง จ.ชลบุรี
40. นางสาววิฑูรฉัตร ศรีสมบัติ	นักเทคนิคการแพทย์	โรงพยาบาลปทุมธานี จ.ปทุมธานี

41. นางเข็มสิริ ผันผล	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลประทีป จ.ชุมพร
42. นางสาวศรียุตา มานูจำ	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลปราสาท จ.สุรินทร์
43. นางบุษรา คำปิว	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลป่าแดด จ.เชียงราย
44. นายเจษฎา เครือศรี	เภสัชกร	โรงพยาบาลป่าแดด จ.เชียงราย
45. นางจารุวรรณ ภูสาลี	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
46. นางสาวจุฬารัตน์ สิงห์แป	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลพาน จ.เชียงราย
47. แพทย์หญิงพรพิศ ตรีบุพชาติสกุล	นายแพทย์	โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก
48. นางสาวณัฐกฤตา โพธิ์ภักดี	นักเทคนิคการแพทย์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
49. นางสาวรัชนาพร จิตรการ	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลมิชชั่นภูเก็ต จ.ภูเก็ต
50. นางเยาวลักษณ์ นาอินทร์	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลแม่จัน จ.เชียงราย
51. นางสาวอาทิตย์ยา ศรีเมือง	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลแม่สอด จ.ตาก
52. นางสาวเจียมจิรา มุลน้ำอ่าง	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สนพ. กทม.
53. นางศิวพร วิญญา	เภสัชกร	โรงพยาบาลลำปาง
54. แพทย์หญิงเสาวนินทร์ อินทรภักดี	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลเลิดสิน กทม
55. นางสาวตระการตา แซ่ฉั่ว	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จ.ภูเก็ต
56. นางสาวญาณิศา อรุณจิตต์	นักเทคนิคการแพทย์	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จ.ภูเก็ต
57. นางฉันทลักษณ์ ศรีไทย	เภสัชกร	โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สนพ. กทม
58. นางนฤมล ลือชา	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลเวียงแก่น จ.เชียงราย
59. นายจิตร ศรีกะชา	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลศรีรัตน จ.ศรีสะเกษ
60. นายแพทย์ธณัติ อุ่นสินมัน	นายแพทย์	โรงพยาบาลสงฆ์ กทม.
61. นางสาวจารุวรรณ แยมกลิ่น	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จ.ชลบุรี
62. นางสาวบุษยา คำคำ	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสรรพยา จ.ชัยนาท
63. นางสาวอรอุมา ทองวงศ์	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
64. นางสาวอมรรัตน์ เสี่ยงล้ำ	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

65. นางสุริยงค์ บุญประเชิญ	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
66. นางภัทราภรณ์ จิตรอ้อม	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
67. นางสาวรัชฎา จุยกจำลอง	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
68. นางสาวอรนิช หนูเอียด	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสิชล จ.นครศรีธรรมราช
69. นางมณฑนา เพชรเศรษฐ	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสิชล จ.นครศรีธรรมราช
70. นางสาวนันท์นลิน บุพสุวรรณ์	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
71. นางนงค์เยาว์ เพ็ชรประภาศรี	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จ.หนอง บัวระเหว
72. Mr. Tavanh PHIMBOUNLEUY	Case manager LTFU	สปป.ลาว

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 วาดภาพสิ่งที่อยากเห็นด้วย 3C



วัตถุประสงค์

วาดภาพสิ่งที่อยากเห็นด้วย 3C

▶ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ความเข้าใจ สามารถเชื่อมโยงนำไปสู่การตั้งเป้าหมายและการออกแบบได้

ใช้ DALI สร้างสรรค์ VCT แบบใหม่ ให้ “ค้นหา ได้ ครอบคลุม คุ่มค่า ทันการณ์ ก่อนป่วย ได้ผลการรักษาที่ดี”

วิทยากรและผู้ทรงคุณวุฒิ



นพ.อนุวัฒน์ สุภษุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

นายแพทย์อ่วม ลีมตะกุล ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพ

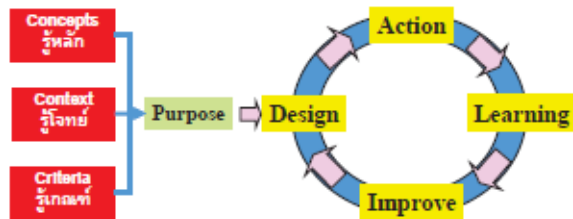
อาจารย์จรรยาพร ไผ่กระโทก

อาจารย์ชลลดา นันทวิสัย

3C-DALI and HA Standards Implementation

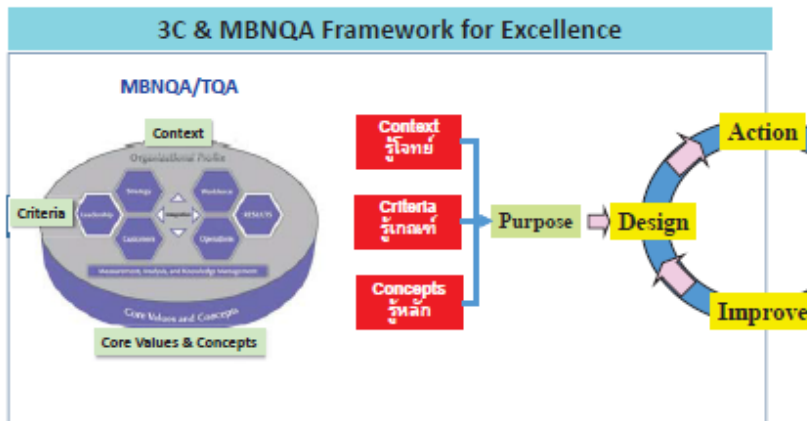
นพ.อนุวัฒน์ สุภษุติกุล
ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

3C-DALI

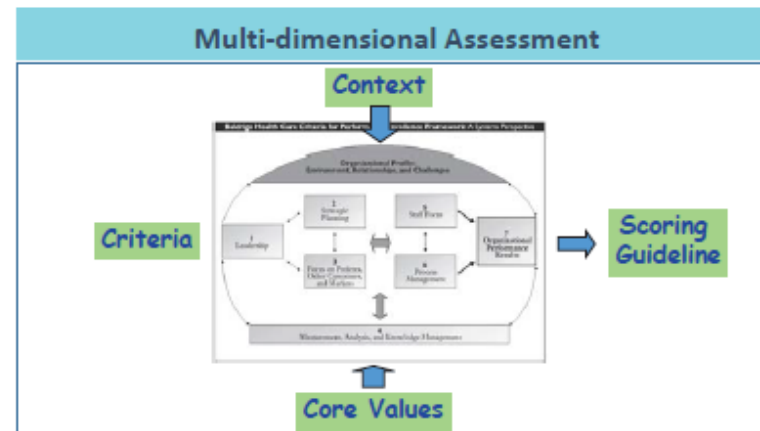


Juran Trilogy of Quality Management





นพ.สุวิทย์ ชูเกียรติขันธ์ (25 ธันวาคม 2562) "Now and Future in Healthcare" © ประจวบวิวัฒน์ 60 ปี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



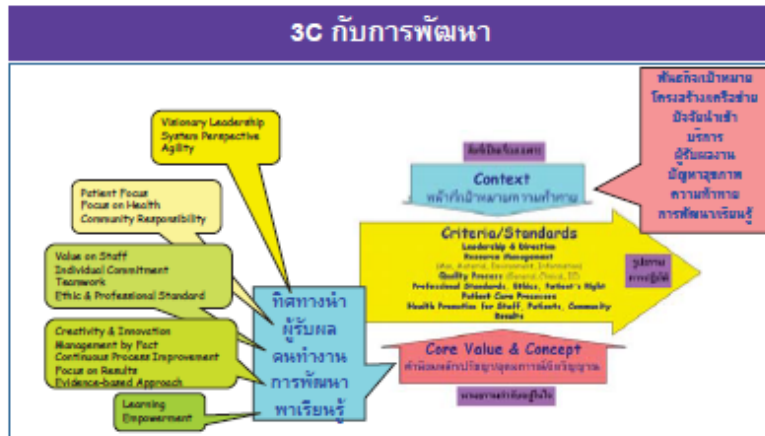
นพ.สุวิทย์ ชูเกียรติขันธ์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (1 ธันวาคม 2548)



นพ.สุวิทย์ ชูเกียรติขันธ์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (18 ธันวาคม 2548)



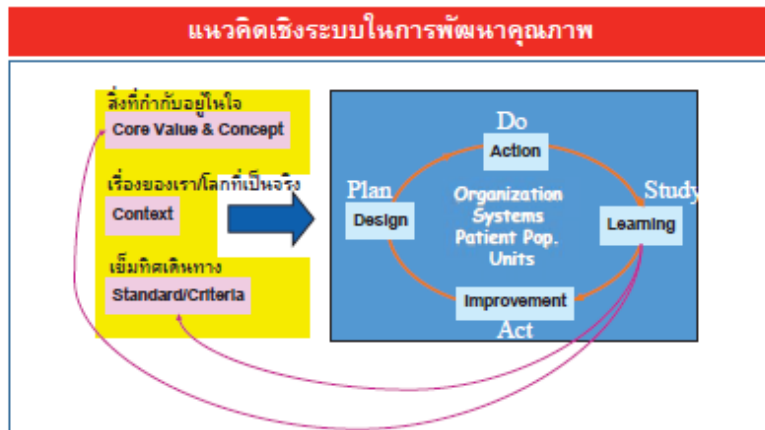
นพ.สุวิทย์ ชูเกียรติขันธ์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (18 ธันวาคม 2548)



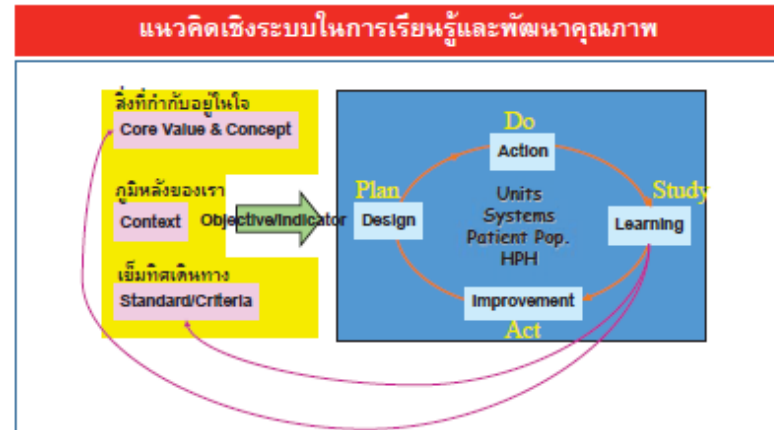
นพ.สุวิทย์ อุตกุลจิตต์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (3 พฤษภาคม 2547)



นพ.สุวิทย์ อุตกุลจิตต์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (22 เมษายน 2548)

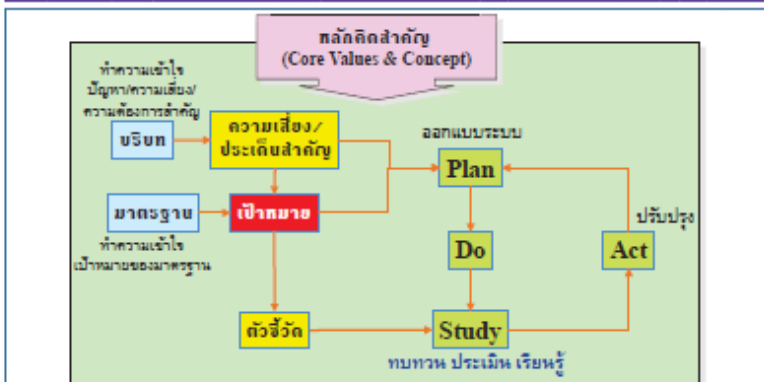


นพ.สุวิทย์ อุตกุลจิตต์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (30 กรกฎาคม 2548)



นพ.สุวิทย์ อุตกุลจิตต์ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (18 สิงหาคม 2548)

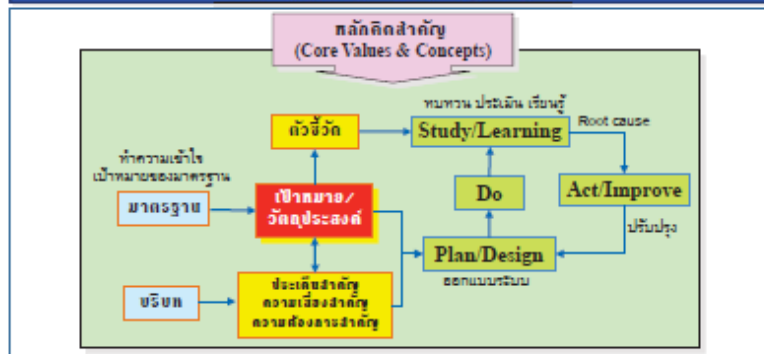
PDSA ที่เชื่อมต่อนวัตกรรม (มาตรฐานและหลักคิด) สู่โลกที่เป็นจริง (บริษัท)



พ.ศ.๒๕๖๓ ๕๓๓๓๖๓ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2 ธันวาคม 2563)

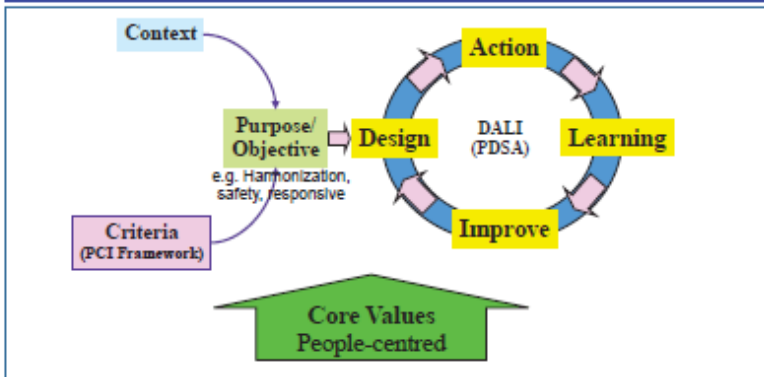
17

**การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพ
คือกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ
เชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ**



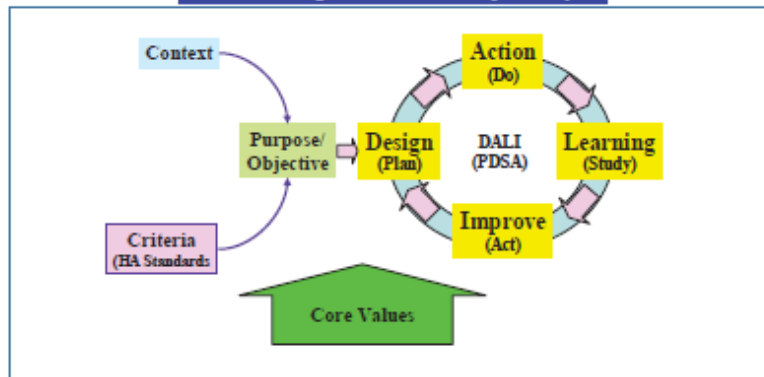
พ.ศ.๒๕๖๓ ๕๓๓๓๖๓ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (7 กุมภาพันธ์ 2563)

Cycle of Learning & Improvement

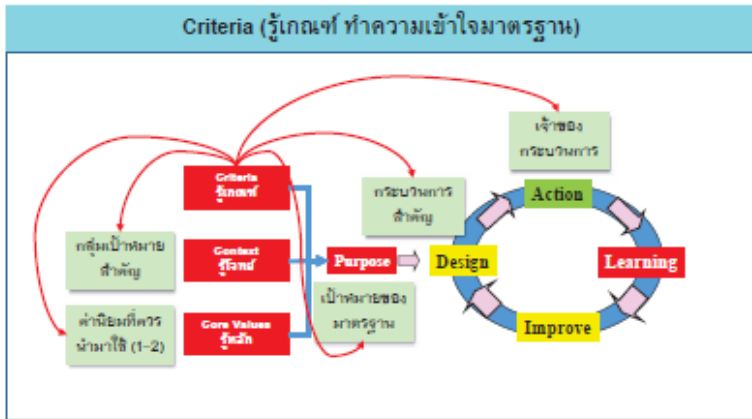


พ.ศ.๒๕๖๓ ๕๓๓๓๖๓ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (28 ธันวาคม 2563)

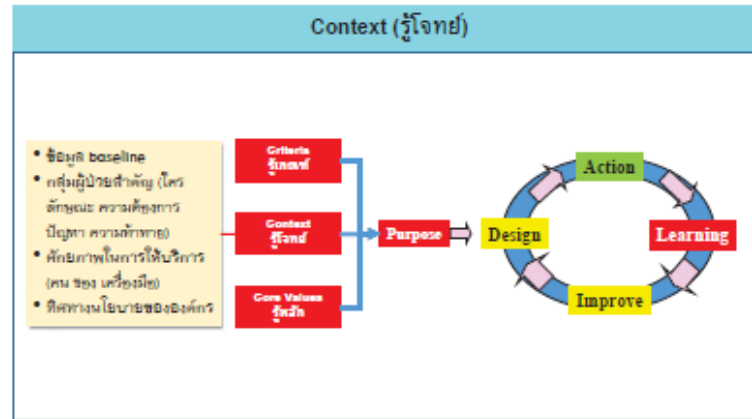
**3C-PDSA
Cycle of Learning & Improvement
Basis for Integration of all Quality Concepts**



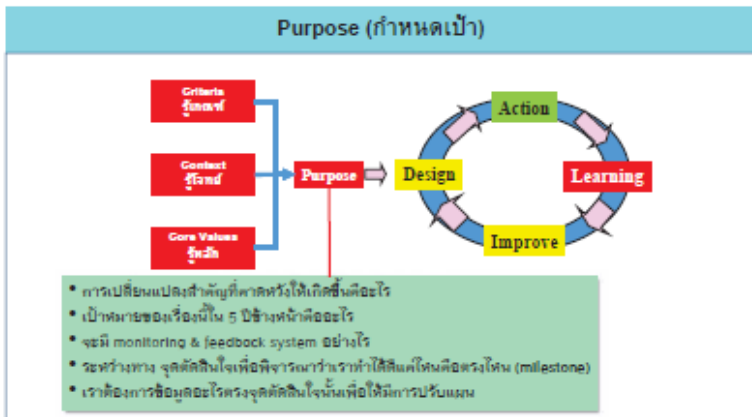
พ.ศ.๒๕๖๓ ๕๓๓๓๖๓ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (15 พฤษภาคม 2563)



นพ.อนุพันธ์ สุฤกษ์กุล ผู้ทรงคุณวุฒิชำนาญการพิเศษกองการพยาบาล (23 ธันวาคม 2566)



นพ.อนุพันธ์ สุฤกษ์กุล ผู้ทรงคุณวุฒิชำนาญการพิเศษกองการพยาบาล (23 ธันวาคม 2566)



นพ.อนุพันธ์ สุฤกษ์กุล ผู้ทรงคุณวุฒิชำนาญการพิเศษกองการพยาบาล (23 ธันวาคม 2566)



กรณีศึกษา : บทเรียนจากการไค้ช

- นโยบายผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เริ่มยาต้านไวรัส ภายใน 7 วัน
- จะเริ่มต้นจากตรงไหน ? 1) วันที่มาคลินิก 2) วันที่ทราบผลการติดเชื้อ
- ปัญหา
 - รอผล CD4
 - นัดแล้วคนไข้ไม่กลับมา

Context

- มาตรฐาน HA หมวด 3 หัวใจสำคัญบริการ
- กลุ่มคนใช้ชีวิตชีวิตรึ้
 - ทัศนคติต่อชีวิตที่มีโรคร้ายแรง
- % การเข้าถึงยาต้าน
- Loss F/U
- พ. สามารถรายงานผลการตรวจ HIV ภายในวันเดียว
- การดูแลผู้ติดเชื้อก่อนการเริ่มยาต้าน จากผู้ที่มีความพร้อมหรือไม่ ปรึกษาเจ้าหน้าที่ ใจกล้าคือผู้ไปตรวจสุขภาพ ทำให้รู้ยาตัวอื่นไม่ครบถ้วน ถ้ากินยาแล้วผู้ป่วยไม่พร้อม ก็อย่าไปตรวจผล
- ค่าผล CD4
- ระบุผลแล็บ ระบุเก็บยาใน 7 วันได้ก็
- ผล lab ไม่จบในวันเดียว
- การเตรียมความพร้อมคนไข้ก่อนเริ่มยา
- ทำอย่างไรจะไม่ให้ผู้ป่วยตรวจลงนัด
- ศึกษารักษาของคนที่ให้ พบว่า มีค่าใช้จ่าย UC
- คนไข้ ไม่เปิดใจคุย
- การให้ข้อมูลที่มีคุณภาพ
- การให้ข้อมูลผู้ป่วยไปซื้อ ทำใ้ผู้ป่วยไม่ตระหนักยาไทย
- นโยบายที่ชัดเจน ง่ายดี และผู้ให้บริการได้ความสนใจ

Criteria การเริ่มยาต้านไวรัส

- ไม่มี OI active
- แยกให้ได้ว่าเป็นวันโรค
- ผป.พร้อมเริ่มยา
- เริ่มทันทีไม่ต้องรอผล cd4
- มาตรฐานประเทศไทยในการดูแลผู้ป่วย Aids Hiv
- ได้รับยาภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่รู้ผลเลือดเอชไอวี positive
- รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย

Core Values

- ผป เป็นศูนย์กลาง
 - จัดบริการเป็นแบบ Same day
 - สอบถามความพึงพอใจ ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายให้ได้รับยาต้านเร็วที่สุด
- Management by fact
- ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ ให้บริการเหมือนผู้ป่วยทั่วไป
- focus on health ลดติดเชื้อ-ป่วย-ตาย
- การรักษาความลับ ค่าแรงถึงสิทธิผู้ป่วย

Purpose : คนไข้รับยาภายใน 7 วัน

Context

• Purpose

- ไม่ต้องรอผล CD4
- แก้ปัญหาคนไข้ไม่มาตามนัด

เกณฑ์ (Criteria)

การเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ที่มีผลเลือดบวกภายใน 7 วัน

- การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (: ลดปัญหา อุปสรรค รวดเร็ว ปลอดภัย เข้าถึงง่าย
- การประเมินผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การวางแผน
- การดูแลผู้ป่วย
- การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย
- การดูแลต่อเนื่อง

บริบท (Context) ขององค์กร

สถานการณ์การเข้าถึงยาต้านไวรัส

- กระบวนการเร่งรัดการเข้าถึงยาต้านไวรัส : ทำหรือยัง ทำอะไร อะไรที่ทำได้
- % ของการเข้าถึงยาต้านไวรัสในปัจจุบัน (80%)
- สถานการณ์ปัญหาเฉพาะของโรงพยาบาล (Gap ชัดจำกัด)
 - การเริ่มยาต้องรอ CD4
 - การรอผล CD4 ใช้เวลา 3 วัน
 - คนไข้ล้ามันให้กลับมารับยาวันหลังมักจะไม่มี
 - แพทย์เป็นแพทย์ทั่วไป ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทาง ไม่กล้าให้ยาต้านไวรัส ถ้าผล lab ไม่ครบ

การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

Core Values

- Patient center
- Management by fact

สรุปการออกแบบกระบวนการ

- กรณีที่ไม่ได้เปิดบริการทุกวัน
- กรณีที่เปิดบริการทุกวัน

แลกเปลี่ยนประสบการณ์

อภิปราย

สรุปเทคนิค

คำชี้แจงผู้เรียน



“ ขอให้ทุกท่านทำแบบประเมินการอบรมและข้อสอบ Post-Test ที่จะส่งให้อีเมลของท่าน เพื่อร่วมลุ้นรับของที่ระลึก” หรือ SCAN QR CODE ด้านล่าง

Post-test



แบบประเมินความพึงพอใจ



Line Group



หาบวกให้พบ
ครบถ้วนรักษาเป็นคู่
ชาย-ภรรยา: เชื้อสงบ ได้ ไม่ส่งเชื้อต่อ

พอเจอไม่ติด ให้คิดคงสภาพลบ

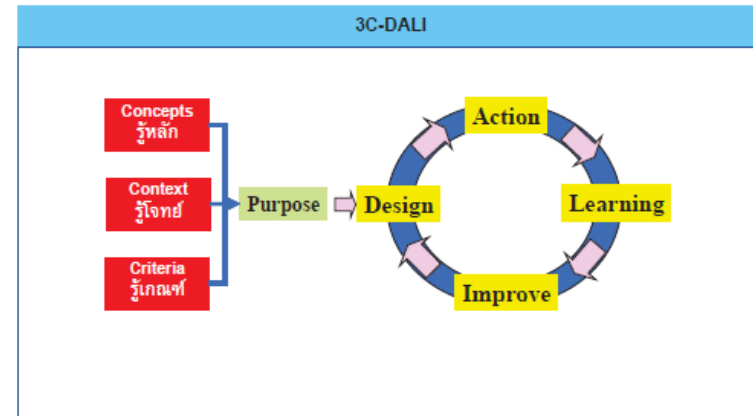
จบสิ้นโรคเอดส์

เป้าหมาย 95-95-95

ประตูแรกสู่การ Ending AIDS เป้าหมาย 95-1

- 95 ที่หนึ่ง หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าตนเองติดเชื้อ
- 95 ที่สอง หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- 95 ที่สาม หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถตรวจไม่เจอเชื้อเอชไอวีในเลือดจนไม่สามารถตรวจพบในเลือดได้

การติดตามเป้าหมาย 95-95-95 จะทำได้ก็ต่อเมื่อทั้งหมดยกเว้นข้อที่หนึ่งคือไปไม่ถึงเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ การยุติโรคเอดส์ (ยุติโรคได้)



CASE Study

ขอขอบคุณ

ข้อมูลจาก โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

นำเสนอโดย

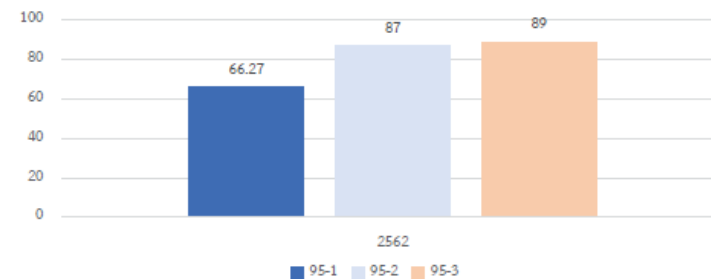
คุณเจมจิรา มุลน้ำอ่าง

พยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กทม.



สถานการณ์การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี รพ.ราชพิพัฒน์ ปี 2562



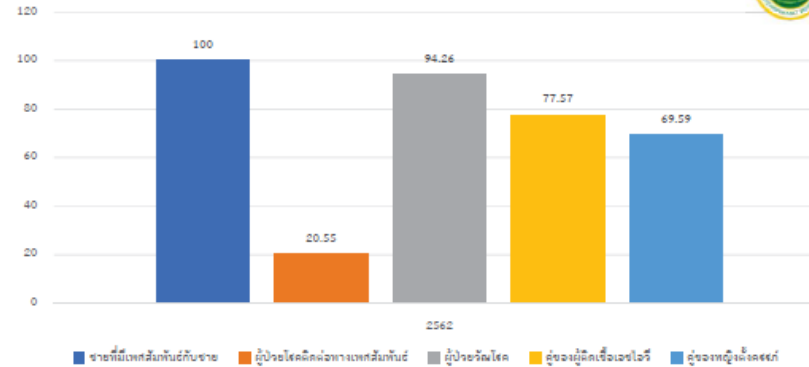
ในฐานะโค้ชท่านจะไปช่วยรพ.ท่านจะถามอะไร

- ความครอบคลุมการได้รับการตรวจเอชไอวี
- มีแนวทางการคัดกรอง KP ให้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนอย่างไร
- 95 ที่พบตั้งมาจากอะไร ตัวตั้งตัวหาร
- มีกลยุทธ์อะไรในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วย
- มีผู้ป่วยกลุ่มไหนที่เรารู้ว่ามีความสำคัญในการค้นหา
- 66% ได้จากหน่วยงานไหนบ้าง
- คนที่ไม่ได้เข้าสู่การรักษา ทราบสาเหตุไหม
- มีวิธีการค้นหาอย่างไร มีการคัดกรองอย่างไร
- กลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้ตรวจทราบสาเหตุไหม
- ข้อมูลที่ได้ มาจากกลุ่มใดบ้าง และแหล่งข้อมูลใด
- กำหนดกลุ่มเป้าหมายได้อย่างไร
- ปริมาณผู้ที่ได้รับการตรวจเอชไอวีของทั้ง รพ. มีจำนวนเท่าไร
- กลุ่มเป้าหมายผล negative ได้รับการ retain เท่าไหร่ครับ

แลกเปลี่ยนผ่านทาง chat

95 ที่ 1

กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี



ในฐานะโค้ชท่านจะถามอะไร

- หน่วยงานไหนที่พบมากที่สุด
- กลุ่มไหนที่มีารับบริการมากที่สุด
- กลุ่ม STI ส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ตรวจ HIV เพราะอะไร
- จะเห็นได้ว่า ทำในกลุ่ม MSM ได้ดี อยากเรียนรู้ว่าอ.มีกระบวนการในการนำกลุ่มนี้มาตรวจได้อย่างไรคะ
- ผู้ป่วยกลุ่ม STI ส่วนใหญ่มาจากแผนกไหน
- ทั้ง MSM ตรวจพบที่หน่วยงานไหนบ้าง
- อยากทราบสาเหตุของกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้รับการตรวจคืออะไรคะ
- มีแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อคัดกรองเอชไอวีในแต่ละกลุ่มเสี่ยงอย่างไร
- เราจะรู้ว่าเป็นกลุ่ม MSM ก่อนตรวจ HIV ได้อย่างไร
- ในกลุ่มที่ 2 ทำไม่ถึงตรวจได้น้อย

แลกเปลี่ยนผ่านทาง chat

รพ.เล่าถึง Context ของรพ.ที่ยังทำให้บรรลุ และไม่บรรลุเป้าหมาย



บรรลุเป้าหมาย

- กลุ่ม MSM
 - วุฒิสหัช
 - ระวังความเสี่ยงของตัวเอง
- กลุ่ม TB
 - มีระบบคัดกรองวัณโรคทุกจุดบริการ และเมื่อเข้าข่ายเป็นวัณโรคจะถูกส่งไปที่คลินิกวัณโรค จะได้รับการตรวจ HIV 100% เป็นแนวทางปฏิบัติ มี Lab ชุดของ TB
 - คนไข้จนรพ.ได้ตรวจ HIV ตั้งแต่ที่จนรพ. โดยแพทย์อายุรกรรมเป็นผู้ส่งตรวจ

ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

- กลุ่ม STIs
 - ยังไม่มีคลินิก คนไข้อยู่ในหลายแผนก
 - การบันทึกข้อมูลการวินิจฉัย
- กลุ่ม ANC
 - ศักยภาพบุคลากรที่ใหม่ยังไม่สามารถให้บริการ VCT ได้ ในการชวนให้เข้ามาตรวจได้
 - การชวนคุมมาตรวจ
- คู่ผู้ติดเชื้อ

บริบทของผู้หญิงตั้งครรภ์และผู้ติดเชื้อต่างจาก TB STIs อย่างไร

- ผู้ติดเชื้อบางครั้งไม่ทราบ ตั้งครรภ์ทราบ
- คู่ ไม่ป่วย อาจไม่เห็นความจำเป็นในการตรวจ
- คู่ของผู้ติดเชื้อบางคน ไม่เปิดเผยผลเลือดตั้งแต่แรก
- คู่ของผู้หญิงตั้งครรภ์จะเสนอการตรวจเอชไอวีได้ง่ายเพราะเกี่ยวข้องกับ ลูกด้วย แต่คู่ของผู้ติดเชื้อ บางคนเคยตรวจมาแล้ว คิดว่าไม่เสี่ยงเพิ่มเลยไม่ยอมเจาะ หรือบางคนคิดว่ายังแข็งแรงอยู่
- มีแนวปฏิบัติชัดเจน จนกลายเป็นนโยบาย
- ไม่มีแรงจูงใจในการมา รพ.
- การไม่บอกผลเลือด Anti HIV ทำให้ยากกับการให้คู่มารตรวจเลือด
- ความตระหนักของคู่มักสูงกว่า
- มีแนวทางชัดเจนในการตรวจของคู่อุ้งตั้งครรภ์
- คู่อนุไม่ประจำตัว

แลกเปลี่ยนผ่านทาง chat

บริบทใดที่ทำให้ผู้รับบริการเข้ามาหาได้ดี

แลกเปลี่ยนผ่านทาง chat

- ระบบชุดการตรวจแลกเปลี่ยน. วัณโรค ได้ตรวจเอชไอวีทุกราย
- แนวทางการดูแล ผล. TB มีความชัดเจน
- การจัดการบริการที่เป็นมิตร เข้าถึงง่าย
- มีแผนกชัดเจน ประชาสัมพันธ์ชัดเจน
- ความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่
- มีจุดบริการและผู้รับผิดชอบชัดเจน มี protocol ในการเจาะเลือด (TB)
- แบบ One stop service
- Context ที่ทำให้ผู้รับบริการเข้ามาหาได้ดี 1.การรับรู้สิทธิใน MSM
- มีการประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงบริการ
- การสื่อสารและการรับรู้ความเสี่ยงของผู้รับบริการครบ

ความต่างระหว่าง TB และ STIs

- STI ไม่มีคัสติง
- TB มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน
- STI ยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจน
- STI ไม่มี owner และไม่มีกำกับจากนโยบาย
- STI ตาม Contact ง่ายกว่า TB
- สภาวะโรค tb เปิดเผยได้ มีคัสติง
- การสื่อสารเรื่องการตรวจเชิงผู้ให้บริการด้าน TB ตรงตัว แต่ STI ผู้รับผิดชอบ รพ. ไม่ชัดเจน
- STI จะกระจายอยู่หลายหน่วยงาน
- STI อาจรักษาตัวเอง และไม่รบกวนชีวิต เท่าวัณโรค
- TB ตามจากผู้สัมผัสใกล้ชิด แต่ STI ส่วนใหญ่เป็น One night stand
- STI ยังมองว่า เป็นเรื่องไกลตัว ไม่มีผู้รับผิดชอบงานหลัก

ความต่างระหว่าง MSM และ TB

- กลุ่ม M ทราบความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยงตัวเองได้
- การให้ความรู้กับผู้รับบริการของเจ้าหน้าที่ชัดเจน ในกลุ่มเสี่ยง
- TB อยู่ในรพ. แต่ MSM ไม่มีเปิดเผย ต้องใช้แกนนำในการหาเคส
- ภาวะสุขภาพ อันตรายในต่อชีวิตในการเจ็บป่วย
- msm สนใจเรื่องเชิงป้องกัน, TB. เป็นการเสนอบริการ
- M. จะเหมือนรู้ความเสี่ยง
- การจัดการแบบ packet ความเสี่ยงผู้รับบริการ
- TB มีแนวปฏิบัติชัดเจน MSM ตระหนักตัวตัวเอง
- TB มีระบบ และตัวชี้วัดกำกับ

ในกลุ่มที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย มีขั้นตอนไหนบ้างที่ยังไม่ได้ทำตามมาตรฐาน

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ

- (1) ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็น. ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และอุปสรรคอื่นๆ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว. ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่ใช้บริการ.
- (2) มีการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา^{๑๑} เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.



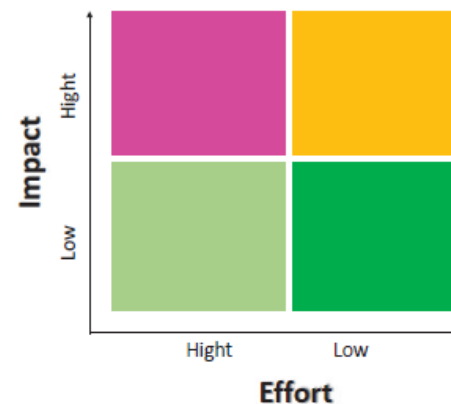
สถาบันโรคสุกษาพลาสมา (พฤษภาคม 2561)

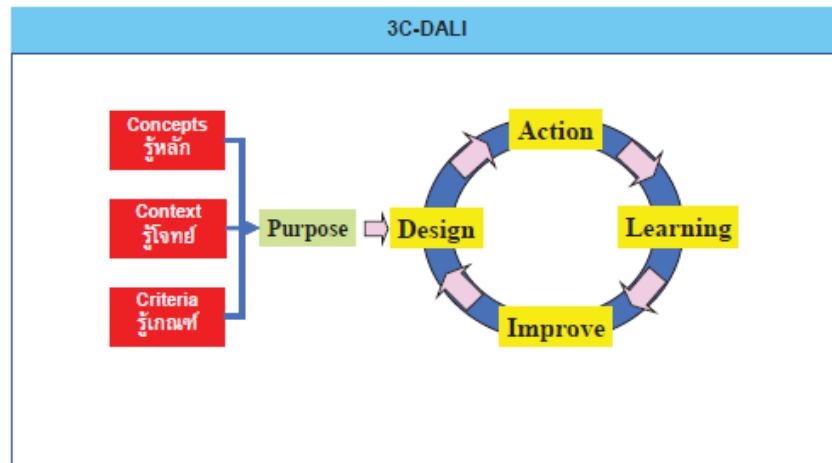
ในการแก้ไขปัญหา Core value อะไรที่จะนำไปใช้

- STIs ใช้ Management by fact
- Teamwork กำหนดผู้รับผิดชอบ มีการประชุมวางแผน ติดตามในกลุ่ม STIs
- Management by fact สื่อสารในองค์กร
- Focus on health
- Focus on result
- Management by fact, Empowerment ในกลุ่ม STIs
- Patient / Customer focus on health เอาผู้ป่วย STIs เป็นตัวร่วมกับงานต่าง ๆ
- Patient / Customer focus
- Teamwork
- Management by fact ใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการตื่นตัวของรพ.
- มีผู้รับผิดชอบชัดเจน ในการเชื่อมประสาน

Set Priority

- STIs – Impact
- ANC Partner – less effort
- คู่ผู้ติดเชื้อ อันดับ 1 เพราะว่าคู่เสี่ยงอยู่แล้ว
- เพราะมีคู่ที่ทราบแล้วว่าติดเชื้อเอชไอวี
- คู่หญิงตั้งครรภ์ ป้องกันลูกให้ไม่ติดเชื้อ
- คู่ของหญิงตั้งครรภ์ เพราะถ้าคู่ไม่ทราบสถานะ อาจส่งผลให้ลูกติดเชื้อได้
- คู่ผู้ติดเชื้อ
- STIs
- กลุ่มป่วยไม่ทราบสาเหตุ โรค OI ครับ
- คู่หญิงตั้งครรภ์ effort สูง





Purpose : ทำให้กลุ่มเป้าหมายตรวจหาการติดเชื้อได้ 95% ภายใน 2 ปี

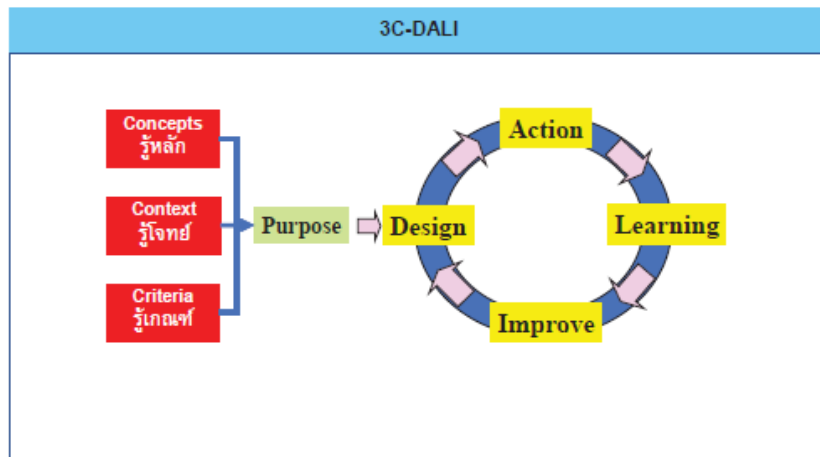
1. คู่ของหญิงตั้งครรภ์ ภายใน 1 ปี
2. คู่ของผู้ติดเชื้อ ภายใน 1 ปี
3. ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใน 2 ปี

Design :

1. ลักษณะหรือภาพความสำเร็จเมื่อบรรลุเป้าหมายเป็นอย่างไร
2. ทำอย่างไรให้เห็นภาพนั้น (How the success look like)

แลกเปลี่ยน : ลักษณะหรือภาพความสำเร็จเมื่อบรรลุเป้าหมายของกลุ่มคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เป็นอย่างไร

1. ครอบครัวทั้งสามและภรรยาให้ความสำคัญกับลูกที่จะเกิดมา สามให้ความสำคัญที่จะมาตรวจเลือดเอชไอวี
2. รพ.สามารถจัดบริการในรูปแบบ Couple Csg. ได้
3. การบริการที่มีความยืดหยุ่น เช่น มาตอนคลอด อย่างไรก็ได้ให้ทันการณ์
4. คู่หญิงตั้งครรภ์ สามารถตรวจได้หลายจุดบริการ เช่น ANC LR PP



Purpose : ทำให้กลุ่มเป้าหมายตรวจหาการติดเชื้อได้ 95% ภายใน 2 ปี

1. คู่ของหญิงตั้งครรภ์ ภายใน 1 ปี
2. คู่ของผู้ติดเชื้อ ภายใน 1 ปี
3. ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใน 2 ปี

Design :

1. ลักษณะหรือภาพความสำเร็จเมื่อบรรลุเป้าหมายเป็นอย่างไร
2. ทำอย่างไรให้เห็นภาพนั้น (How the success look like)

แลกเปลี่ยน : ลักษณะหรือภาพความสำเร็จเมื่อบรรลุเป้าหมายของกลุ่มคู่ของหญิงตั้งครรภ์ เป็นอย่างไร

1. ครอบครัวทั้งสามีและภรรยาให้ความสำคัญกับลูกที่จะเกิดมา สามีให้ความสำคัญที่จะมาตรวจเลือดเอชไอวี
2. รพ.สามารถจัดบริการในรูปแบบ Couple Csg. ได้
3. การบริการที่มีความยืดหยุ่น เช่น มาตอนคลอด อย่างไม่กี่ให้ทันการณ
4. คู่หญิงตั้งครรภ์ สามารถตรวจได้หลายจุดบริการ เช่น ANC LR PP

คำชี้แจงผู้เรียน



“ ขอให้ทุกท่านทำแบบประเมินการอบรมและข้อสอบ Post-Test ที่จะส่งให้อีเมลของท่าน เพื่อร่วมลุ้นรับของที่ระลึก” หรือ SCAN QR CODE ด้านล่าง

Post-test



แบบประเมินความพึงพอใจ



Line Group



ภาคผนวก 3 “เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ”

Logos: Thai Ministry of Health, PEPFAR, ECHO, ECHO

HIV ECHO

95-2 “เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ”

คำชี้แจงผู้เรียน

เปลี่ยนชื่อ-นามสกุลเป็นภาษาอังกฤษตามด้วยชื่อหน่วยงาน
KANJANA FAKTHONGKHAM (DAS)

ปิดไมค์และวิดีโอไว้เสมอให้เปิดเมื่อต้องอภิปรายหากมีข้อซักถามให้ พิมพ์คำถามไว้ใน Chat

ลงทะเบียนและทำ Pre-test

Line ECHO “COP”

วัตถุประสงค์ “เธอมาจากไหน เธอจะเป็นใคร รักษาครบ”

- ▶ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้วิธีการเรียนรู้จากสิ่งที่ทำแล้วโดยใช้ 3C-DALI เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ 95-2 : ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส

ครบถ้วนรักษา “เริ่มยาเร็ว ลดป่วย ลดตาย ลดสูญเสีย”

วิทยากรและผู้ทรงคุณวุฒิ

- นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิ สรพ.
- นายแพทย์อร่าม ลิ้มตระกูล ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพ
- แพทย์หญิงวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพ
- อ.ววรรณ ใฝ่กระโทก ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพ
- พว.วนิดา ว่องทรง รพ.กลาง สำนักงานแพทย์ กทม.



เป้าหมาย 95-95-95
 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส
 เป้าหมาย 95-2

95 ที่หนึ่ง หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายงานว่าตนงดติดต่อ
95 ที่สอง หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
95 ที่สาม หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถตรวจไม่เจอเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดจนไม่สามารถตรวจพบในเลือดได้

การได้ครบเป้าหมาย 95-95-95 จะทำให้ผู้ติดเชื้อเกือบทั้งหมดไม่แพร่เชื้อ
 อีกต่อไป นำไปสู่เป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ การยุติปัญหาเอดส์ (ยุติโรคได้)

ผลลัพธ์ 95-2 ของรพ. ท่านเป็นอย่างไร

- ประมาณ 85
- 97/DQI
- ไม่ทราบ
- จำไม่ได้
- 85-87
- 93
- 95ที่2 ของประเทศ = 91
- ร.พ.ตกว่าป่าไทรมาศ4/65=86.4%
- ประมาณ 70% (สปป ลาว)

ผลลัพธ์ 95-2 มีความสำคัญอย่างไร

1. ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการรักษา
 1. มีการแพร่กระจายเชื้อ 200 คน/ปี
 2. CD4 ต่ำ มีโอกาสเกิด OI

95-1 และ 95-2 หาได้จากที่ไหนบ้าง

- ห้อง lab
- hos-sp
- Lab และ NAP register
- ชันสูตร
- โปรแกรม NAP
- Lab Nap nc
- Counseling
- จากหน้าเว็บ HIV Info Hub
- VCT
- ห้องแล็บ เหยียบกับ ข้อมูลจาก IT
- ARV CLINIC
- ผลบวกรวจากห้องLABพราะเป็นCenter



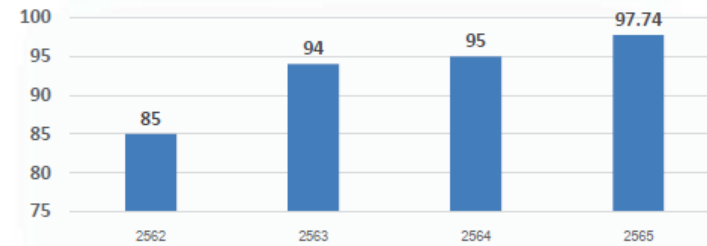
CASE Study

ขอขอบคุณ
ข้อมูลจาก โรงพยาบาลกลาง
นำเสนอโดย
พว.วนิดา ว่องทรง
พยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กทม.



ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส (95-2) โรงพยาบาลกลาง

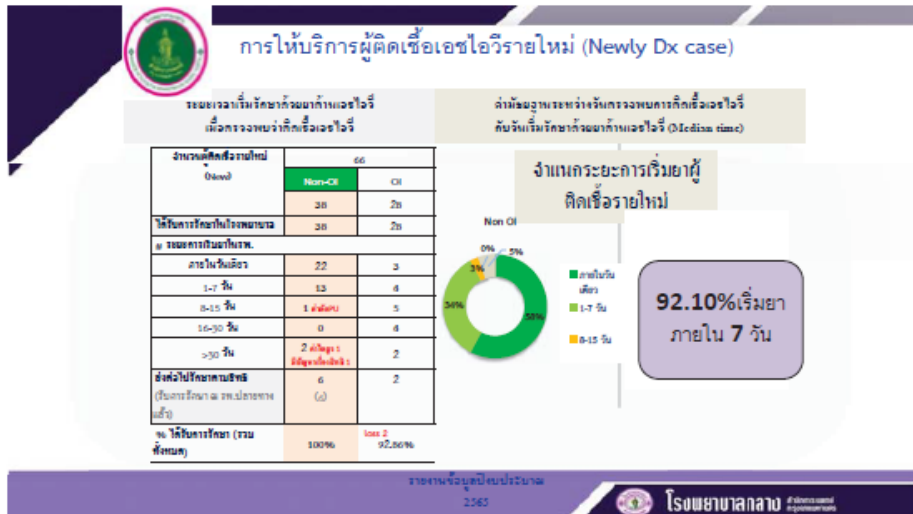


ปัจจัยอะไรของรพ.ท่าน ที่ทำให้ผลลัพธ์ 95-2 ไม่บรรลุเป้าหมาย

- การไม่เริ่มยา ในวันที่ตรวจพบผล
- ประชากรย้ายถิ่นตามไม่ได้
- พบบวกตามตึก แต่ไม่ได้ส่งมาที่หน่วยให้คำปรึกษา
- สิทธิการรักษา
- คนไข้ไม่พร้อมที่จะรับยาต้านไวรัสหลังจากรู้สถานะ อาจจะมีเรื่องของ การที่ตรวจตนเองและกลัวการตรวจจากครอบครัวข้าง
- ผู้ป่วยไม่ถูกส่งมาเข้าระบบ
- Opportunistic infection ภาวะ
- ระบบที่คนไข้ต้องมาหลายvisit
- จนท.ไม่ได้ติดตามผลบวก, ไม่มาตามนัด, ติดต่อไม่ได้/ไม่รับโทรกลับ
- คนไข้ไม่พร้อม ยังไม่ยอมรับ
- สิทธิประกันสังคม ไม่ยื่นขอการรับยาฟรี
- ปกปิดกลัวคนอื่นรู้
- ยังสงสัยผลอยู่คิดว่าไม่เป็นไร
- ผู้ป่วยมาขอเวลา ไม่พร้อมเพื่อเลือก
- ภาวะขาดนัด
- วัณโรค จากความตระหนี่
- ลงทะเบียนผู้ป่วยไว้ และติดตามให้มารับยาไม่ได้ หรือผู้ป่วยไม่ยอมรับยา โดยเฉพาะ ผู้รับบริการหลังคลอด เมื่อตั้งครรภ์
- ขาดระบบติดตามที่เป็นรูปธรรม
- ระบบการเฝ้าระวังของโรงพยาบาล
- ไม่มีสิทธิการรักษา
- จำกัดการเข้าถึงโดยแพทย์ ID
- ระบบบริการไม่เต็มรูปแบบ Same Day ART มีกรณีคนไข้มา รพ. ปัสสาวะขี้จิ้งจิกไม่มาตามนัด
- รอผลแลป
- ค่าตรวจผล CD4
- ความเป็นปัจจุบันของข้อมูลใน NAP
- สิทธิการรักษาจึงยังไม่ตรงกัน UC หรือมี ปกติ คือส่งต่อ แต่จ่ายมีข้อจำกัดการเดินหาง เป็นต้น
- คนไข้ที่ดูแลตรวจ แต่ไม่ยอมรับ, มี CI, พยาบาลและนักให้คำปรึกษา ไม่เข้ารับการ ไม่มีการติดตามที่ เป็นระบบ,
- วัณโรคเรื้อรัง
- มาขอคนรู้จักในคลินิกด้าน และหมักลับก่อนรักษา

สรุป

1. เจ้าหน้าที่ไม่ได้บอกผลเลือดกับคนไข้
2. คนไข้ไม่กลับมาฟังผลเลือด เพราะเจาะแล้วไม่รู้ผลทันที
3. บอกผลเลือดบวก แต่ Csg. ไม่สามารถทำให้คนไข้ยอมรับและเริ่มยาได้
4. การส่งต่อไปเริ่มยาต้านคนละหน่วยงาน ทำให้คนไข้ไปไม่ถึงปลายทาง
5. ไม่มีการติดตามหลังส่งคนไข้ไปรับยาที่หน่วยงานปลายทาง
6. คลินิกยาต้านไวรัส รพ.ผล Lab
7. รักษาโรคติดเชื้อจิวโอกาส บางกรณี เสียชีวิตก่อนเริ่มยาต้านไวรัส



สรุปประเด็นสำคัญที่จะบรรลุ 95-2 ที่สำคัญคือ

การมีระบบกำกับให้ผล.ทุกรายเข้าสู่การรับยาต้านเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ร่วมกิจกรรม

ท่านจะใช้ Intervention อะไร

- 1. Lab Alert ////// ///
- 2. Same day result ///
- 3. Rapid ART ////
- 4. อื่น ๆ
 - ติดตามผลที่ส่งต่อว่าไปถึงปลายทางหรือไม่
 - EAC //
 - การปรับเวลาการให้บริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไข้ เช่น มีคลินิกพิเศษนอกเวลา
 - การสร้างสัมพันธ์ภาพ ชุมชน ให้ใจบุญ เพื่อ ให้ยอมรับและขอรับยา
 - ย้ายคลินิกการรักษายา
 - การปรับเปลี่ยนบริการกับคลินิกเอกชน หรือ วงการชุมชน

ภาพพลิกการให้บริการปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและติดตามปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (EAC)

ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=10309

และวิดีโอสาริต EAC ใน youtube ตามลิงค์ด้านล่างนี้ค่ะ

https://youtu.be/hW_xCS0PI8I

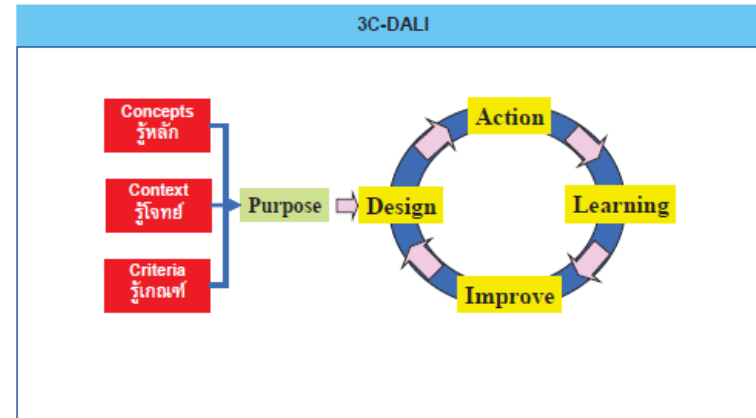
https://youtu.be/-GjoiTC_Wzk

<https://youtu.be/pErMaD5R4IU>

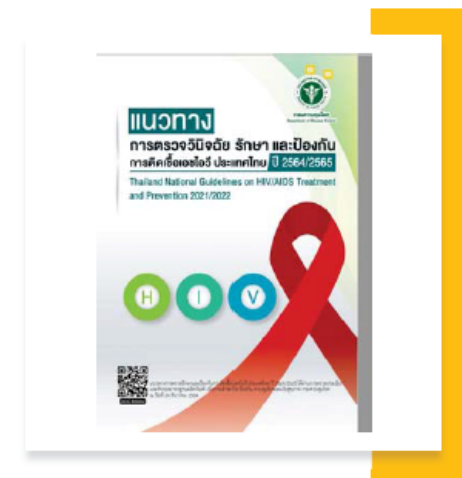
<https://youtu.be/R5h3QWqVXEI>

<https://youtu.be/Pe6G7RNH45A>

<https://youtu.be/kBtlr4-YZk8>



Criteria
การเริ่มยาต้านไวรัส
(P235 -238 , P227)



7.2 แนวทางการจัดบริการด้านการดูแลรักษาเอชไอวี (P235 -238)

7.2.1 แนวทางการส่งเสริมการเริ่มยาต้านเอชไอวีในวันเดียวกับการวินิจฉัย (Same-day ART initiation)

- ควรเริ่มยาต้านเอชไอวีให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 ภายในวันเดียวกันกับการวินิจฉัย
- หากไม่สามารถทำได้ภายในวันเดียว ควรเริ่มยาภายใน 7 วัน หลังการวินิจฉัยหรือโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะดำเนินการได้
- การเริ่มยาต้านเอชไอวีเอชไอวีภายในวันเดียวกับที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี (Same-Day ART initiation)
- หรือรวดเร็วที่สุดหลังจากที่ทราบผลการติดเชื้อ

การรักษาเสมือนการป้องกัน (Treatment as Prevention: TasP) : การเริ่มยาต้านเอชไอวีโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 (P227)

- การเริ่มยาต้านเอชไอวีโดยไม่คำนึงถึง ค่า CD4 จะสามารถฟื้นฟูภูมิคุ้มกันของผู้เข้าร่วมกับเชื้อ และป้องกันการเกิดโรคฉวยโอกาส
- นอกจากนี้ การเริ่มยาต้านเอชไอวีเร็วและการกินยาที่ดีนั้นสามารถนำไปสู่การกดเชื้อไวรัสให้อยู่ในระดับ undetectable ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดเชื้อไวรัสไปสู่ผู้อื่นได้หรือที่เรียกว่า Undetectable = Untransmittable (U=U) ซึ่งถือได้ว่าการรักษาเป็นการป้องกันแบบหนึ่ง

เหตุผลการเริ่มยาต้านฯ ระบุในแนวทางฯ

- เพื่อให้ผู้ติดเชื้อที่มีความพร้อมในการเริ่มยาและไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เป็นข้อห้ามในการเริ่มยาต้านเอชไอวีสามารถเข้าถึงกระบวนการรักษาและกินยาต้านเอชไอวีให้เร็วที่สุด นับจากที่ทราบว่ามีผลการติดเชื้อเอชไอวี **ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการพบโรคก่อนเริ่มยา ช่วยสนับสนุนการคงอยู่ในระบบการรักษาไปตลอด (retain) และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อสามารถกดเชื้อเอชไอวีได้เร็วที่สุด ลดอัตราการเสียชีวิตจากการเริ่มยาช้า ลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อไปยังผู้อื่นลงอย่างรวดเร็ว** เมื่อยาต้านเอชไอวีสามารถกดเชื้อเอชไอวีลงจนอยู่ในระดับที่ไม่สามารถตรวจพบได้
- ตามแนวคิดไม่พบเท่ากับไม่แพร่ (Undetectable – Untransmittable หรือ U=U) ด้วยระบบบริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และยังเป็นระบบที่ช่วยนำ ผู้ติดเชื้อเข้าสู่สิทธิการรักษาพยาบาลของตนเองได้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกว่าเขาสามารถจัดการกับภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งทางด้านจิตใจสังคมและทางคลินิกได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม และสามารถใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างปกติ

รู้สึกอย่างไร ได้เรียนรู้อะไร ชอบอะไร

- พบคน ดูแลดี
- ใจ สบาย
- ปลอดภัย
- บริการรวดเร็ว
- อบอุ่น
- ปลอดภัย
- บริการดี
- ได้รับความรู้ และคำแนะนำ
- อบอุ่นและใจดี
- บริการดีเยี่ยม
- บริการดีเยี่ยม
- บริการดีเยี่ยม
- บริการดีเยี่ยม
- บริการดีเยี่ยม
- บริการดีเยี่ยม

- อยากได้ทีม ที่เข้มแข็งในการทำงานค่ะ
- ขอให้มีความมั่นใจ ทุกอย่างผ่านจลวย
- เห็นทางออกการปิดGap
- เห็นภาพชัดเจน และได้นำไปพัฒนาต่อค่ะ

คำชี้แจงผู้เรียน



“ ขอให้ทุกท่านทำแบบประเมินการอบรมและข้อสอบ Post-Test ที่จะส่งให้อีเมลของท่าน เพื่อร่วมลุ้นรับของที่ระลึก” หรือ SCAN QR CODE ด้านล่าง

Post-test



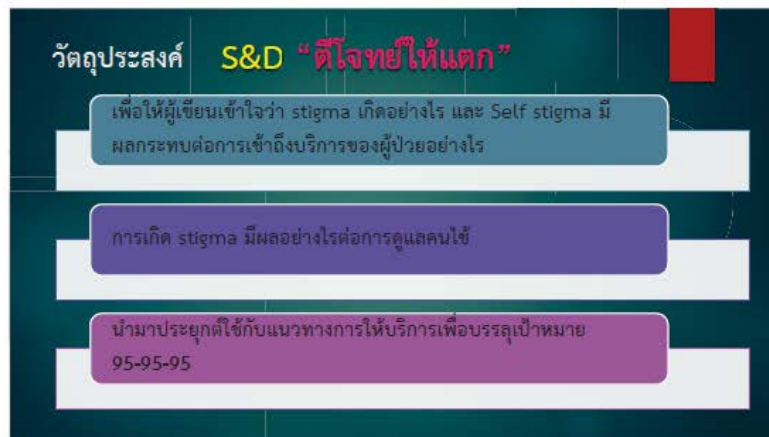
แบบประเมินความพึงพอใจ



Line Group



ภาคผนวก 4 S&D ตีโจทย์ให้แตก



Stigma & Discrimination



ยกตัวอย่างของการตีตราและเลือกปฏิบัติที่ผ่านทราบหรือเคยเห็น (Stigma & Discrimination)

• 3 นาที

Stigma

- กระบวนการทางสังคมที่ไปลดค่าของบุคคล
- จากการตัดสิน ถูก-ผิด, ดี-ไม่ดี, ควร-ไม่ควร
- เกิดการแบ่งแยก (Discrimination)
- รังเกียจ หลีกเลียง ออกห่าง หรือเลือกปฏิบัติ



ยกตัวอย่างของการตีตราและเลือกปฏิบัติที่ผ่านทราบหรือเคยเห็น (Stigma & Discrimination)

แลกเปลี่ยน 3 นาที

Stigma	Discrimination

การตีตราตนเอง (Internal or self stigma)

- คือการที่บุคคลนั้นยอมรับมุมมองและความรู้สึกในแง่ลบที่มีต่อตนเองและกลุ่ม
- ลดความภูมิใจและคุณค่าของตนเอง
- ประณามตนเอง



กรณีศึกษา

1. ยอมรับไม่ได้
2. ยอมรับได้น้อย
3. ยอมรับได้พอควร
4. ยอมรับได้มาก
5. ยอมรับได้อย่างสบายใจ

กรณีศึกษา : ตอนที่ 1

- หญิงอายุ 19 ปี ติดเชื้อ HIV
- มีลูกแล้ว 1 คน
- ต้องการมีลูกอีกคน

Vote

1. ยอมรับไม่ได้
2. ยอมรับได้น้อย /
3. ยอมรับได้พอควร /////
4. ยอมรับได้มาก //
5. ยอมรับได้อย่างสบายใจ //

กรณีศึกษา : ตอนที่ 2

- ลูกคนที่แล้ว อายุ 2 ปี
- ครรภ์ที่แล้ว มาฝากครรภ์ช้า กินยาระหว่างตั้งครรภ์ไม่ดี
- ดูแลลูกหลังตั้งครรภ์ไม่ดี
- ลูกติดเชื้อ HIV

Vote

1. ยอมรับไม่ได้ ///
2. ยอมรับได้น้อย //
3. ยอมรับได้พอควร ///
4. ยอมรับได้มาก
5. ยอมรับได้อย่างสบายใจ /

กรณีศึกษา : ตอนที่ 3

- สามีนี้นี้เป็นสามีคนใหม่
- สามีเป็นคนดี มีอนาคต
- ปิดบังไม่ให้สามีทราบผลเลือดของตนเอง

Vote
1. ยอมรับไม่ได้ ////
2. ยอมรับได้น้อย //////////
3. ยอมรับได้พอควร ////
4. ยอมรับได้มาก //
5. ยอมรับได้อย่างสบายใจ /

กรณีศึกษา : ตอนที่ 4

- สามีนี้นี้เป็นญาติของท่าน/พี่น้อง/ลูกชาย

Vote
1. ยอมรับไม่ได้ ////
2. ยอมรับได้น้อย //////////
3. ยอมรับได้พอควร //////////
4. ยอมรับได้มาก /
5. ยอมรับได้อย่างสบายใจ /

ได้เรียนรู้อะไรจากกรณีศึกษา 4 ตอน

- 3 นาที

ท่านคิดว่าผู้หญิงคนนี้จะกลัวหรือมีปัญหาอะไรบ้างในการเข้าถึงบริการ ?

- กลัวสามีใหม่รู้ผลเลือดของตัวเอง
- จนท. ขาดเดิม
- กลัวจะถูกว่า และไม่ให้ตั้งครรภ์
- ผู้หญิงรู้สึกผิด
- ไม่กล้ามาปรึกษา
- ผู้หญิงคนนี้จะไม่มารับบริการ
- ไม่เข้ามา รพ.
- ไม่มาฝากครรภ์ต่อ
- ย้ายไปรับบริการที่อื่น
- ทำแท้ง
- ไม่มากินยาต้าน
- ไม่เข้าสู่ระบบการรักษา
- มาช้า หรือไม่มา เพราะถูกตำหนิจากผู้ให้บริการ จากประวัติที่ผ่านมา
- กินยาไม่สม่ำเสมอ
- โทษเรื่องกินยา
- ไม่พาลูกมาตามนัด ไม่พบบุตรมารับวัคซีน
- ไม่มารับบริการต่อเนื่อง

ท่านคิดว่าผู้หญิงคนนี้ต้องการอะไรบ้างในการเข้ารับบริการ

- ความเป็นส่วนตัวในการรับการปรึกษา
- ต้องการปกป้องตัวตน
- ความใส่ใจ
- ความเข้าใจจากจนท.
- ต้องการกำลังใจ
- การยอมรับ ในฐานะเป็นผู้รับบริการ
- หาทงออก
- การรักษาความลับ
- ต้องการคำแนะนำ
- ขอคิวพิเศษ โดยพบบุคลากรที่ไว้ใจได้
- การรับฟังอย่างเข้าใจ
- ต้องการการแนะนำที่ดี
- ไม่รังเกียจ
- ต้องการการดูแลแบบเป็นมิตร ไม่พูดเรื่องในอดีต
- การช่วยเหลือ
- ความไว้วางใจของเจ้าหน้าที่
- ขอคำปรึกษาส่วนตัว
- การยอมรับจากจนท.ไม่ต่อว่า

ท่านมีวิธีการอย่างไรที่ทำให้ท่านสามารถยอมรับผู้หญิงคนนี้ได้

- เคารพสิทธิส่วนบุคคล
- เข้าใจสถานการณ์ที่เขาต้องเจอ
- ยอมรับแบบไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าจะเค้าจะถูกใจเราหรือไม่
- มองเหตุผลของผู้รับบริการ เปิดมุมมอง ว่า ถ้าเป็นเรา รู้สึกอย่างไร
- มองว่าเขาก็เป็นเพื่อนมนุษย์เช่นกัน แล้วทำความเข้าใจ และหาสาเหตุสำคัญ/ความกังวลของผู้หญิงคนนี้ แล้วร่วมกันหาทางออก
- การรับรู้ในข้อจำกัดของผู้รับบริการ เคารพสิทธิความเป็นปัจเจกบุคคล
- ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข
- ใจเขาใจเรา
- ทำใจก่อนนะ
- เข้าใจตนเองก่อนว่า เราอยากช่วยเหลือคนไข้ ให้เข้าถึงบริการ และดูแลคนไข้ให้ดีที่สุด
- เปิดใจรับฟังเห็นอกเห็นใจ
- Open mind
- เอาใจเขามาใส่ใจเรา เข้าใจในมุมมองที่เขาเป็น empathy
- ขวนขวายสบายๆ สร้างความเป็นกันเองก่อน

ให้ข้อมูลเพิ่มเติมของกรณีศึกษา

- ติดเชื้อจากแม่ PMTCT
- ตั้งครรภ์ครั้งแรก จากถูกพ่อเลี้ยงข่มขืน
- ดูแลตัวเองและลูกไม่ดีเพราะครอบครัวแตกแยก
- สามีคนนี้เป็นที่พึ่งและทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีขึ้น

Vote

1. ยอมรับไม่ได้
2. ยอมรับได้น้อย
3. ยอมรับได้พอควร /
4. ยอมรับได้มาก ///
5. ยอมรับได้อย่างสบายใจ //////////////

มีประเด็นอะไรบ้างที่ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ชอบ/ไม่พอใจผู้ติดเชื้อ HIV

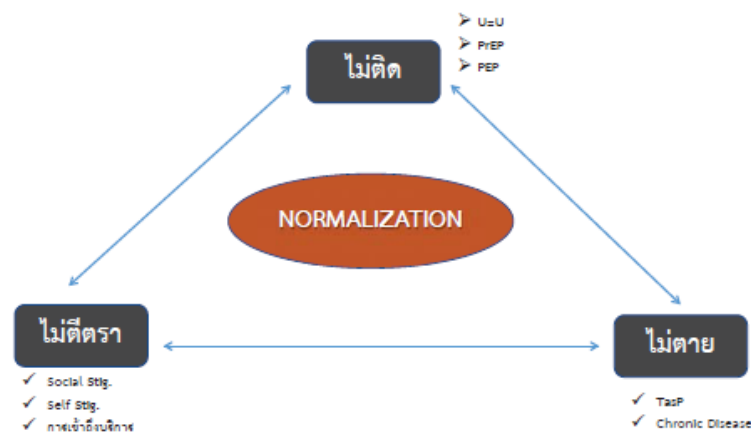
- ปล่อยให้ตัวเองไม่ดี
- กินยาไม่ต่อเนื่อง
- ไม่ยอมกินยาด้าน
- จากที่ผ่านมา สื่อบอกว่าเป็นคนไม่ดี สำส่อน
- ประเด็นการไม่เปิดเผยผลเลือดกับสามี
- กินยาไม่สม่ำเสมอ
- ผู้ไปแพร่เชื้อต่อ
- พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม
- ไม่ใส่ถุงยางอนามัย
- ไม่ป้องกันตัวเอง
- ปกปิดผลเลือด เอาเชื้อส่งต่อให้ผู้อื่น
- เคยออกจากคุก
- กินยาไม่ดี
- ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา
- เอาเชื้อไปแพร่ต่อ
- ประเด็นที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลทำให้การติดเชื้อแพร่ไปสู่ผู้อื่น

ท่านมีวิธีการสื่ออย่างไรว่าท่านไม่มี S&D

- รักษาความลับ เต็มใจให้บริการ ไม่ตำหนิ ไม่ตัดสิน
- ปฏิบัติต่อทุกคนด้วยความเท่าเทียม
- ให้การปรึกษาด้วยความเป็นกันเอง
- รับฟังผู้รับบริการอย่างเข้าใจ
- เคารพสิทธิ
- ไม่แสดงความรู้สึกลงตัว
- ให้การดูแลเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป
- ปรับตั้งแต่ความรู้สึกลับคนดี แล้วแสดงออกมาทางพฤติกรรม ทำเหมือนป่วยคนอื่น
- ไม่มีอคติ
- ไม่ตำหนิ
- ฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน

หน่วยงาน/รพ. สื่ออย่างไรว่าไม่มี S&D

- ประกาศนโยบายรพ.
- ให้ความรู้กับจนท
- ประชาสัมพันธ์
- ปรับสภาพแวดล้อมหน่วยบริการให้เป็นปกติ เหมือนกับคลินิกอื่นๆ
- จัดทำสื่อที่เชิญชวนการมารับค่าปรึกษา ทั้งแบบไปรเตอร์ และออนไลน์
- ทำสื่อวีดีโอ
- จัดบอร์ด ความรู้เรื่องโรค



การประเมินผลการแก้ปัญหา S&D ที่ส่งผลลัพธ์ทางคลินิก

- % first CD4 < 200
- % Retention 12 เดือนแรก
- % undetectable VL

ควรมีการประเมิน self stigma และให้การแก้ไขในผู้ติดเชื้อ

- ผู้ติดเชื้อที่ first CD4 < 200 (โดยเฉพาะผู้ป่วย OI)
- ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยา ARV ใน 12 เดือนแรก
- ผู้ติดเชื้อที่มีปัญหาเรื่อง VL Suppression



ตาราง Matrix 3x4

มาตรการ	ปัจจัย	ความตระหนักรู้	ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี	ทัศนคติทางสังคมในเชิงบวกหรือลบ	สภาพแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ			
บุคคล	• จิตอาสา ฝึกอบรม ทักษะการสื่อสาร	1	• ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ HIV และ จิตอาสา ฝึกอบรม ทักษะการสื่อสาร	2	• จิตอาสา ฝึกอบรม ทักษะการสื่อสาร	3	• ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก	4
โครงสร้างระบบ	• ปรึกษาหารือกับ	5	• สนับสนุน Standard precaution	6	7	8	• จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน	
เสริมประสบการณ์ สถานะสุขภาพในชุมชน/ชุมชน	• สนับสนุน เรื่อง การติดเชื้อ	9	• สนับสนุน เรื่อง การติดเชื้อ	10	11	12		

ตาราง Matrix 3x4

มาตรการ	ปัจจัย	ความตระหนักรู้	ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี	ทัศนคติทางสังคมในเชิงบวกหรือลบ	สภาพแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ	
บุคคล	• เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ S&D	1	• เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ S&D	2	3	4
โครงสร้างระบบ	• ปรึกษาหารือกับเรื่อง S&D	5	• สนับสนุน Standard precaution	6	7	8
เสริมประสบการณ์ สถานะสุขภาพในชุมชน/ชุมชน	• สนับสนุน เรื่อง การติดเชื้อ	9	• สนับสนุน เรื่อง การติดเชื้อ	10	11	12

ตาราง Matrix 3x4	ปัจจัย มาตรการ	ความตระหนักรู้	ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี	ทัศนคติทางสังคมในเชิงเหมารวม ตัดสิน ต่ำหนี	สภาวะแวดล้อมในสถานบริการ สุขภาพ
	บุคคล	<ul style="list-style-type: none"> จัดอบรม ให้บุคลากร ทุกคน เรื่องลดการตีตราค่ะ 1 	ให้ความรู้กับการติดเชื้อ HIV จนทจัดอบรม ให้บุคลากร ทุกคน เรื่องลดการตีตราค่ะ 2	<ul style="list-style-type: none"> จัดอบรม ให้บุคลากร ทุกคน เรื่องลดการตีตราค่ะ 3 สำรวจความคิดเห็นต่อการตีตรา 	4
	โครงสร้าง/ระบบ	<ul style="list-style-type: none"> ประกาศนโยบาย 5 ประเมินผลความพึงพอใจ ผู้ให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> อบรมเรื่อง Standard precaution 6 ไม่ใส่ถุงมือถึง 2 ชั้น 	7	<ul style="list-style-type: none"> จัดห้องให้คำปรึกษา 8 ไม่มีการจัดห้องเฉพาะ
	เชื่อมประสาน สถานพยาบาลใน ชุมชน/ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> อบรม อสม เรื่อง การติดเชื้อ การตีตรา 9 	<ul style="list-style-type: none"> อบรม อสม เรื่อง การติดเชื้อ และ การตีตรา 10 	<ul style="list-style-type: none"> อบรม อสม เรื่อง การติดเชื้อ และ การตีตรา 11 	12

ตาราง Matrix 3x4	ปัจจัย มาตรการ	ความตระหนักรู้	ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี	ทัศนคติทางสังคมในเชิงเหมารวม ตัดสิน ต่ำหนี	สภาวะแวดล้อมในสถานบริการ สุขภาพ
	บุคคล	<ul style="list-style-type: none"> • เจ้าหน้าที่เข้าใจและเห็นความสำคัญของ S&D • เจ้าหน้าที่สามารถประเมินทัศนคติของตนเองเกี่ยวกับ S&D ได้ โดยเฉพาะประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงหรือเข้ารับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> • เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการติดเชื้อเรื่อง U=U • เจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจในเรื่อง UP (Universal precautions) 	<ul style="list-style-type: none"> • เจ้าหน้าที่ประเมินทัศนคติของตนเองได้ • เจ้าหน้าที่สามารถปรับทัศนคติที่ส่งผลต่อ S&D ได้ • เจ้าหน้าที่รู้เท่าทันและไม่ทำให้เกิดปัญหาในทัศนคติที่ยังปรับไม่ได้ • เจ้าหน้าที่ Empathy ผู้ติดเชื้อได้ 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้บริการคำนึงถึง และ ให้บริการในสถานที่ ที่เหมาะสม และส่วนตัว
	โครงสร้าง/ระบบ	<ul style="list-style-type: none"> • รพ.กำหนดนโยบายเรื่อง S&D • ประเมิน S&D ในภาพรวมที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึง/เข้ารับบริการทั้งในส่วน ของบุคลากรและผู้รับบริการ (self stigma)และนำมากำหนดเป็น ประเด็นสำคัญ • มีการวางแผนแก้ไขและกำกับ ติดตาม 	<ul style="list-style-type: none"> • กำหนดมาตรฐาน UP • จัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้ เหมาะสมและเพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> • กำหนดประเด็นที่สำคัญและเป็น ปัญหาของรพ. • กำหนดแนวทางในการปฏิบัติและ กำกับดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> • มีระบบการรักษาความลับและ การเข้าถึงข้อมูลของผู้ติดเชื้อ • มีมาตรการคุ้มครอง สิทธิผู้ติดเชื้อ • Normalize ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ
	เชื่อมประสาน สถานพยาบาลใน ชุมชน/ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> • ชุมชนรับรู้นโยบายของรพ. ให้ความ ร่วมมือและสนับสนุน 	<ul style="list-style-type: none"> • ชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง การติดเชื้อ 	<ul style="list-style-type: none"> • รมรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ โดยเฉพาะประเด็นที่รพ.ให้ ความสำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalized HIV <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจ - การดูแลรักษา

คำชี้แจงผู้เรียน



“ ขอให้ทุกท่านทำแบบประเมินการอบรมและข้อสอบ Post-Test ที่จะส่งให้อีเมลของท่าน

SCAN QR CODE ด้านล่าง

Post-test



แบบประเมินความพึงพอใจ



Line Group



ภาคผนวก 5 ผู้ป่วยรายใหม่ เป็นอะไรที่พิเศษ



HIV ECHO

ผู้ป่วยรายใหม่เป็นอะไรที่พิเศษ
 เพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่และมีกตไวรัสได้สำเร็จ
 (เป้าหมาย 95-3)

คำชี้แจงผู้เรียน

เปลี่ยนชื่อ-นามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ
 ตามด้วยชื่อหน่วยงาน
KANIANA FAKTHONGKHAM (DAS)

ปิดไมค์และวิดีโอไว้เสมอที่เปิด
 เมื่อต้องอภิปรายหากมีข้อซักถาม
 ให้ พิมพ์คำถามไว้บน Chat

ลงทะเบียนและทำ Pre-test

Line ECHO "COP"

วัตถุประสงค์

- ▶ เรียนรู้การประยุกต์ใช้ 3C DALI ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยรายใหม่
- ▶ เรียนรู้แนวคิด เป้าหมายการติดตามผลลัพธ์ของการเริ่มยาในผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่และสามารถกตไวรัสได้สำเร็จ (เป้าหมาย 95-3)

ผู้ป่วยรายใหม่เป็นอะไรที่พิเศษ

- การเริ่มต้นที่ดีทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาตลอดไป
- ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบนำไปสู่ผลของกตไวรัสได้สำเร็จ

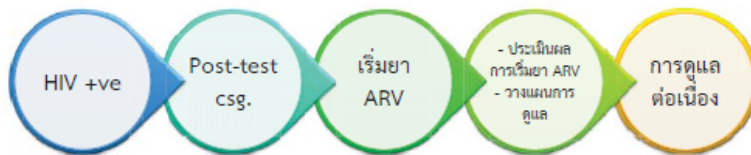
วิทยากรและผู้ทรงคุณวุฒิ

- นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- แพทย์หญิงวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพ
- นายแพทย์อร่าม ลิมตระกูล ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพ
- อาจารย์วิวรรณ ไผ่กระโทก ได้ชกการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี
- อาจารย์ชลลดา นันทวิสัย ได้ชกการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี

เกริ่นนำ 1

เนื้อหา

- การติดตามผู้ป่วยครั้งแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส
- การประเมินผู้ป่วยและวางแผนการดูแลต่อไป



แลกเปลี่ยน ท่านนัดผู้ป่วยหลังเริ่มยาต้านไวรัสครั้งแรกเมื่อไร?

- 2 สัปดาห์
- 2 wk และ 1 เดือน
- 1-2 wk

แลกเปลี่ยน ท่านเริ่มต้านไวรัสในผู้ป่วยรายใหม่ได้ดียังไงบ้าง?

- คนไข้กินยาสม่ำเสมอ
- พบ มาตามนัด
- ทานยาตรงเวลา
- การให้คำปรึกษา เรื่องโรค และ การดูแลรักษา อธิบาย เปิดโอกาสให้ซักถาม
- กินยาตรงเวลา ต่อเนื่องทุกวัน
- สังเกตอาการแพทย์ตัวเอง
- กตไวรัสได้
- แจ้งผลเลือดกับคู่
- ซักถามได้เมื่อมีปัญหาจากการการกินยา
- ยอมรับ การรักษา
- การนำคู่มามาตรวจเลือด
- ประเมินการยอมรับ และประเมินด้านจิตใจ
- การใช้ถุงยางอนามัยอย่างมีย
- compliance of ARV

แลกเปลี่ยน

ท่านพบปัญหาอะไรบ้างในการติดตามครั้งแรกหลังเริ่มยา

- กินยาไม่ต่อเนื่อง
- ไม่ใช้ถุงยางอนามัย
- กินยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ตามเวลา ลืมกิน
- มีผลข้างเคียงจากยาแต่ไม่มาพบแพทย์ก่อนนัด
- แพีย หรือ มีอาการข้างเคียง แล้วหยุดยาเอง
- Side effect ของยา
- การเดินทางลำบากในบางเคส / การลางานไม่ได้ตามนัด
- ไม่กล้าเปิดเผยผลเลือด ทำให้ไม่สามารถชวนคู่มาดูผลเลือดได้
- เก็บยาไม่ถูกวิธี

กรณีศึกษา

- ผู้รับบริการชายอายุ 25 ปี เป็นชายรักชาย
- จบปริญญาตรีเพิ่งได้งานเป็นครูในโรงเรียนเอกชน
- มาผ่าตัดหูตที่บริเวณรอบทวารหนัก ตรวจพบติดเชื้อ HIV
- ตอนพยาบาลผู้ให้บริการปรึกษาขอผลเลือด ตกใจ หูดับ ไม่ทราบ ว่าพยาบาลได้พูดเรื่องอะไรบ้าง
- รู้สึกเสียใจมาก สิ้นหวังในชีวิต
- เมื่อมาที่คลินิกเริ่มยา ได้ทราบข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านทำให้ มีความหวังจึงตัดสินใจกินยา แต่ก็ยังไม่ค่อยมั่นใจนัก
- กลัวคนอื่นรู้ โดยเฉพาะการต้องลางานมาบ่อย ๆ

วัตถุประสงค์ของการนัดผู้ป่วยครั้งแรกหลังเริ่มยา

1. ติดตามผลของ Post test counseling
2. ติดตามผลของการเริ่มยาต้านไวรัส
3. วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย

แลกเปลี่ยน

สรุปปัญหาจากกรณีศึกษา ความท้าทายที่สำคัญ (Key Issue)

- คู่ของผู้ป่วย
- self stigma
- Non compliance
- ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง
- การลางานบ่อย
- ความพร้อมในการเริ่มยาแบบ same day เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่พร้อมรับฟัง
- อาจกินยาไม่ต่อเนื่อง
- Self stigma การวางเป้าหมายของชีวิตการทำงาน
- การรักษาความลับ
- การจัดการอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อสร้างแรงจูงใจในการรักษา
- การมาตามนัด การลางาน การถูกเปิดเผยความลับ
- การบอกผลเลือดกับครอบครัว

แลกเปลี่ยน จะช่วยผู้ป่วยได้อย่างไร

- ประเมินค่ารักษาด้วย คุรเอกชนต้องจ่ายเงิน เบิกที่หลัง
- ประเมินความต้องการ และวางแผนร่วมกัน
- เพิ่มความมั่นใจเรื่องการรักษาความลับ
- ประเมินค่ารักษาด้วย คุรเอกชนต้องจ่ายเงิน เบิกที่หลัง
- ประเมินความต้องการ และวางแผนร่วมกัน
- เพิ่มความมั่นใจเรื่องการรักษาความลับ
- พูดคุยประเด็นที่คนไข้กังวลมากที่สุดก่อน
- Counseling ในประเด็นที่สำคัญก่อน
- ทำอย่างไรให้ผู้ป่วย มั่นใจในเรื่องระบบการรักษาความลับของ รพ
- Stigma แรงตัวที่สุด
- การยอมรับ และสิ้นหวัง
- ไม่มั่นใจในการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส
- ค้นหาและสร้างแรงจูงใจ เสริมพลังในการดูแลตนเอง
- อนาคตการทำงาน
- ประเมิน ความต้องการ และ สถานบริการที่ผู้ป่วยสะดวกในการเข้ารับบริการ และประสาน สถานบริการ การส่งต่อ

แลกเปลี่ยน ท่านจะใช้ข้อมูลอะไรบ้างในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

- การเดินทางมารับยา ความสะดวก ในการมารับยา เป็นอย่างไร
- มีคนที่ไว้ใจ หรือเพื่อนสนิท ที่สามารถพูดคุยได้ หรือไม่
- ข้อมูลด้านครอบครัว ต้องรับผิดชอบใครบ้างอย่างไร ครอบครัวทั้งสองฝ่าย
- การมาตามนัด ขอทราบเกี่ยวกับการลางาน ความเหมาะสมของเวลา
- เวลาที่สะดวกในการมารับยา นอกเวลา ในเวลา
- การค้นหาในประเด็นที่จะเป็นอุปสรรคต่อการรับยาต่อเนื่อง
- สถานะทางสังคม
- การคาดหวังแสงหาการรักษาพร้อมอื่น ๆ

ความท้าทาย

- การติดเชื้อ HIV ไม่มีผลต่อเป้าหมายการดำเนินชีวิตด้วยการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แรงจูงใจในการรักษา
- การติดเชื้อ และการเป็น MSM ไม่ได้ลดคุณค่าความเป็นคน (แก้ self stigma)
- การรักษา (การกินยาและมาตามนัด) จะไม่เป็นภาระที่เกินความสามารถ(มีการทราบและวางแผนร่วมกันเป็นระยะ)
- ความเชื่อมั่นในบริการและการปกป้องพิทักษ์สิทธิผู้ติดเชื้อของรพ.

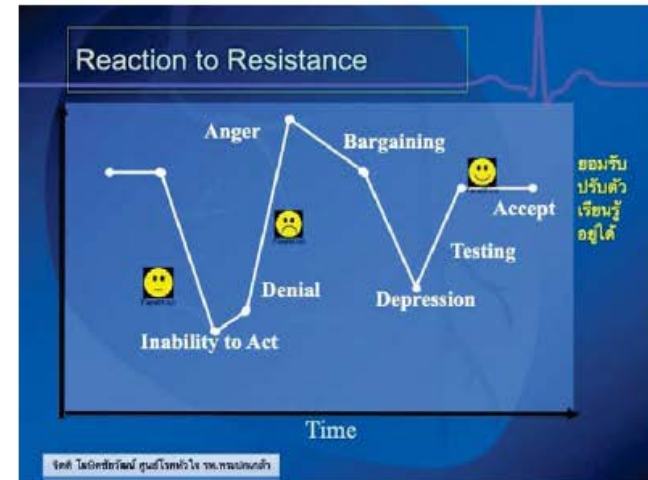
แลกเปลี่ยน ท่านจะวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

- การรับยาทางไปรษณีย์ กรณีไม่สะดวก
- สะดวกมาในเวลา หรือนอกเวลา
- ช่องทางการให้การปรึกษา
- ไปรับยาในคลินิกเฉพาะ
- ระยะเวลาในการจ่ายยากรณีที่ไม่มียาการรบกวน
- การอำนวยความสะดวก ตกกลางบริการในการนัดรับยา
- ช่องทางการปรึกษาทางโทรศัพท์
- ช่องทางติดต่อเมื่อมาตามนัดไม่ได้
- เพิ่ม ช่องทาง เลือก และประสานเวลาในการรับยา และรับยาแทน ในบางโอกาส

แลกเปลี่ยน

บทบาทของสหวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างไร?

- การประสานร่วมวางแผนในการจัดบริการในสป. รายนี้
- ทำเคส conference
- การบันทึกสื่อสารผ่านเวชระเบียน ในประเด็นที่สำคัญ
- แพทย์พิจารณาจ่ายยอนาน มีบริการนอกเวลา
- เภสัช อาสาสมัคร
- แต่ละวิชาชีพนำไปวางแผนการดูแล
- ส่งคนส่งตรวจ
- ประชุมปรึกษา ร่วมกัน วางแผนร่วมกัน
- ให้การปรึกษา เพื่อ ค้นหาปัญหาที่แท้จริง ก่อน
- จิตเวช
- ส่งต่อข้อมูล ใช้ข้อมูลร่วมกันในแต่ละวิชาชีพ
- แพทย์ เภสัช พยาบาล สุขภาพจิต
- ส่งต่อผ่านเวชระเบียน
- เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยอยู่ในคลินิก ยาด้าน
- ทีมสหสาขาวิชาชีพทำ conference แต่ละเคส ก่อนส่งไปมารับบริการ
- บันทึกประเด็นที่ทำหายที่สุด เช่น ลีนกวง ซิมเสตรา แลียงทำ ร้ายตัวเอง



การประเมินผู้ป่วยหลังเริ่มยาARV

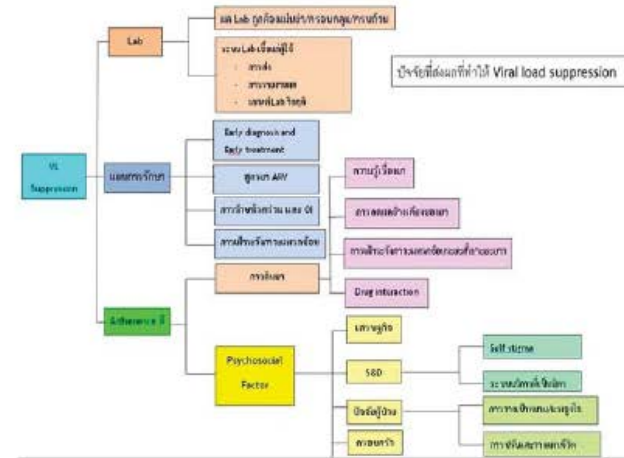
การประเมินผล Post - test csf

1. การรับผลเลือดและการปรับตัว.
 - “รู้สึกอย่างไรกับการติดเชื้อ”
2. สัมพันธภาพกับคนรอบข้าง/ที่ทำงาน
 - “มีใครรับรู้ผลเลือดของคุณบ้าง”
 - “มีเหตุการณ์หรือปัญหาอะไรเกิดขึ้นบ้าง”
 - “มีการวางแผนอะไรแล้วบ้าง”
3. ได้ข้อมูล/มีความคิดเห็นอะไรใหม่เกี่ยวกับโรคและการรักษา”

การประเมินผู้ป่วยหลังการเริ่มยา(ต่อ)

การประเมินการการเริ่มยา

1. ผลการกินยาเป็นอย่างไร (Adherence)
 2. รู้สึกอย่างไรกับการกินยา (ทั้งกินได้ดีและไม่ดี)
 3. มีความยากลำบากในการกินยาอย่างไร/เวลาที่เลือกเหมาะสมหรือไม่
 4. มีความหวังอย่างไรกับการกินยา(เป้าหมาย/แรงจูงใจ)
- ข้อ 2,3 ตระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change)



กรมการแพทย์
ศูนย์รณรงค์ป้องกันโรคเอดส์
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
(Standard-Practice-Assessment for Program and Disease Specific Certification : HIV-STDs)
D 256.4
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
(Program and Disease Specific Standards : PDSI)
รหัส : PDSI-STD-256
D.256.4/พ.ศ.๒๕๖๓

การออกแบบกระบวนการ (Process Design)
การออกแบบกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ปฏิบัติงาน (Contextualized Design for Local Sites)

ชื่อบริการ	วัตถุประสงค์	Process Design	Process Indicator
Reach	กลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่จำเป็น	1. การเข้าถึงบริการ (Reach) 2. การเข้าถึงบริการ (Reach) 3. การเข้าถึงบริการ (Reach)	
Recruit	มีจำนวนเป้าหมายที่สมัครเข้าร่วมบริการ	1. การเข้าถึงบริการ (Reach) 2. การเข้าถึงบริการ (Reach) 3. การเข้าถึงบริการ (Reach)	
Register & Test	ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง สามารถดำเนินการได้	1. การเข้าถึงบริการ (Reach) 2. การเข้าถึงบริการ (Reach) 3. การเข้าถึงบริการ (Reach)	
Pretest Counseling	ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ครบถ้วน ในการตัดสินใจสมัคร	1. การเข้าถึงบริการ (Reach) 2. การเข้าถึงบริการ (Reach) 3. การเข้าถึงบริการ (Reach)	

การออกแบบกระบวนการ (Process Design)
กระบวนการที่นำไปสู่การบริการแก่คนไข้ในเขตบริการสุขภาพพื้นที่ ซึ่งได้แก่ปี 95-95-95 โดยได้ถูกใช้ Reach, Recruit, Test, Retain (RRTR)

Core Service	Process requirements	Process Design	Process Indicator
Reach	กลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่จำเป็น	1. การเข้าถึงบริการ (Reach) 2. การเข้าถึงบริการ (Reach) 3. การเข้าถึงบริการ (Reach)	
Recruit	มีจำนวนเป้าหมายที่สมัครเข้าร่วมบริการ	1. การเข้าถึงบริการ (Reach) 2. การเข้าถึงบริการ (Reach) 3. การเข้าถึงบริการ (Reach)	
Register & Test	ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง สามารถดำเนินการได้	1. การเข้าถึงบริการ (Reach) 2. การเข้าถึงบริการ (Reach) 3. การเข้าถึงบริการ (Reach)	
Pretest Counseling	ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ครบถ้วน ในการตัดสินใจสมัคร	1. การเข้าถึงบริการ (Reach) 2. การเข้าถึงบริการ (Reach) 3. การเข้าถึงบริการ (Reach)	

Care Service	Process requirements	Process Design	Process Indicator
	<ol style="list-style-type: none"> 2. ครอบคลุมรายวัน 3. สามารถให้บริการได้ตลอดเวลา 	<ol style="list-style-type: none"> 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด <ul style="list-style-type: none"> - ครอบคลุมบริการ 2 way communication - บริการให้คำปรึกษา - ครอบคลุมบริการ, ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วย - สามารถให้บริการแบบหลายภาษา - สามารถให้บริการด้วยสื่อ 3. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 	
HIV testing	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 2. สามารถให้บริการตาม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม HIV ทั้งหมด โดยครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 3. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 4. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 3. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 4. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 5. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด
Post test	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 2. ครอบคลุม 3. ครอบคลุม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 3. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 3. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 4. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 5. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด

94 แผนการดำเนินงาน HIV STIs

Care Service	Process requirements	Process Design	Process Indicator
Planning for ARV regimen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 2. ครอบคลุม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด
Education & self-care plan development	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 2. ครอบคลุม 3. ครอบคลุม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 3. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด
Advocate VCT for coupling partner	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 2. ครอบคลุม 3. ครอบคลุม 4. ครอบคลุม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 3. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 4. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด

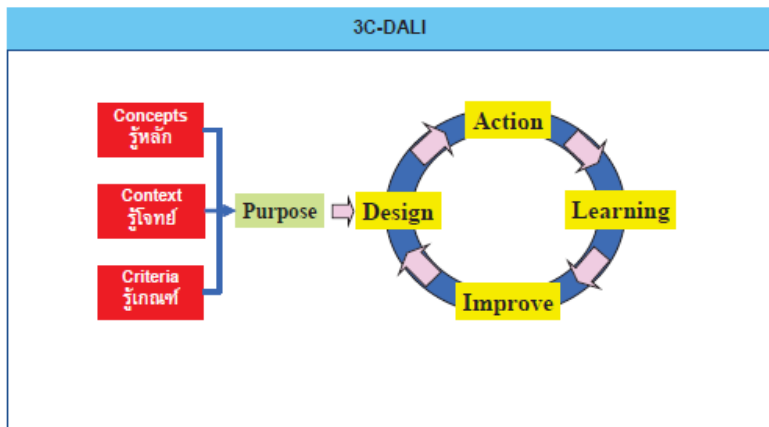
95 แผนการดำเนินงาน HIV STIs

Care Service	Process requirements	Process Design	Process Indicator
Information support mechanism	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 2. ครอบคลุม 3. ครอบคลุม 4. ครอบคลุม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 3. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด
Appointment	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 2. ครอบคลุม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด
Self ARV administration	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 2. ครอบคลุม 3. ครอบคลุม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 3. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด

97 แผนการดำเนินงาน HIV STIs

Care Service	Process requirements	Process Design	Process Indicator
Relaxation visit		<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 2. ครอบคลุม 3. ครอบคลุม 4. ครอบคลุม 5. ครอบคลุม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด
Assessment (clinical & lab) for each visit		<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 2. ครอบคลุม 3. ครอบคลุม 4. ครอบคลุม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด 2. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด
Identify new problem	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมบริการ HIV ทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครอบคลุมรายวัน ครอบคลุม HIV ทั้งหมด

98 แผนการดำเนินงาน HIV STIs



กระบวนการสำคัญในการเริ่มยาด้านไวรัส

- Post test csg.
- การเริ่มยาด้านไวรัส

คำชี้แจงผู้เรียน

☑️ ☑️ ☑️ ☑️ ☑️

“ ขอให้ทุกท่านทำแบบประเมินการอบรมและข้อสอบ Post-Test ซึ่งจะส่งให้ผ่านอีเมลล์ของท่าน
 SCAN QR CODE ด้านล่าง

Post-test

แบบประเมินความพึงพอใจ

Line Group

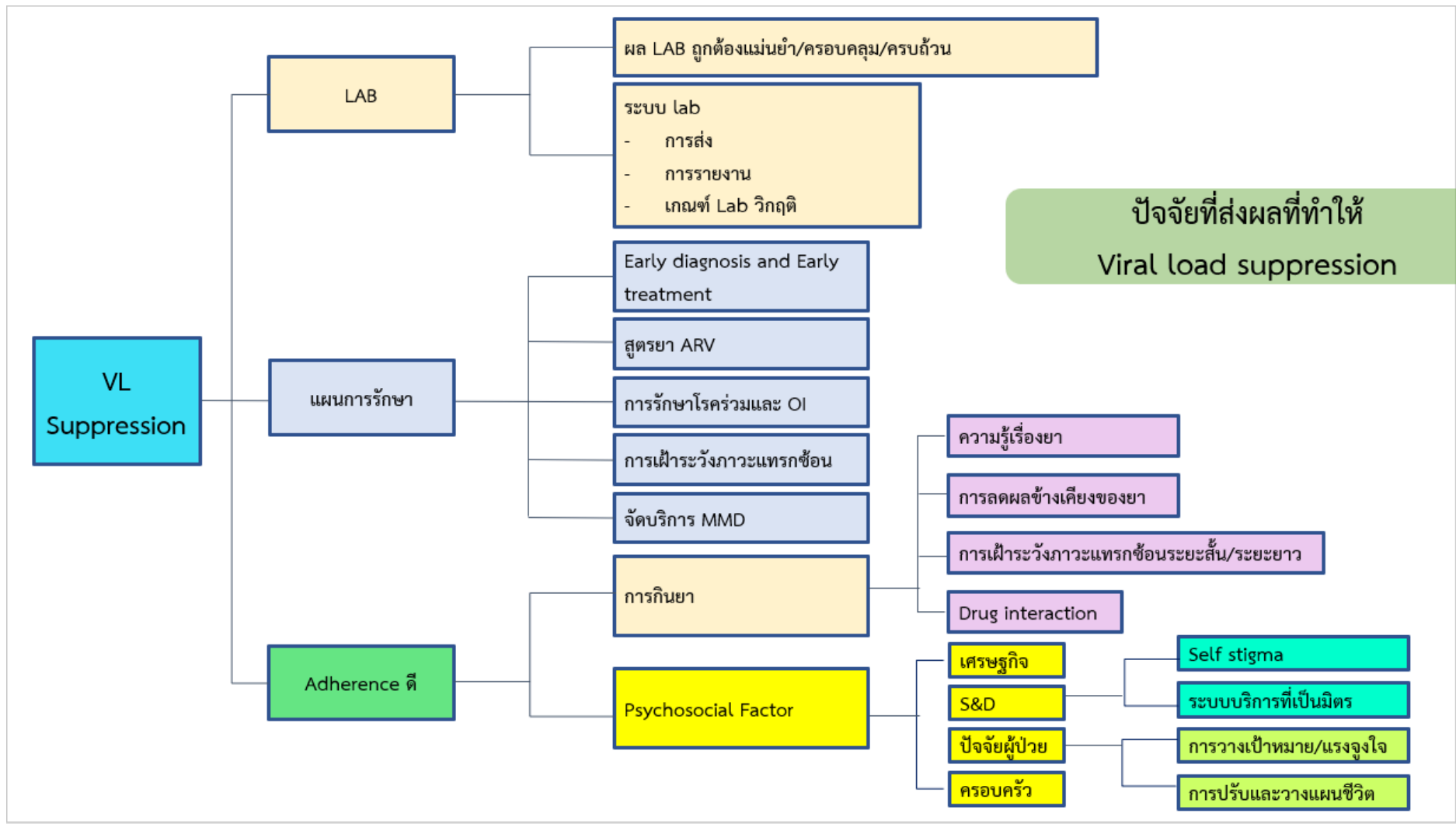
ภาคผนวก 6 เป้าหมายสุดท้าย “สู่ระยะเชื้อสงบ” ชั้วนัรันดร

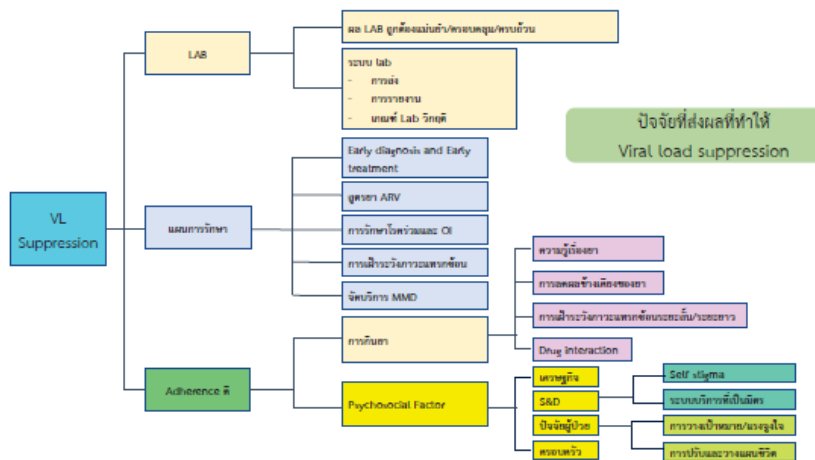
The banner on the left features logos for WHO, PEPFAR, and ECHO, with the text "HIV ECHO เป้าหมายสุดท้าย 'สู่ระยะเชื้อสงบ' ชั้วนัรันดร (เป้าหมาย 95-3)".

The graphic on the right, titled "คำชี้แจงผู้เรียน", includes the following text:
เปลี่ยนชื่อ-นามสกุลเป็นภาษาอังกฤษตามด้วยชื่อหน่วยงาน
KANJIANA FAKTHONGKHAM (DAS)
ปิดไมค์และวิดีโอไว้เสมอให้เปิดเมื่อต้องอภิปรายหากมีข้อซักถามให้ พิมพ์คำถามไว้ใน Chat
ลงทะเบียนและทำ Pre-test
Line ECHO "COP"

The "วัตถุประสงค์" (Objectives) panel lists:
1. เป้าหมายสุดท้าย คงอยู่ในระบบและกดไวรัสสำเร็จ (สู่ระยะเชื้อสงบ)
2. วิเคราะห์ระบบบริการและแก้ไขปัญหาการจัดการจัดบริการ
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้คนไข้คงอยู่ในระบบและกดไวรัสสำเร็จ

The "วิทยากรและผู้ทรงคุณวุฒิ" (Facilitators and Experts) panel lists:
นายแพทย์อร่าม ลิ้มตระกูล ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพ
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชอุฏกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
แพทย์หญิงวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพ
อาจารย์วรารณ ไร่กระโทก ได้ชกรพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี
อาจารย์ชลลดา บันทวีลัย ได้ชกรพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี





เกริ่นนำ เนื้อหาการอบรม

- การมารับบริการแต่ละครั้งของผู้ติดเชื้อเป็นการประเมินแผนการรักษา และควรปรับแผนก่อนที่ผู้ติดเชื้อหายไปจากระบบหรือกินยาไม่ดี
- เป็นการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ



จุดประสงค์ในการให้บริการแต่ละครั้งของการให้การรักษาต่อเนื่อง

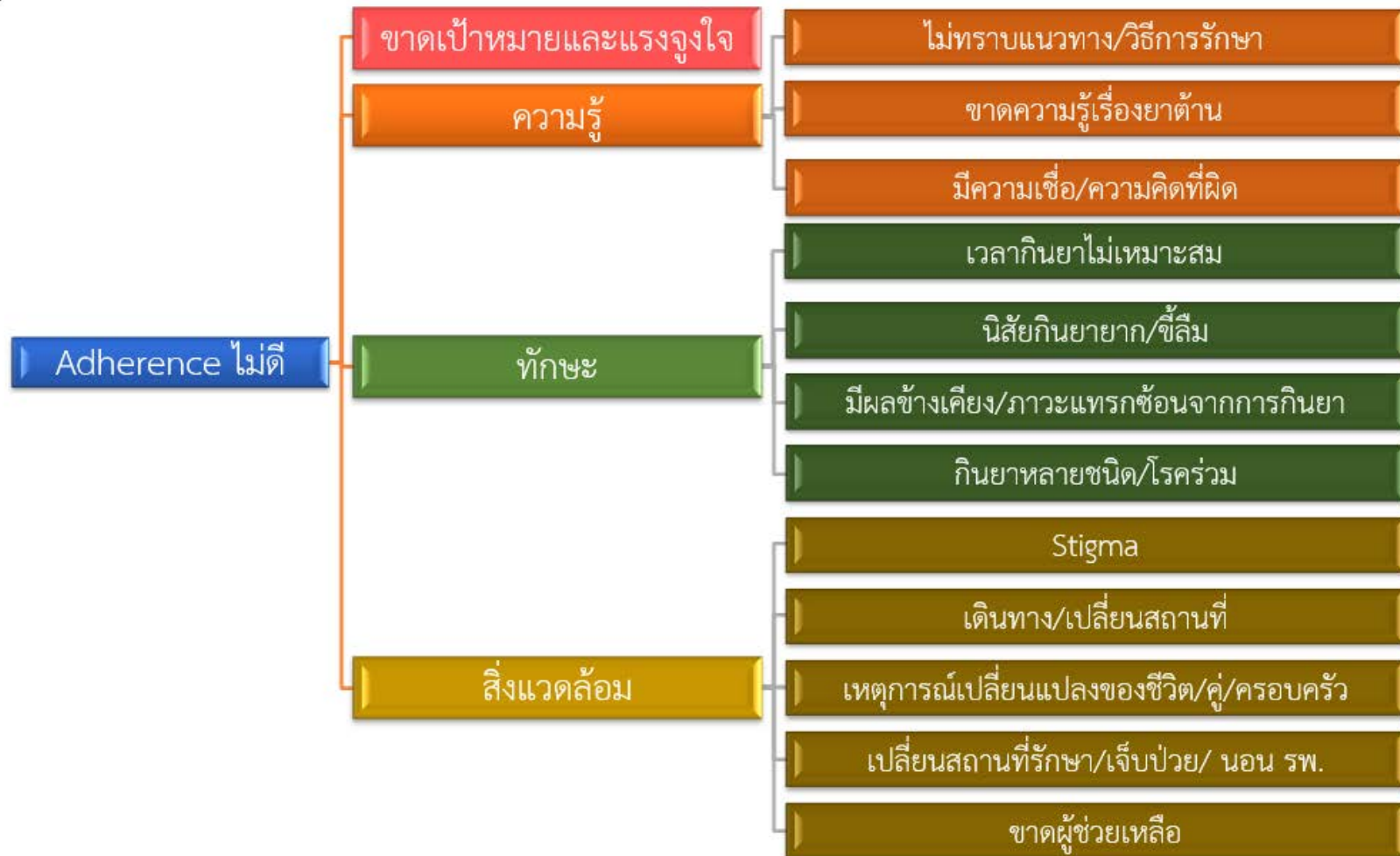
- ประเมินผลการกินยา(adherence) และจ่ายยา
- ประเมินผลสุขภาพจากอาการทาง Clinic และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)
- ประเมินผลทางจิตสังคม
- ส่งตรวจ Lab ตามแผนการรักษา (ถ้ามี)
- Empowerment ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง
- ปรับแผนการรักษาดูแล (ถ้ามี)

ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะกินยาได้ดีและกลับมาตามนัดงมี Viral Load Suppression

แลกเปลี่ยน สาเหตุใดที่ทำให้คนไข้หายไปจากระบบ/VL ไม่ Suppress

- ลางานลำบาก
- ย้ายที่ทำงาน
- ไม่มีค่าเดินทาง
- กลัวคนอื่นรู้ผลเลือด
- ไม่ใครพามา
- สิทธิประกันสังคมขาด
- เปลี่ยนคู่
- มีคูใหม่
- ภัยธรรมชาติ และสถานการณ์ โครonavirus
- ปกปิดครอบครัว
- ไม่เปิดผลผลเลือดคู่
- ของเด็ก เปลี่ยนผู้ดูแล/ผู้ปกครอง
- มีคนรู้จักในคลินิก
- ย้ายที่อยู่
- หยัดยาเอง
- เดินทางลำบาก

สาเหตุที่ทำให้ adherence ไม่ดี



สาเหตุที่ทำให้ไม่มาตามนัด/ขาดนัด



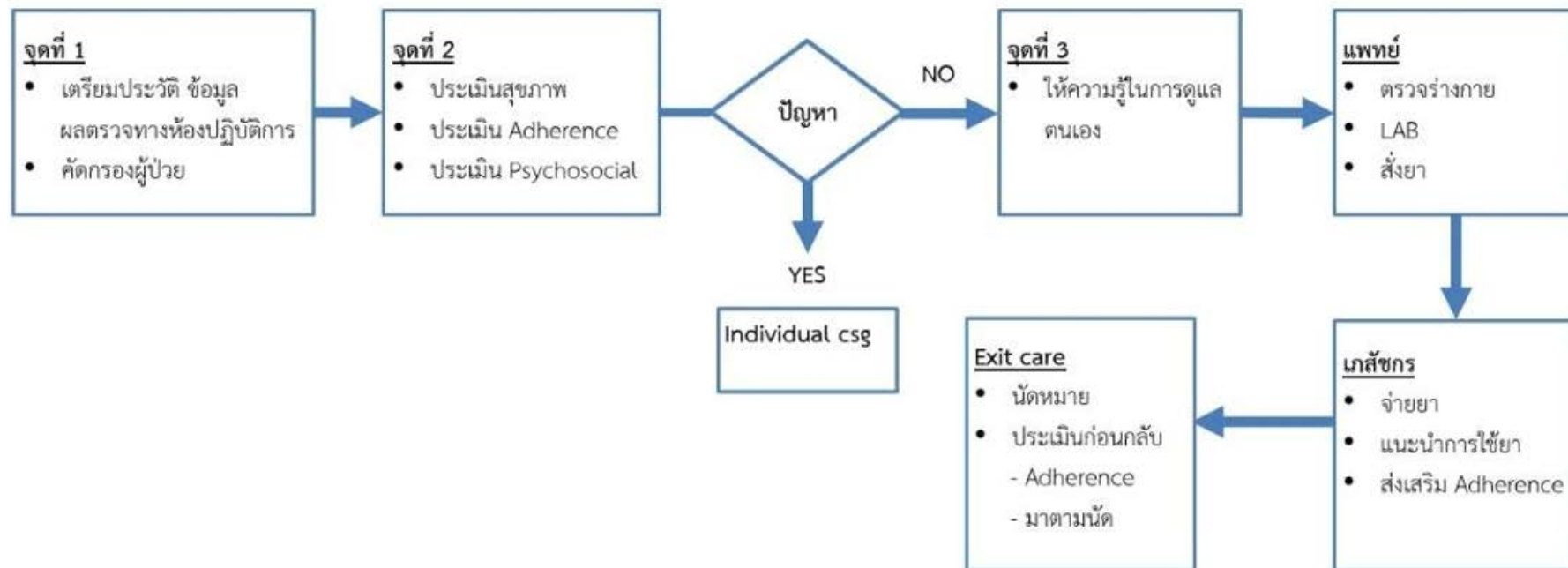
กรณีศึกษา

- ผู้รับบริการชายอายุ 25 ปี เป็นชายรักชาย
- จบปริญญาตรีเพิ่งได้งานเป็นครูในโรงเรียนเอกชน
- มาผ่าตัดหูดที่บริเวณรอบทวารหนัก ตรวจพบติดเชื้อ HIV
- ตอนพยาบาลผู้ให้การปรึกษาบอกผลเลือด ตกใจ หูดับ ไม่ทราบว่าพยาบาลได้พูดเรื่องอะไรบ้าง
- รู้สึกเสียใจมาก สิ้นหวังในชีวิต
- เมื่อมาที่คลินิกเริ่มยา ได้ทราบข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านทำให้มีความหวังจึงตัดสินใจกินยา แต่ก็ยังไม่ค่อยมั่นใจนัก
- กลัวคนอื่นรู้ โดยเฉพาะการต้องลางานมาบ่อย ๆ

ความท้าทาย

- การติดเชื้อ HIV ไม่มีผลต่อเป้าหมายการดำเนินชีวิตด้วยการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แรงจูงใจในการรักษา
- การติดเชื้อ และการเป็น MSM ไม่ได้ลดคุณค่าความเป็นคน (แก้ self stigma)
- การรักษา (การกินยาและมาตามนัด) จะไม่เป็นภาระที่เกินความสามารถ (มีการทราบและวางแผนร่วมกันเป็นระยะ)
- ความเชื่อมั่นในบริการและการปกป้อง พิทักษ์สิทธิ์ผู้ติดเชื้อของรพ.

Flowchart ในการให้บริการ (ตัวอย่าง)



Retention Form 1 (R1)

แบบประเมินความเสี่ยงในการขาดนัด หรือ สูญหายจากระบบ (ใช้ทุก Visit)

แบบประเมินนี้สำหรับผู้ป่วยปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ใช้ในการประเมินความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ติดเชื้อ (patients journey map) เพื่อสรุปโอกาสเกิดความเสี่ยงในการขาดนัด หรือสูญหายจากระบบ **ร่วมกับ ผลการประเมินความต้องการของผู้ติดเชื้อเฉพาะราย (R2)**

หมายเลขผู้ติดเชื้อ.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อดี.....ที่อยู่ปัจจุบัน.....

Add line อนุญาต ไม่อนุญาต Add Facebook อนุญาต ไม่อนุญาต

ผู้ติดเชื้อมี QR Code clinic หรือ Line @ ของคลินิก มีใช้ ไม่สะดวกใช้ ไม่มี smart phone

วัน/เดือน/ปี	ความเสี่ยงในการขาดนัด มีหรือไม่	ใช่	ไม่ใช่	กิจกรรมการช่วยเหลือของทีม	การติดตามผลการช่วยเหลือ	
					ความถี่ในการติดตาม	ผลลัพธ์
	1. เพิ่งย้ายที่อยู่ หรือ มีแผนในการย้ายที่อยู่					
	2. เพิ่งเปลี่ยนสถานที่ทำงาน/โรงเรียน หรือ มีแผนเปลี่ยน					
	3. ท่านเพิ่งมีการเปลี่ยนคูครอง					
	4. ท่านไม่เปิดผลเลือดยาการป่วยให้ดูหรือผู้ใกล้ชิดได้ทราบ					
	5. มีเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิต					
	6. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่มีผลดีต่อความหวังและเป้าหมายชีวิต					
	7. ท่านรู้สึกการกินยาด้านไวรัสเป็นอุปสรรค/ภาระในการดำรงชีวิต					
	8. ท่านรู้สึกไม่สะดวก และลำบากในการมาโรงพยาบาล เช่น นัดครั้งหน้าอาจจะไม่ได้มาโรงพยาบาล (ปัญหาของผู้รับบริการ)					
	9. เมื่อท่านลืมกินยาด้านไวรัสเป็นบางครั้งหรือไม่ตรงเวลาท่านคิดว่าไม่เป็นไร ไม่ใช่เรื่องสำคัญ					
	10. ท่านมีการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ทำให้ส่งผลต่อการกินยาด้านไวรัสของท่าน					
	11. ท่านมีความกังวลในการถูกเปิดผลการติดเชื้อ /ถูกสั่งเคือง					
	12. ท่านมีความยุ่งยากในการรับบริการของโรงพยาบาล					

สรุปผลการประเมินในแบบประเมินความเหมาะสมในการรักษาด้วยยาต้าน (R3) (แบบบันทึกเวชระเบียนประจำทุก Visit ของผู้ติดเชื้อ) เมื่อพบความเสี่ยง (สีแดง*) ให้ดำเนินการประเมินความเสี่ยงในการขาดนัดครั้งต่อไป และให้การแก้ไขป้องกันตามปัญหาที่พบ หรือให้ดำเนินการส่งเสริมการกินยาและเพิ่มกิจกรรมให้คำปรึกษาตามคู่มือ EAC(Enhanced Adherence Counseling) ร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร นักจิตวิทยา และหาทางร่วมกับผู้ติดเชื้อในการลดอุปสรรค/ความเสี่ยงในการขาดนัด

ตัวอย่างการสัมภาษณ์ ประเมินความเสี่ยงการขาดนัด (dialogues)

สวัสดิ์คุณ.....เราพบกันเมื่อ.....เดือนที่แล้วเป็นอย่างไรบ้างมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีแผนจะเปลี่ยนแปลงที่อยู่ (1) หรือที่ทำงาน (2) หรือเปล่าครับ
 การเดินทางมาโรงพยาบาลมีความยุ่งยากลำบากอะไรหรือเปล่าครับ (8) การติดต่อบริการกับโรงพยาบาลสะดวกครับมีปัญหาไหม เช่น นัดครั้งหน้าอาจจะไม่ได้มาโรงพยาบาล
 ช่วงนี้มีเหตุการณ์สำคัญหรือการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในชีวิตบ้างหรือเปล่าครับ (5)
 เรื่องครอบครัวและคู่ชีวิตเป็นอย่างไรบ้างครับ (3)
 คุณมีความกังวลในเรื่องที่คนอื่นจะรู้ผลเลือดของคุณหรือเปล่าครับ (11) คุณเปิดผลเลือดคนอื่นทราบของคุณเพิ่มขึ้นหรือเปล่าครับ (4)
 คุณ.....กินยาด้านไวรัส.....ได้ดีมาก.....ปีแล้วจนสุขภาพดีขึ้น สนุกศึกษากับการกินยาหรือรู้สึกว่ากินยาดีเป็นการอยู่ครับ (7) การที่คุณกินยาได้ดีจนมีสุขภาพดีขึ้นทำให้คุณมีความหวังหรือคิดจะทำอะไรเพิ่มขึ้นบ้างไหมครับ (6) หลายหลายคนก็กินยาด้านไวรัสไปตลอดเป็นธรรมดาที่อาจจะบางครั้งกินยาไม่ตรงเวลาหรือลืมกิน ถ้าเป็นคุณคุณรู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อกินยาไม่ตรงเวลาหรือลืมกินยา (9) ช่วงนี้คุณมีการเจ็บป่วยหรือต้องกินยาอย่างอื่นร่วมด้วยหรือเปล่าครับ (10)

Case senario



ขณะฟัง ให้จับประเด็น
ปัจจัยด้านบวก/ลบ
ของบทสนทนา

Case senario

ความเสี่ยงต่อการขาดนัด A= ผู้ให้บริการ, B= ผู้รับบริการ

A สวัสดีค่ะ คุณทวิศักดิ์ เราพบกันเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว มีอะไรเปลี่ยนแปลงบ้างไหมคะ เช่น ที่อยู่หรือที่ทำงาน

B มีครับ ผมมีข่าวดีที่จะได้ย้ายที่ทำงานพอดีผมสอบบรรจุครูของร.รัฐบาลได้ คิดว่าอีก 2 เดือนคงจะได้ย้ายไปเป็นราชการ แต่คงต้องไปอยู่ไกลหน่อยครับ

A การเดินทางมารพ.ทุกวันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ

B ไม่มีปัญหาครับเพราะบ้านไม่ไกล 15 นาที ก็มาถึงแล้วครับ แต่ต่อไปเมื่อย้ายที่ทำงานคงจะต้องเดินทางไกลนะครับน่าจะประมาณเกือบ 2 ชม.

A การมาติดต่อกับรพ.ละคะ เป็นอย่างไร

B ก็สะดวกดีครับถ้ามาตามนัด แต่บางครั้งก็กลัวเจอคนรู้จัก

1/4

Case senario

ความเสี่ยงต่อการขาดนัด A= ผู้ให้บริการ, B= ผู้รับบริการ

A ช่วงนี้มีเหตุการณ์สำคัญอะไรในชีวิตใหม่คะ

B นอกจากจะได้งานใหม่ซึ่งเป็นข่าวดี แต่ก็มีข่าวร้ายคือคุณแม่เป็นโรคไตต้องฟอกไตอาทิตย์ละ2 ครั้งผมก็ต้องพาท่านไปรพ.ด้วยครับ

A เรื่องครอบครัวหรือแฟนละคะ

B ทุกวันนี้ก็ยังดีอยู่ครับ แต่อย่างไรว่าแหละครับ ความสัมพันธ์แบบนี้มันไม่ค่อยยั่งยืนหรอกครับ ยังกังวลอยู่ตอนที่ผมจะย้ายที่ทำงานนี้แหละครับ

A คุณยังมีความกังวลเรื่องที่คนอื่นจะรู้ผลเลือดของคุณอยู่หรือเปล่า

B กังวลสิครับ ยิ่งย้ายที่ทำงานใหม่ เจอเพื่อนร่วมงานใหม่อีก

2/4

Case senario

ความเสี่ยงต่อการขาดนัด A= ผู้ให้บริการ, B= ผู้รับบริการ

- A** คุณเปิดเผยผลเลือดให้คนอื่นทราบเพิ่มขึ้นบ้างหรือเปล่า
- B** นอกจากแม่ผมแล้วผมไม่กล้าเปิดเผยให้ใครรู้หรือครับ ทุกวันนี้มารพ.ยังกลัวคนรู้จักเห็นเลยครับ ใครมาห้องนี้เขาก็รู้กันทั้งนั้นว่าเป็นอะไร
- A** คุณกินยาได้ดีมากจนทำให้คุณไม่มีปัญหาเรื่องสุขภาพ คุณชินกับการกินยาแล้วหรือยัง หรือยังเป็นภาระอยู่
- B** ก็พอทำได้ครับ ติดอยู่อย่างเดียวครับ เมื่อไรที่เอายาเข้าปากมันเหมือนตอกย้ำว่าผมติดเชื้อ
- A** การที่คุณกินยาได้ดีจนมีสุขภาพดี ทำให้คุณมีความหวัง หรือคิดจะทำอะไรเพิ่มขึ้นบ้างไหม
- B** ผมคิดว่าถ้าสุขภาพยังดีอยู่ผมอยากเรียนปริญญาโทต่อครับ

3/4

Case senario

ความเสี่ยงต่อการขาดนัด A= ผู้ให้บริการ, B= ผู้รับบริการ

A หลายคนที่ต้องกินยาให้ตรงเวลาไปนาน ๆ ก็อาจมีการลืมกินบ้าง ถ้าเป็นคุณคุณรู้สึกอย่างไรบ้าง ถ้าลืมกินยาหรือกินได้ไม่ตรงเวลา

B เมื่อใดที่ผมลืมกินยาหรือกินไม่ตรง ผมจะรู้สึกหงุดหงิดและโมโหตัวเองว่า ทำไมเรื่องแค่นี้ถึงทำไม่ได้

A ช่วงนี้คุณมีการเจ็บป่วย หรือกินยาอย่างอื่นร่วมด้วยหรือเปล่าคะ

B เจ็บป่วยไม่มีครับ ที่มีก็ ฮอร์โมน และยารักษาสิวในบางครั้งครับ

4/4

แลกเปลี่ยน

Case senario มีปัจจัยด้านบวกอะไรบ้าง?

- ได้บรรจุเป็นข้าราชการ มีความก้าวหน้าทางการงาน
- มีความตระหนักรู้ ถึงการกินยา
- ช่างดีในการได้รับบรรจุข้าราชการ
- พลังกำลังใจ ในการดูแลคุณแม่ ฟอกไต
- มีความหวังเรียนต่อ ปโท
- ความต้องการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี ได้ดูแลมารดา
- คนในครอบครัวรับรู้ผลเสีย
- มีเป้าหมายหรือแรงจูงใจในชีวิตชัดเจน
- เดินทางสะดวก 15 นาที
- มีความหวังในผลการกินยา
- สัมพันธภาพดีระหว่างแม่

แลกเปลี่ยน สรุปล้างจ๊วยบวก

- มีความก้าวหน้าในการทำงาน
- มีเป้าหมายศึกษาต่อ
- เปิดเผยผลเลือดกับแม่
- อยากกินยาได้ดี (หยุดหงิดและโมโหตัวเองเมื่อกินยาได้ไม่ดี)

สรุปล้างจ๊วยลบ

- การเดินทางยากขึ้นจากเปลี่ยนงาน
- มีการเปลี่ยนสิทธิการรักษา
- มีภาระการดูแลแม่
- ความไม่มั่นคงของคู่ครอง
- ความรู้สึกถูกตอกย้ำการตีตราเมื่อกินยา
- Self - stigma
- การใช้ยาอื่นร่วม

แลกเปลี่ยน มีป๊จจ๊วยลบอะไรบ้าง?

- ย้ายที่ทำงาน ใช้เวลาเดินทาง 2 ชม.
- เดินทางไกล การเข้าถึงบริการยากขึ้นกว่าเดิม
- ย้ายที่ทำงาน เจอผู้ร่วมงานใหม่ กังวลผลเลือด
- การนัดหมาย กับภารกิจ ตรงกัน
- กินยาแล้วตอกย้ำว่าตีตรา
- ความกังวลในส่วนของ stigma กับเพื่อนร่วมงานใหม่
- มากคลินิก คนก็รู้ว่าป๊จจ๊วยลบ

แลกเปลี่ยน

- เป้าหมายการประเมิน
- วิธีการประเมิน
- ปัญหาอุปสรรคในการประเมิน

แลกเปลี่ยน

ระบบบริการของท่านมีการออกแบบการประเมินปัจจัยเหล่านี้หรือไม่?

- เป้าหมายการประเมิน
- วิธีการประเมิน
- ปัญหาอุปสรรคในการประเมิน

เปลี่ยนจากสาเหตุมาเป็น Trigger

- การประเมิน adherence ยังกินยาได้ดี
- ที่มีโอกาสจะขาดนัดและกินยาไม่ดี
- มีศักยภาพ สามารถแก้ไขปัญหาเองได้ โดยให้การช่วยเหลือไม่มาก
- แต่บางคนไม่สามารถจัดการปัญหาเองได้ จะเกิดการขาดนัดและกินยาไม่ดี
- การขาดนัดหรือ VL ไม่ suppress ควรทบทวนว่าเราประเมิน (Assessment) ผู้ติดเชื้อเข้าไปหรือไม่
- ควรนำผลที่ได้จากการประเมินดังกล่าวมาวางแผนป้องกันก่อน

แลกเปลี่ยน

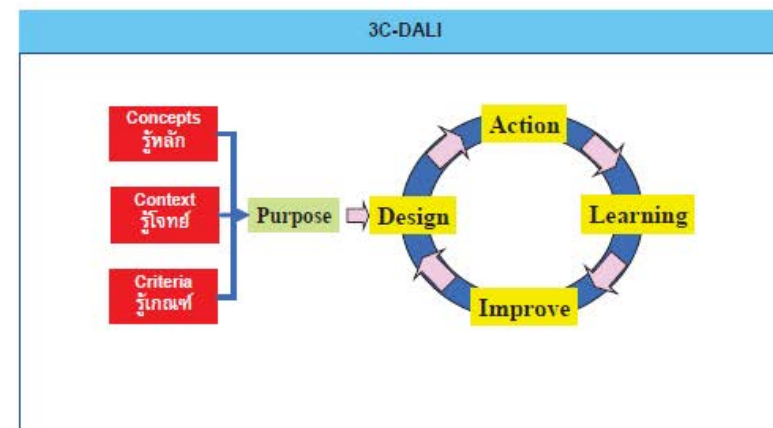
จากกรณีศึกษาท่านนำปัจจัยที่ได้(บวก/ลบ) มาวางแผนการดูแลอย่างไร?

แลกเปลี่ยน

ทีมสหสาขาวิชาชีพของท่าน ทำงานร่วมกันอย่างไร ?

จากการทำงานที่ผ่านมาท่านเรียนรู้อะไรบ้างจาก Coverage ของ VL

- วิธีการที่จะทำให้การตรวจ VL ได้ครอบคลุม
- วิธีการที่จะให้ผู้ป่วยต้องการตรวจ VL





“ ต้องจัดการก่อนเกิดปัญหา ก่อนเกิดความวุ่นวาย ”
 เพื่อให้ไม่ต้องเสียใจภายหลัง ให้ลงมือก่อนหน้านั้น
 การลงแรงที่เหตุมีประสิทธิภาพกว่าการสิ้นเปลืองแรงที่ผลลัพธ์มาก
 คิมเป่ย์ เต๋าเต๋อจิ้ง : เบลล่าจ้อ

รู้สึกอย่างไรหลังการเรียนรู้ครั้งนี้ : จากผู้เรียน

- ได้เรียนรู้ 3gp บางอย่าง ที่เราดีดงกับผู้รับบริการและสามารถปรับใช้ กับ คนไข้ ที่ไปไม่ได้
- ความทุ่มเทหรือตั้งใจทบทวนและฝึกฝน สดๆไปเลยละ
- ได้ความสำคัญกับการประเมินจุดที่ 1-2
- รู้สึกเข้าใจในกระบวนการดูแลเบื้องต้นทางLTP โดยการประเมินปัญหาให้ได้ถึงผู้ป่วยเรื้อรัง
- ที่ทำอยู่ทุกวันนี้ ยังมี process ที่ไม่เกิด productivity กับคนไข้และยังทำไม่ workload ความเป็นความจำเป็น
- ครอบคลุมครบ ปรับใช้ได้ครับ
- มีมุมมองที่กว้างมากขึ้น ในการเฝ้าระวังทางคลินิก
- คิดว่าน่าจะเป็นที่ดียิ่งกว่า แต่เมื่อได้ฟังท่านวิทยากรชวนคุย และเห็นผลลัพธ์ของเอาไปปรับใช้คือ
- สามารถปรับไปใช้ในหลายๆงาน เริ่มเห็นแบบกระบวนการนี้ได้ ะ
- คือสิ่งที่ทำอยู่แล้ว มีประโยชน์มาก ๆ
- ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้หนักขึ้นต่อๆ. ขอพระคุณมากค่ะ
- รู้สึกขอบคุณอาจารย์ทุกท่าน ในการจัดทำ COP ทำให้มีงานปรับไปใช้และมีความมั่นใจ ค่าสิ่งใด ในการพัฒนาระบบบริการต่อ
- รู้สึกขอพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่มอบให้ความรู้และ ฝากกับไปขอพรทุกคน สัก 1ปี ครอบครั เพื่อความเข้าใจ
- ขอขอบคุณความรู้ที่ๆ และแนวคิด ที่สามารถนำไปใช้ได้
- ขอขอบคุณ อาจารย์ มากมาย ที่เป็นโอกาส ได้เรียนรู้ และขอพระคุณ โอกาสที่ได้เข้าร่วมในทุกๆกิจกรรมค่ะ
- ขอขอบคุณที่ได้เข้าร่วมวิทยากรคือละ มีประโยชน์มากมายทั้งตัวรับ และสถานทำงาน และบุคลากร
- สามารถนำไป ต่อพอก แก้ไข งาน เพื่อการเรียนรู้ ร่วมกัน และ พัฒนางาน ในการดูแล ปรับปรุงระบบงาน ให้ดีขึ้น

คำชี้แจงผู้เรียน

“ ขอให้ทุกท่านทำแบบประเมินการอบรมและข้อสอบ Post-Test ที่จะส่งให้ผ่านอีเมลล์ของท่าน
 SCAN QR CODE ด้านล่าง

Post-test

แบบประเมินความพึงพอใจ

Line Group

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, (2564) แนวทางการปฏิบัติและประเมินตนเองเพื่อขอการรับรองตามมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เผยแพร่โดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, (2563) คู่มือการโค้ชการพัฒนาคุณภาพงานด้านการดูแลรักษาเอชไอวีเฉพาะกิจกรรมสำคัญ
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), (2563) มาตรฐานเฉพาะโรคเฉพาะ/ระบบ (Program and Disease Specific Standards : PDSS),
4. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, (2563) ภาพพลิกการให้บริการปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและติดตามปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด
5. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, (2565) แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565

