

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ดังที่สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2558) รายงานว่า ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557 รวมทั้งสิ้น 388,621 ราย และในจำนวนนี้เสียชีวิตแล้ว 100,617 ราย ประเทศไทยมีการใช้มาตรการต่าง ๆ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง และล่าสุดได้กำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 - 2573 ไว้ โดยมี 3 เป้าประสงค์ คือ 1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย 2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ 3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงร้อยละ 90 ทั้งนี้ ในเป้าหมายที่สองเน้นการใช้กรอบเป้าหมายด้านการรักษา (Treatment Target) 90-90-90 โดยเป้าหมาย 90 แรกคือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่คาดประมาณทั้งหมด เป้าหมาย 90 ที่สองคือ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและรู้สถานะว่าติดเชื้อของตนเองแล้วได้เข้ารับการรักษาดังยาต้านไวรัสฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และเป้าหมาย 90 ที่สามคือ ผู้ที่ได้รับการรักษาดังยาต้านฯ สามารถกดไวรัสสำเร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 โดยในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยสามารถดำเนินการตามเป้าหมายทั้งสาม คิดเป็นร้อยละ 91-71-83

“การตีตราและเลือกปฏิบัติ” (Stigma and discrimination) เป็นช่องว่างและเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว 30 ปี ที่ผ่านมามีประเทศไทย รวมถึงการบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 - 2573 ดังจะเห็นได้จากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ทั้งที่สะท้อนสถานการณ์ในสังคม เช่น ผลการสำรวจสถานการณ์รังเกียจกีดกันและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อจากความคิดเห็นของประชาชนทั่วไป ในการสำรวจสุขภาพประชาชน ปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีการตีตราที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (anticipated stigma) ร้อยละ 76.3 และการรับรู้การตีตรา (perceived stigma) ร้อยละ 68.9 และสถานการณ์การตีตราในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งจากการสำรวจบุคลากรในสถานบริการสุขภาพจาก 17 จังหวัด ปีพ.ศ. 2557-2559 พบว่า บุคลากรในสถานบริการสุขภาพมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อ (stigma attitude) ร้อยละ 84.5 รองลงมา คือ มีความกลัว/กังวลที่จะติดเชื้อหากสัมผัสเสื้อผ้า/ทำแผล/เจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวี (fear of infection) ร้อยละ 60.9 และ มีการป้องกันตนเองเกินจำเป็นเมื่อต้องเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (enacted stigma) ร้อยละ 53.1 นอกจากนี้ในการศึกษาเดียวกันในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 31.4 มีการตีตราตนเอง (internalized/ self-stigma)

สถานการณ์ที่พบในทุกระดับข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจากเอชไอวี/เอดส์ยังเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นความท้าทายของประเทศไทย นอกจากจะเป็น 1 ใน 3 ของเป้าหมายที่จะนำไปสู่การบรรลุยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 แล้ว ยังมีความสำคัญมากต่อการบรรลุอีก 2 เป้าประสงค์ที่เหลือ คือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และลดการตายจากเอดส์ ซึ่งในช่วงประมาณ 5 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยให้ความสำคัญในการเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย

เกี่ยวกับการติดตามและเลือกปฏิบัติมากขึ้น โดยเฉพาะที่มีการดำเนินงานอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม คือ การดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นสถานที่ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ดังนั้น ทักษะและการปฏิบัติตัวของบุคลากรจึงส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเลี่ยงไม่ได้ นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 และการบรรลุเป้าประสงค์การยุติปัญหาเอดส์ของประเทศในที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2557 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ (3*4 PACKAGE) ในพื้นที่นำร่อง 6 โรงพยาบาล จาก 3 จังหวัด คือ เชียงใหม่ ชลบุรี และสงขลา เริ่มจากหลักสูตรชุดแรกที่เต็มรูปแบบ 10 กิจกรรม โดยภายหลังการดำเนินงานพบว่าสถานการณ์การตีตราในสถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลนำร่องทุกแห่งดีขึ้น ต่อมาได้มีการปรับหลักสูตรให้มีความกระชับขึ้นเหลือ 5 กิจกรรม เพื่อขยายการดำเนินงานในโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้พบว่าโครงการนี้ยังมีความเชื่อมโยงกับโครงการอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวข้องกับการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และบางโรงพยาบาลมีการดำเนินการควบคู่กันไป ได้แก่ กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ (Continuous Quality Improvement: CQI) และการลดการตีตราภายในตนเอง เป็นต้น

เนื่องจากประเทศไทยได้ดำเนินการตามมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพมากกว่า 5 ปีแล้ว โดยได้มีการพัฒนาทั้งหลักสูตร กระบวนการดำเนินงาน และความเชื่อมโยงกับการดำเนินงานอื่น ๆ ดังกล่าวไปแล้วข้างต้น อีกทั้ง ณ ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมการดำเนินงานมากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี อย่างไรก็ตามยังขาดการติดตามประเมินผลมาตรการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ที่จะสะท้อนให้เห็นพัฒนาการ ภาพความสำเร็จ รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค/ความท้าทาย จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เห็นภาพรวมการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะการดำเนินงานตามหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขให้เกิดมาตรการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ
2. เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง
 - 2.1 ก่อนและหลังดำเนินงานโครงการ
 - 2.2 โรงพยาบาลที่ใช้หลักสูตรการอบรมที่ต่างกันทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม
 - 2.3 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ “การส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก” จะครอบคลุมการประเมินตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบ

โครงการและการเตรียมความพร้อม กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการ โดยพิจารณาความเชื่อมโยงของการดำเนินงานในทุกขั้นตอน และความเชื่อมโยงกับแนวคิดพื้นฐานของโครงการ คือ แนวคิด 3X4 อันประกอบด้วยกิจกรรมแทรกแซง 3 ระดับ ได้แก่ บุคคล ระบบ/โครงสร้าง และการเชื่อมโยงกับภายนอก และ ปัจจัยขับเคลื่อนการตีตราและเลือกปฏิบัติ 4 ปัจจัย ได้แก่ ความตระหนัก ความกลัว/กังวล ทศนคติด้านลบ และนโยบาย/แนวทางสนับสนุนของหน่วยงาน นอกจากนี้จะมีการประเมินเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ และสิ่งท้าทายในการดำเนินงานโครงการ โดยสรุปเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผลแบบผสมผสาน (A mixed-method evaluation) เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนา การดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

ประชากร คือ ข้อมูลเชิงปริมาณจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ที่เกี่ยวข้อง และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) จากผู้เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด และสถานบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ คือ ข้อมูลเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่

- 1) คู่มือการจัดอบรม หลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ที่ปราศจากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ (รูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม)
- 2) คู่มือการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์
- 3) รายงานและข้อมูลของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่

ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ รายงานผลการดำเนินงานโครงการ ข้อมูลผลการสำรวจสถานการณ์ S&D ข้อมูลผลการประเมิน Health Qual

4) รายงานบันทึกกระบวนการดำเนินงาน โครงการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก

5) ข้อมูลรายงานการให้บริการจากระบบ NAP Web report และ RTCM Plus

2. ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1) ผู้กำหนดนโยบาย และผู้รับผิดชอบหลักของโครงการฯ ในส่วนกลาง จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน

2) ผู้พัฒนาหลักสูตร/วิทยากรจากส่วนกลาง (TOT) จำนวน 6 คน

3) ผู้ประสานงานโครงการระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต จำนวน 4 คน

4) ผู้ประสานงานโครงการระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 4 คน

5) ผู้ให้ข้อมูลในระดับโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องซึ่งมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

5.1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 1 คน

5.2) หัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานโครงการฯ ของโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน จำนวน 1 คน

5.3) กลุ่มทีมแม่แบบเยี่ยมของโรงพยาบาล/วิทยากรแกนหลักของพื้นที่ จำนวน 3-5 คน/โรงพยาบาล ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาล และ/หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

5.4) กลุ่มผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากร จำนวน 5-7 คน/โรงพยาบาล

5.5) กลุ่มแกนนำผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/NGO จำนวน 2-3 คน/โรงพยาบาล

5.6) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5-7 คน/โรงพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

มาตรการการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินงานตามรูปแบบ 3 x 4 ในสถานบริการสุขภาพ อันประกอบด้วย มาตรการ 3 มาตรการ คือ

1) มาตรการเชิงบุคคล คือ การดำเนินงานเพื่อสร้างการเรียนรู้ในระดับบุคคล ได้แก่ การจัดทำ หลักสูตรเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ สุขภาพ

2) มาตรการเชิงโครงสร้าง/เชิงระบบ คือ การดำเนินงานเพื่อจัดระบบของหน่วยงานเพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติ

3) มาตรการเชื่อมประสานกับชุมชนและกลไกระดับจังหวัดในการดำเนินงานร่วมกันเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

มาตรการดังกล่าวมีขึ้นเพื่อเปลี่ยนแปลง 4 ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย

1) ความไม่ตระหนักหรือไม่รู้ว่ากำลังตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นได้ทั้งการไม่รู้ว่าจะคิด

และทำให้เป็นการตีตราและการเลือกปฏิบัติ หรือไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

2) ความกลัว กังวลการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่ามีเชื้อเอชไอวี

3)ทัศนคติเชิงลบของสังคมที่เป็นการด่าทอ สบถ ตัดสิน และตำหนิแบบเหมารวม ซึ่งส่งผลต่อความคิด ความเชื่อ และการกระทำที่เป็นการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

4) สภาวะแวดล้อมในหน่วยงานหรือนโยบายในการจัดบริการที่ส่งผลหรือเป็นการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เช่น กฎ ระเบียบ แนวปฏิบัติ

สถานบริการสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลระดับศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครง หมายถึง โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจากกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2) โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครง หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการนำไปกำหนดนโยบาย และทิศทางการวางแผนบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพต่อไปในอนาคต

2. ได้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในอนาคต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลแบบผสมผสาน (A mixed-method evaluation) เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนา การดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้างานวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัย โดยมีเนื้อหาและสาระสำคัญ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตีตรา
2. แนวทางการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติรวมถึงการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ
3. โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์
4. ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย
5. ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในต่างประเทศ

โดยมีรายละเอียดในแต่ละหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการตีตรา

Stigma เป็นคำที่มาจากภาษากรีก หมายถึง บาดิตตัว ความรู้สึกว่าเป็นบาปซึ่งมีฝังอยู่ในจิตใจตลอดไป (สำนักงานราชบัณฑิตยสถาน, 2554) นอกจากนั้นยังใช้เป็นสัญลักษณ์บนร่างกายของพวกทาสเพื่อแสดงให้เห็นถึงการแบ่งชนชั้นจากคนทั่วไป โดยการสักหรือใช้เหล็กร้อนประทับตราบนผิวหนัง สำหรับประเทศไทยมีการใช้คำเรียก Stigma อย่างหลากหลาย เช่น การตีตรา ตราบาป ตราหน้า รอยมลทิน รอยบาป ตราประทับ การประทับตรา ประทับรอยมลทิน เป็นต้น เพื่อป้องกันความสับสนในการใช้คำเรียกที่หลากหลายสำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้คำเรียก “Stigma ว่าคือ การตีตรา”

1.1 ทฤษฎีตีตรา (Labeling Theory or Stigmatization)

Stigma เป็นคำที่มาจากภาษากรีก หมายถึง บาดิตตัว ความรู้สึกว่าเป็นบาปซึ่งมีฝังอยู่ในจิตใจตลอดไป โดยทฤษฎีตีตราเกิดขึ้นในราวปี ค.ศ. 1954-1970 โดยมีแนวคิดพื้นฐานสำคัญมาจาก 2 ทฤษฎี คือ 1) ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคม (Structural Functional Theory) คือ การมองภาพรวมของสังคม และ 2) ทฤษฎีสัญลักษณ์สัมพันธ์ (Symbolic Interaction Theory) ซึ่งมองบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจึงต้องมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยมีสัญลักษณ์เป็นสื่อกลางในการมีปฏิสัมพันธ์และใช้ความหมายร่วมกัน ด้วยเหตุนี้ทฤษฎีตีตราจึงเชื่อว่า พฤติกรรมเบี่ยงเบนของบุคคลไม่สามารถเกิดขึ้นได้เองแต่เกิดจากการที่ถูกนิยามโดยบุคคลอื่นในสังคม นำไปสู่การลดทอนคุณค่าในตนเองของบุคคล ผู้ที่ถูกนิยามว่าเบี่ยงเบนให้มีสถานภาพต่ำกว่าบุคคลทั่วไปจะถูกตีตราและผลักไสให้ไปรวมกลุ่มกันเองและในที่สุดก็จะเกิดสังคมย่อยของตนเองซึ่งผลของ

การรวมกลุ่มกันเป็นกลุ่มย่อยนี้ ทำให้เกิดการพัฒนามโนธรรม ความเชื่อและการให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ ในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากสังคมใหญ่ (Link, Mirotznik & Cullen, 1991) โดยสังคมเชื่อว่าบุคคลที่ถูกตีตรา คือ บุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่มีความเป็นคน ไม่เป็นที่ต้องการ มีภาพพจน์ในทางที่ไม่ดี (Lubkin & Larsen, 1990) เป็นปฏิกิริยาของสังคมที่มีต่อคุณลักษณะอันไม่พึงประสงค์ของบุคคลที่มีความแตกต่างจากบุคคลปกติธรรมดา ก่อเกิดเป็นคุณลักษณะที่ส่งผลให้สังคมไม่ยอมรับอย่างกว้างขวางหรือทำลายความหน้าเชื่อถือทางสังคมซึ่งส่งผลให้ความเป็นตัวตน (identity) ในสังคมของบุคคลถูกทำลายส่งผลต่อการรับรู้และลดทอนคุณค่าของตนเอง โดยบุคคลที่ถูกตีตราจะอบรมกล่อมเกลாதัวเองให้ยอมรับความเชื่อและค่านิยมบนพื้นฐานของผู้ถูกตีตรา (Goffman, 1963)

1.2 ประเภท/รูปแบบการตีตรา

Goffman (1963) ได้แบ่งการตีตราออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 การตีตราที่เกิดจากลักษณะทางกายภาพที่ไม่สมบูรณ์ เช่น พิการ

ประเภทที่ 2 การตีตราที่เกิดจากบุคลิกที่ต่างพร้อย หมายถึง ลักษณะบุคลิกที่ผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของสังคม ทำให้บุคคลไม่มีความภาคภูมิใจกับตนเองเนื่องจากถูกกล่าวโทษหรือตำหนิ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด

ประเภทที่ 3 การตีตราที่เกิดจากเผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ หรือศาสนา

นอกจากการแบ่งประเภทการตีตราตามแนวคิดของ Goffman แล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมพบการแบ่งรูปแบบการตีตรา ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) การตีตราทางสังคม (Social stigma หรือ Public stigma) หมายถึง การที่สังคมมองบุคคลว่าเป็นคนไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการหรือไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม สาเหตุเกิดจากความเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ของคนในสังคมเกี่ยวกับลักษณะความเบี่ยงเบนหรือภาวะความเจ็บป่วย ทำให้สังคมมองผู้ป่วยแบบเหมารวม (Stereotype) และอคติ (Prejudice) เกิดการแบ่งแยก เลือกลปฏิบัติ (Discrimination) หรือเป็นความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองจะถูกปฏิเสธและไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม หากตนเองแสวงหาหรือยอมรับการรักษาซึ่งผลที่ตามมาคือ ทำให้บุคคลปกปิดปัญหาของตนเองและไม่ยอมรับการรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตีตราจากสังคม (Corrigan, 2004)

2) การรับรู้การตีตรา (Perceive stigma) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ที่สังคมมองตนเองและมีปฏิกิริยากับตนเองในทางลบ หากตนเองแสวงหาหรือยอมรับการรักษา แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะแสวงหาหรือยอมรับการรักษามากกว่าหากสังคมให้การสนับสนุน ถึงแม้ว่าการแสวงหาหรือยอมรับการรักษาดังกล่าวจะทำให้ตนเองถูกตีตราทางสังคมก็ตาม ซึ่งผลที่ตามมาคือจะทำให้บุคคลซึมซับอคติที่สังคมมีและปฏิบัติกับตนเองนำไปสู่การตีตราตนเองของบุคคล (Fung, Tsang, & Corrigan, 2008)

3) การตีตราตนเอง (Self-stigma หรือ Internalized stigma) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ตนเองในทางลบ โดยมองตนเองว่าไม่มีคุณค่าและไม่ควรได้รับการยอมรับ หากตนเองแสวงหาหรือยอมรับการรักษา ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (Low self-esteem) มีสาเหตุมาจากการที่บุคคลซึม

ซ้ำ (Internalize) เอาความเชื่อหรือค่านิยมของสังคมมาเป็นตัวตัดสินหรือประเมินว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ควรได้รับการยอมรับหากตนเองทำการแสวงหาและยอมรับการรักษา (Corrigan, 2004; Schomerus et al., 2010)

1.3 กระบวนการปรับตัวต่อการตีตรา

Goffman (1963) แบ่งออกกระบวนการปรับตัวต่อการตีตราออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

- 1) การปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วย (hiding their illness) ความพิการที่ถูกตีตราจากสังคม นอกจากนี้บุคคลอาจมีการแก้ไขสาเหตุที่สังคมตราหน้า เช่น การทำศัลยกรรม
- 2) การเบี่ยงเบนความสนใจ (covering)
- 3) การเปิดเผยตนเอง (disclosing) เพื่อขอความเห็นใจ หรือขอรับการช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยสารเสพติดที่เปิดเผยตัวเองเพื่อขอรับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการบำบัด
- 4) การปฏิเสธไม่ยอมรับว่าพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน (deviance disavowal)
- 5) ไม่ยอมรับว่าตนถูกตีตราหรือมีการตีตราคนอื่นกลับ (challenging or resist social norms) ว่าเป็นคนโง่ ปราศจากศีลธรรม

1.4 ผลกระทบของการตีตราต่อบุคคล

การตีตราทำให้เกิดการแบ่งแยกกีดกัน (discrimination) ว่าบุคคลนั้นไม่ปกติเท่ากับคนอื่น ๆ ในสังคม ถูกแบ่งแยก และลดคุณค่าในตนเองลง ทำให้บุคคลถูกลดโอกาสในการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติ และมีผลต่อการรับรู้ของตนเองทำให้บุคคลนั้นรู้สึกอับอาย รังเกียจตนเอง นอกจากนั้นแล้ว Goffman ยังกล่าวอีกว่า บุคคลที่ถูกตีตราจะรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ ทำให้เป็นบุคคลที่ไม่มีความน่าเชื่อถือ ไม่ได้ได้รับการยอมรับ ทำให้บุคคลขาดความมั่นใจในตนเองและลดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลง ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งกับธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องการการยอมรับจากสังคมและต้องการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าทฤษฎีตีตรามีผลต่อภาวะสุขภาพ เป็นความแตกต่างในเรื่องของพฤติกรรมและการตีตรา หากการตีตราได้เกิดขึ้นแล้วจะครอบคลุมขยายแผ่กว้างและมีความสัมพันธ์กับอิทธิพลทางสังคม กลุ่มบุคคลในชุมชน โดยเน้นความสำคัญของสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อกระบวนการสร้างและให้ความหมายการตีตราของลักษณะบุคคลที่ถูกสร้างขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงการที่สังคมแบ่งแยกกีดกัน

2. แนวทางการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติรวมถึงการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ

เนื่องจากการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจากเอ็ดส์และเพศภาวะ เป็น 1 ใน 3 ของเป้าหมายที่จะนำไปสู่การบรรลุยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 ของประเทศไทย โดยมีการตั้งเป้าหมายว่าจะลดปัญหานี้ให้ได้อย่างน้อย 90 ภายในปี 2573 อีกทั้งเป็นเป้าหมายที่จะส่งผลต่อการบรรลุอีก 2 เป้าหมายที่เหลือ คือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และลดการตายจากเอดส์ ซึ่งจากผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติที่ผ่านมาและช่องว่างที่พบ ทำให้ประเทศไทยยังคงมีความท้าทายอย่างมากในการดำเนินงานเรื่องนี้ ซึ่งในการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ดังกล่าว จำเป็นต้องมีการเร่งรัดการดำเนินงานอย่างหลาย

อย่างผสมผสานกัน และต้องดำเนินการอย่าง เข้มข้น จริงจัง และต่อเนื่อง ไปพร้อม ๆ กันในทุกระดับ คือ ระดับสิ่งแวดล้อมทางสังคมและนโยบาย ระดับองค์กรและเครือข่าย ระดับบุคคล รวมถึงการติดตามและ ประเมินผลดังกรอบแนวคิด ในรูปที่ 1

รูปที่ 1 กรอบการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ รวมถึงการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ



จากกรอบแนวคิดในรูปที่ 1 ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการดำเนินงานของจังหวัดเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติรวมถึงการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ ซึ่งควรประกอบด้วยแนวทางดังต่อไปนี้

1. ระดับสิ่งแวดล้อมทางสังคมและนโยบาย (Social and policy environment) มีแนวทางการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1.1 จัดตั้งคณะทำงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ รวมถึงการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ ในระดับจังหวัด ซึ่งอาจประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงาน/องค์กร ซึ่งเกี่ยวข้องหลักๆ จำนวนไม่เกิน 10 คน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ประชาสัมพันธ์จังหวัด ยุติธรรมจังหวัด ตำรวจภูธรจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และภาคประชาสังคมในระดับพื้นที่ ฯลฯ เป็นต้น

ทั้งนี้การแต่งตั้งคณะทำงานชุดนี้ควรพิจารณาให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละจังหวัด โดยมุ่งผลักดันให้เกิดการทำงานแก้ไขปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ได้อย่างแท้จริง

1.2 จัดตั้ง/ฟื้นฟูศูนย์รับเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิ และพัฒนากลไกการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเชื่อมโยงสู่การได้รับการดูแลช่วยเหลือและการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนอย่างรวดเร็ว และเหมาะสม โดยอาจให้มีความสอดคล้องกับระบบและกลไกที่มีอยู่เดิมของจังหวัด

1.3 จัดทำแผนการสื่อสารสุขภาพระดับจังหวัด สำหรับการรณรงค์สร้างความเข้าใจกับสาธารณะ เพื่อปรับภาพลักษณ์ใหม่ที่เป็นทางบวกของเอชไอวีต่อสังคม โดยผลิตและใช้สื่อสาธารณะ เช่น แผ่นพับ ป้ายไวนิล สปอตทีวี/โทรทัศน์ท้องถิ่น สติกเกอร์ไลน์ สื่อข้อความในเฟซบุ๊ก ฯลฯ เป็นต้น ในการประชาสัมพันธ์เรื่องต่างๆ ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไวรัสตับอักเสบบี โดยใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่ายและเป็นสุขนิยส่วนบุคคล การส่งเสริมการตรวจเลือดคัดกรองเอชไอวีในการตรวจสุขภาพปกติประจำปี การลดอคติ ตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กฎหมายส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ทั้งในที่ทำงานและในสถานศึกษา กฎหมายยาเสพติด พรบ.ความเท่าเทียมระหว่างเพศ และพรบ.การค้าประเวณี เป็นต้น

1.4 ผลักดันการประกาศนโยบายและมาตรการระดับจังหวัด เพื่อเป็นจังหวัดที่ปลอดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (ในกรณีที่ว่าราชการจังหวัดเห็นความสำคัญ และมีความเป็นไปได้)

2. ระดับองค์กรและเครือข่าย (Organization and network) มีแนวทางการดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 การจัดสถานะแวดล้อมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ โดยใช้ชุดการดำเนินงาน 3x4 ซึ่งอาจเริ่มดำเนินการด้วยการนำร่องในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมก่อน ในปีแรกๆ แล้วขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมในปีต่อไป

2.2 ทำ MOU กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนให้เกิดการนำแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในที่ทำงาน และในสถานศึกษา ไปปฏิบัติอย่างจริงจัง

2.3 สนับสนุนการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน สิทธิทางเพศ และความเสมอภาคระหว่างเพศ แก่ผู้ให้บริการทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา และทางสังคม รวมถึงแก่กลุ่มประชากรหลักต่างๆ โดยอาจเป็นกิจกรรมให้ความรู้ที่จัดขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึงการสอดแทรกความรู้ไปกับกิจกรรมอื่นๆ ที่มีการดำเนินการตามปกติ

2.4 พัฒนาและสนับสนุนกลไกที่มีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงในการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนอย่างครอบคลุม โดยใช้ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่มีอยู่ในพื้นที่

2.5 ส่งเสริมการทำงานของภาคประชาสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน (ทั้งในการดำเนินงานและการศึกษาวิจัย) รวมถึงการทำ CSR เพื่อเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงานลดการ ตีตราและเลือกปฏิบัติ ในระดับจังหวัด

2.6 ส่งเสริมการดำเนินงานในกลุ่มประชากรหลัก ที่มุ่งลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับบริบททางพื้นที่ วิถีชีวิต สังคม และวัฒนธรรม และให้ความสำคัญกับการดำเนินงาน โดยคำนึงถึงมิติทางเพศซึ่งมีความละเอียดอ่อน รวมถึงการดำเนินงานในกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากการตีตราซึ่งกีดกันอยู่

หลายๆ ชั้น เช่น พนักงานบริการหญิงที่เป็นแรงงานข้ามชาติและมีการใช้สารเสพติด หรือ ผู้ต้องขังชายที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

3. ระดับบุคคล (Individual) มีแนวทางการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

3.1 จัดกิจกรรมรายบุคคล หรือรายกลุ่มเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลักและกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิมนุษยชน สิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ รวมทั้งมีความตระหนักถึงการมีคุณค่าภายในตนเอง

3.2 ดำเนินการนำร่องการใช้โปรแกรมลดการตีตราตนเอง (DSS Program) แก่กลุ่มเครือข่ายของประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักในพื้นที่ เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยอาจดำเนินการในอำเภอที่มีความพร้อมก่อน และดำเนินการควบคู่ไปกับการดำเนินการในข้อ 2.1 ดังข้างต้น

3.3 ให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ การตระหนักถึงความสำคัญ และบทบาทของครอบครัวต่อการส่งเสริมคุณค่าภายในของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ

3.4 ส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ ให้พึ่งพาตนเองในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและได้รับการยอมรับ ด้วยการส่งเสริมการประกอบอาชีพซึ่งมีรายได้ที่มั่นคง

4. การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation: M & E) มีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

4.1 กำหนดตัวชี้วัดที่มีความไวต่อการติดตามสถานการณ์เกี่ยวกับการตีตรา การเลือกปฏิบัติ และการละเมิดสิทธิในระดับจังหวัด เช่น จำนวนเรื่องร้องเรียน ทศนคติของสังคมและผู้ให้บริการ รวมถึงการตีตราภายในตนเองของกลุ่มประชากรหลัก

4.2 จัดทำแผนงานและแผนกิจกรรมการติดตามและประเมินผล การตีตรา การเลือกปฏิบัติ และการคุ้มครองสิทธิ ในระดับจังหวัด

4.3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่จำเป็นเพื่อติดตามสถานการณ์เกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในระดับจังหวัด ได้แก่ ฐานข้อมูลตัวชี้วัดการดำเนินงานโครงการของจังหวัด ฐานข้อมูลเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิ และฐานข้อมูลอื่นๆ ซึ่งได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและความก้าวหน้าในการดำเนินงาน โดยใช้เครื่องมือที่มีการพัฒนาขึ้นใช้ในระดับประเทศ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- 1) เครื่องมือสำรวจดัชนีการตีตราผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี (Stigma Index Survey)
- 2) คำถาม 6 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งระบุไว้ในข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey_NHES V) ของประชากรทั่วไป อายุ 20-59 ปี
- 3) เครื่องมือ สำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งสายวิชาชีพและไม่ใช่สายวิชาชีพ ในสถานบริการสุขภาพ

4) ข้อคำถาม 4 ข้อ เกี่ยวกับทัศนคติในการยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ของประชากรไทย ที่กำหนดไว้ในการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Thailand Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (ที่มา: www.aidszeroportal.org)

4.4 พัฒนาระบบติดตามสถานการณ์ S&D ที่ครอบคลุมประเด็น ตัวชี้วัด และกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และสะท้อนสถานการณ์จริง สำหรับนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกัน แก้ไข และยุติปัญหาเอดส์ได้อย่างทันการณ์ในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

4.5 จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการติดตามและประเมินผลการติดตามและเลือกปฏิบัติ ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ

3. โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์

โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ดำเนินงานโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานและองค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ อาทิ โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) Research Triangle Institute (RTI) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ผ่านชุดการดำเนินงาน 3x4 ซึ่งเป็นหลักสูตรการอบรมที่ช่วยลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยมาตรการดำเนินงาน 3 มาตรการ ได้แก่

1) มาตรการเชิงบุคคล คือ การดำเนินงานเพื่อสร้างการเรียนรู้ในระดับบุคคล ได้แก่ การจัดทำหลักสูตรเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ

2) มาตรการเชิงโครงสร้าง คือ การดำเนินงานเพื่อจัดระบบของหน่วยงานเพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติ

3) มาตรการเชื่อมประสานกับชุมชนและกลไกระดับจังหวัดในการดำเนินงานร่วมกันเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ มาตรการดังกล่าวมีขึ้นเพื่อเปลี่ยนแปลง 4 ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย (ก) ความไม่ตระหนักหรือไม่รู้วากำลังตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นได้ทั้งการไม่รู้วาลังที่คิดและทำเป็นกาตีตราและการเลือกปฏิบัติ หรือไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกาตีตราและการเลือกปฏิบัติ (ข) ความกลัว กังวลการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่ามีเชื้อเอชไอวี

3) ทัศนคติของสังคมที่เป็นการสรุป ตัดสิน และตำหนิแบบเหมารวม ซึ่งส่งผลต่อความคิด ความเชื่อ และการกระทำที่เป็นการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

4) สภาวะแวดล้อมในหน่วยงานที่ส่งผลหรือเป็นการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เช่น กฎ ระเบียบ แนวปฏิบัติต่าง ๆ

การดำเนินงานของโครงการพัฒนารูปแบบกาส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ขั้นตอนใหญ่ ๆ ได้แก่

1. ขั้นตอนการเตรียมการ (Preparation) เป็นขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมเพื่อนำไปสู่การจัดอบรมหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3x4 เพื่อสร้างวิทยากรระดับจังหวัด (Champion) ขั้นตอนการเตรียมการเริ่มตั้งแต่สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทำการจัดอบรมเพื่อคัดเลือกวิทยากรระดับประเทศ (Training of Trainer: ToT) โดยผู้ที่ผ่านการอบรมดังกล่าวจะทำหน้าที่เป็นครูฝึกอบรม (trainer) ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นวิทยากรอบรมหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3x4 ให้แก่ตัวแทนของจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการในการอบรมระดับต่อไป ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ที่ Trainer จำนวนทั้งสิ้น 6 ท่าน นอกจากนี้ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จะติดต่อประสานงานและชี้แจงรายละเอียดของโครงการต่อสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ในเขตต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้ สคร. คัดเลือกจังหวัดที่มีความพร้อมเข้าร่วมโครงการ โดยเงื่อนไขการเลือกสถานบริการ สุขภาพเข้าร่วมโครงการฯ มีดังนี้

1.1 เป็นโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ

1.2 ผู้บริหารให้การสนับสนุนโครงการฯ

1.3 มีกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือกลุ่มประชากรหลัก หรือภาคประชาสังคมร่วมให้บริการสุขภาพ หลังจากนั้น สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และครูฝึกอบรม (trainer) จะจัดอบรมหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3x4 ให้แก่ทีมตัวแทนของจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ของ สคร. เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ และเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน (Non-Governmental Organization: NGO) รวมจำนวน 5-7 คนต่อการอบรมแต่ละครั้ง

2. ขั้นตอนการดำเนินงาน (Implementation) แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อย ได้แก่

2.1 ขั้นตอนการประชุมเพื่อสร้างความเข้าใจในระดับสถานบริการสุขภาพ เป็นขั้นตอนในการชี้แจงต่อผู้บริหารของสถานบริการสุขภาพ ซึ่งตัวแทนของจังหวัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพจะประสานงานและชี้แจงให้ผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญของโครงการ และผลักดันให้ผู้บริหารจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อกำหนดนโยบายลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งทำการคัดเลือกผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นครูฝึกอบรม (trainer) ระดับสถานบริการสุขภาพ (Champion) ซึ่งจะเป็นผู้นำในกาดำเนินโครงการในสถานบริการสุขภาพของตน ทั้งนี้ Champion อาจเป็น บุคคลที่เป็นตัวแทนของจังหวัดซึ่งเข้ารับการอบรมจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นบุคคลอื่นที่ปฏิบัติงานกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ได้ และคณะกรรมการที่เกี่ยวกับการลดการตีตราและ การเลือกปฏิบัติจะมีการประชุมร่วมกันทุก ๆ 3-4 เดือน

2.2 ขั้นตอนการดำเนินงานภายใต้ชุดการดำเนินงาน 3x4 ประกอบด้วยการดำเนินงานตามมาตรการต่าง ๆ ในหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3x4 ซึ่งสามารถ จำแนกได้ ดังนี้

มาตรการเชิงบุคคล เป็นการค้าเงินงานเพื่อสร้างการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงทัศนคติผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ โดยมีแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้	
• การจัดอบรมแบบมีส่วนร่วมให้กับผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องการติดตามและการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง ผ่านชุดกิจกรรมทั้งสิ้น 10 กิจกรรม ที่ออกแบบมาเพื่อปรับเปลี่ยน 4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดตามและการเลือกปฏิบัติ • การอบรมแต่ละครั้งมีจำนวนผู้เข้าอบรมประมาณ 30 คนจากแผนกต่าง ๆ ในสถานบริการสุขภาพและสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่งต้องมีการอบรมหลักสูตรชุดการค้าเงินงาน 3x4 อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งโดยตรงและโดยอ้อม บทบาทการจัดอบรมเป็นบทบาทของ Champion และทีมตัวแทนของจังหวัดที่เคยเข้ารับการอบรมจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจทำหน้าที่เป็นวิทยากรในการอบรมด้วย ทั้งนี้ ครูฝึกอบรมและสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีหน้าที่สนับสนุน Champion และทีมตัวแทนของจังหวัดในการจัดอบรม • การจัดอบรมกลุ่มเล็กเฉพาะเรื่อง หรือเฉพาะกลุ่ม หรือการอบรมเพื่อน/การอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ เป็นการอบรมเพื่ออภิปรายประเด็นเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและการเลือกปฏิบัติ เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ ผลกระทบ รวมทั้งหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน	
มาตรการเชิงโครงสร้าง เป็นกิจกรรมการทำงานในเชิงโครงสร้างเพื่อจัดหรือปรับระบบบริการสุขภาพ มาตรการเชิงโครงสร้างประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังต่อไปนี้	
• การรวบรวมข้อมูลรอบแรก (baseline) และรอบหลัง (end line) เป็นการสำรวจสถานการณ์การติดตามและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพก่อนและหลังการค้าเงินงานมาตรการเชิงบุคคล (การจัดอบรมหลักสูตรชุดการค้าเงินงาน 3x4) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผลโครงการ โดย Champion จะดำเนินการเก็บข้อมูลในสถานบริการสุขภาพของตนและรายงานผลการสำรวจต่อ สสจ. • การจัดทำแผนปฏิบัติการของสถานบริการสุขภาพ เพื่อมุ่งสร้างบรรยากาศและให้บริการโดยปราศจากการติดตามและการเลือกปฏิบัติ • การจัดประชุมกรณีศึกษา เพื่อปรับปรุงระบบบริการและการทำงาน เพื่อค้นหาปัญหาหรือความเสี่ยงในเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและการเลือกปฏิบัติ • การกำหนดแนวปฏิบัติเรื่องเอดส์ในที่ทำงานและการให้บริการที่ปราศจากการติดตามและการเลือกปฏิบัติ • การประชุมทีม โดยจัดการประชุมเป็นประจำทุก 2-3 เดือน เพื่อวางแผนและจัดทำแผนการทำงานหรือกิจกรรมตามความเหมาะสม รวมทั้งสรุปบทเรียนการทำงาน	
มาตรการเชื่อมประสานกับชุมชนและกลไกระดับจังหวัด เพื่อลดการติดตามและการเลือกปฏิบัติ โดยการค้าเงินงาน 3 ด้าน ดังนี้	
• การเปิดพื้นที่ให้กลุ่มองค์กรผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือกลุ่มประชากรหลักเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งในการวางแผนและจัดกิจกรรม เพื่อสร้างการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลและการปรับระบบบริการสุขภาพ • การจัดประชุมปรึกษาหารือ (consultative meeting) ในประเด็นเฉพาะกับองค์กรหรือเครือข่ายระดับจังหวัดที่ทำงานด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน • การเชื่อมประสานกับชุมชนที่มีกลุ่มประชากรหลัก หรือกลุ่ม/เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อทำงานร่วมกันในประเด็นที่เป็นปัญหา โดยใช้การประชุมกรณีศึกษา (case conference) เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างรอบด้านและเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	

อย่างไรก็ตามกระบวนการของการดำเนินโครงการฯ นั้นมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่



4. ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย สรุปได้ ดังนี้

4.1 ในปี พ.ศ. 2557 ทีมวิจัยอันประกอบด้วยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร ได้ร่วมกันดำเนินการศึกษาวิจัยนำร่องโดยมีเป้าหมายเพื่อเร่งพัฒนาให้ประเทศไทยมีมาตรการได้ดัดต่อปัญหาเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักด้วยการพัฒนาชุดข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และระบบการติดตามเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ (จังหวัดหรือภูมิภาค) และระดับชาติ โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งการจัดการบริการสุขภาพถือได้ว่าเป็นนเป้าหมายเบื้องต้นของการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดกิจกรรมการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติภายในสถานบริการสุขภาพนั้นเป็นเรื่องที่บริหารจัดการได้ง่ายกว่าในชุมชน นอกจากนี้แล้ว ผู้ให้บริการสุขภาพเองก็สามารถที่จะเป็นต้นแบบที่ดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในประเทศไทยได้

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) พัฒนาเครื่องมือและกระบวนการเก็บข้อมูลอย่างง่าย เพื่อใช้สำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์และกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการทางเพศ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และแรงงานข้ามชาติ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

2) เพื่อรายงานสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์และประชากรหลักในสถานบริการสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จาก 2 จังหวัดนำร่อง ซึ่งเป็นพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือนี้

3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ดังกล่าว

การวิจัยเรื่องนี้แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1: การพัฒนาเครื่องมือสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติ และระยะที่ 2: การทดสอบเครื่องมือสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น

ผลการศึกษาวิจัย พบว่าแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ฉบับสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ชุด โดยมีรายละเอียดและผลการศึกษาตามแนวคำถามของเครื่องมือแต่ละชุด สรุปได้ ดังนี้

1) แบบสอบถามผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 13 ข้อ โดยจากผลการสำรวจผู้บริหารสถานพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 30 คน พบว่า

- ผู้บริหาร 17 คน (ร้อยละ 57) ระบุว่า พวกเขา “ยินดี” ที่จะให้ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีปฏิบัติงานในหน่วยที่ให้บริการสุขภาพภายในโรงพยาบาลของตน ในขณะที่ผู้บริหารที่เหลือนั้นระบุว่า “ไม่ยินดี”

- ผู้บริหาร 28 คน (ร้อยละ 93) ระบุว่า พวกเขา “ยินดี” ที่จะรับเจ้าหน้าที่ใหม่ที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเข้าปฏิบัติงานในแผนกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพโดยตรง (ไม่มีการสัมผัสหรือทำหัตถการโดยตรงกับผู้ป่วย) ในขณะที่ผู้บริหารที่เหลือนั้นระบุว่า “ไม่ยินดี”

- ในกรณีที่ได้รับข้อมูลว่า มีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลของพวกเขาเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าผู้บริหาร 6 คน (ร้อยละ 21) ระบุว่า จะไม่ทำอะไรเลย (ไม่มีมาตรการใดๆ) ในขณะที่ผู้บริหารส่วนใหญ่ คือ 14 คน (ร้อยละ 48) ระบุว่า จะย้ายเจ้าหน้าที่คนนั้นไปปฏิบัติงานในแผนกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพโดยตรง

2) แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาล จำแนกเป็นฉบับครอบครัวกลุ่ม จำนวน 14 ข้อ และฉบับย่อ จำนวน 7 ข้อ พบผลการศึกษา ดังนี้

- จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพใน จังหวัด ก. จำนวน 359 คน และจังหวัด ข จำนวน 379 คน พบว่าประมาณร้อยละ 60 เป็นผู้ปฏิบัติงานในระดับวิชาชีพ ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37 ปี และร้อยละ 53 เป็นผู้ที่ให้บริการสุขภาพด้านเอชไอวี/เอดส์โดยตรง เช่น ผู้ให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ผู้ปฏิบัติงานคลินิกทางด้านไวรัสเอชไอวี วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้ปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์ เป็นต้น

- มีตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ จำนวน 194 คน เคยสังเกตเพื่อนร่วมงานแสดงทัศนคติด้านลบที่เป็นการตีตราหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มนี้เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ ณ คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และการบริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

- ร้อยละ 88 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (เช่น มีความเห็นว่า “ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีควรมีความละอายใจในตัวเอง” หรือ “ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากพวกเขามีพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรมหรือไม่มีความรับผิดชอบ”)

- ร้อยละ 66 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงานประจำในโรงพยาบาล ได้แก่ การสัมผัสร่างกายหรือสิ่งของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การทำแผลและการเจาะเลือดให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์

- ร้อยละ 52 ของผู้ตอบแบบสอบถามใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มากเกินไปจนเป็นความจำเป็น เช่น การสวมถุงมือสองชั้นในเวลาที่พวกเขาต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (แต่ไม่ทำเวลาให้บริการผู้ป่วยอื่น ๆ)

- ร้อยละ 23 ของผู้ตอบแบบสอบถาม เคยสังเกตเห็นพฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดียวกัน เช่น เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือให้บริการที่ด้อยคุณภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ

3) แบบสัมภาษณ์ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี จำนวน 17 ข้อ จากการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี พบผลการศึกษา ดังนี้

- เกือบร้อยละ 70 ของผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ไม่ใช่กลุ่มประชากรหลัก โดยมีอายุเฉลี่ย 42 ปี

- ร้อยละ 40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73 มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมากกว่าร้อยละ 90 รับประทานไวรัสเอชไอวีมาแล้วโดยเฉลี่ยประมาณ 6 ปี

- ร้อยละ 22 ของผู้ให้ข้อมูลระบุว่า พวกเขาเคยหลีกเลี่ยงไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน โดยมีเหตุผลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการตีตรา โดยร้อยละ 50 ระบุว่า ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีของพวกเขาจะถูกเปิดเผย และร้อยละ 20 กล่าวว่า จะได้รับบริการสุขภาพที่ด้อยคุณภาพ

- เมื่อสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าการถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วยมีมากที่สุด (ประมาณร้อยละ 30) ตามด้วยการได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพกว่าผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ไม่ได้เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ร้อยละ 24) และได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้า (ร้อยละ 16)

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่า จุดเริ่มต้นที่ดีในการดำเนินการเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติของประเทศไทย คือ ควรมีการอบรมการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ทั้งที่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการทางการแพทย์หรือคลินิก และผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้ให้บริการทางการแพทย์หรือคลินิก รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์โดยตรง และไม่ได้ให้บริการเกี่ยวข้องกับเอดส์โดยตรงด้วย

4.2 ในปี พ.ศ. 2560 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ดำเนินการศึกษาต้นทุนโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนที่เกิดขึ้นรวมถึงภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการจัดสรรงบประมาณและวางแผนการดำเนินโครงการในพื้นที่อื่น ๆ เป็นการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ จากการวิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการ ด้วยการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังวิเคราะห์ต้นทุนของปี พ.ศ. 2557-2560 และนำเสนอเป็นมูลค่าปี พ.ศ. 2560 โดยมีพื้นที่และแหล่งข้อมูลสำหรับการเก็บต้นทุน คือ สอวพ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลเชียงใหม่ โรงพยาบาลหนองใหญ่ และโรงพยาบาลจะนะ รวมถึงเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์และศึกษาเอกสารทางการเงินและบัญชีที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

ผลการศึกษาที่สำคัญสรุปได้ ดังนี้

1) ต้นทุนรวมหรือต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของโครงการฯ ในพื้นที่การศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 2,759,386 บาท จำแนกเป็นต้นทุนทางบัญชี จำนวน 1,501,673 บาท (ร้อยละ 54.4) และต้นทุนแฝง จำนวน 1,257,713 บาท (ร้อยละ 45.6) โดยต้นทุนทางบัญชี แบ่งเป็นต้นทุนการเตรียมการ 730,560 บาท (ร้อยละ 48.6) ต้นทุนการดำเนินการ 457,064 บาท (ร้อยละ 30.4) และต้นทุนการประชุมสรุปบทเรียน 314,049 บาท (ร้อยละ 20.9)

2) ต้นทุนกิจกรรมตามชุดการดำเนินงาน 3x4 ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักของโครงการฯ มีต้นทุนทางบัญชีจำนวน 506,518 บาท แบ่งเป็น ต้นทุนค่าดำเนินการจัดประชุม/อบรม จำนวน 341,313 บาท (ร้อยละ 67.4) ต้นทุนค่าแรง จำนวน 111,544 บาท (ร้อยละ 22.0) และต้นทุนค่าวัสดุ จำนวน 53,665 บาท (ร้อยละ 10.6)

3) ต้นทุนกิจกรรมการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาล มีต้นทุนทางบัญชี 405,660 บาท แบ่งเป็น ต้นทุนค่าจัดประชุม/อบรม จำนวน 258,679 บาท (ร้อยละ 63.8) ต้นทุนค่าแรง จำนวน 111,544 บาท (ร้อยละ 27.5) และต้นทุนค่าวัสดุ จำนวน 35,416 บาท (ร้อยละ 8.7)

4) ต้นทุนเฉลี่ยต่อคนของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมวิทยากรกระบวนการสร้างความเข้าใจและลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอดส์ เท่ากับ 23,793 บาทต่อคน แต่หากพิจารณาเฉพาะต้นทุนทางบัญชีจะมีต้นทุนเฉลี่ย 21,374 บาทต่อคน

5) ต้นทุนเฉลี่ยต่อคนของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ เท่ากับ 8,543 บาทต่อคน แต่หากพิจารณาเฉพาะต้นทุนทางบัญชีจะมีต้นทุนเฉลี่ย 4,649 บาทต่อคน อย่างไรก็ตามหากคิดเฉพาะต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการอบรมหลักสูตรฯ จะมีต้นทุนเฉลี่ยต่อคนของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรฯ เท่ากับ 2,690 บาทต่อคน แต่หากพิจารณาเฉพาะต้นทุนทางบัญชีจะมีต้นทุนเฉลี่ย 1,256 บาทต่อคน นอกจากนี้หากหักต้นทุนที่เกิดจากการดำเนินการของเจ้าหน้าที่ สอวพ. รวมถึงหน่วยงานอื่น ๆ โดยคิดเฉพาะต้นทุนที่เกิดจากการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในจังหวัดและโรงพยาบาลเท่านั้น พบว่าการจัดกิจกรรมการอบรมหลักสูตรฯ จะมีต้นทุนเฉลี่ยต่อคนของเจ้าหน้าที่ที่

ได้รับการอบรมหลักสูตรฯ เท่ากับ 2,186 บาทต่อคน แต่หากพิจารณาเฉพาะต้นทุนทางบัญชีจะมีต้นทุนเฉลี่ย 925 บาทต่อคน 6) มีเจ้าหน้าที่หลักที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการฯ จำนวน 54 คน ใช้เวลาทำงานให้กับโครงการฯ จำนวน 5,262 ชั่วโมง คิดเป็นเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (FTE) ร้อยละ 4.6 ต่อคนต่อปี จำแนกเป็นเจ้าหน้าที่ ของ สอวพ. 9 คน 1,392 ชั่วโมง (FTE ร้อยละ 7.3) เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 9 คน 696 ชั่วโมง (FTE ร้อยละ 3.7) เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล 18 คน 1,569 ชั่วโมง (FTE ร้อยละ 4.1) และเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรอื่น ๆ เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน อาจารย์ ฯลฯ 18 คน 1,605 ชั่วโมง (FTE ร้อยละ 4.2)

จากผลการวิจัยที่พบ ทีมผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะสำคัญ ๆ ไว้ ดังนี้

1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกันในรูปแบบที่สะดวกและค้นหาได้ง่าย โดยเฉพาะเอกสารทางบัญชี-การเงิน

2) ต้นทุนโครงการฯ มีต้นทุนการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและการอบรมวิทยากรฯ ค่อนข้างสูง ดังนั้นควรคำนึงถึงการบริหารทรัพยากรให้เหมาะสม คุ่มค่าและมีประสิทธิภาพ

4.3 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (2562) ได้ดำเนินงานโครงการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ขึ้นในปี พ.ศ. 2561 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการจำนวน 48 แห่ง ในพื้นที่ 16 จังหวัด

การดำเนินงานประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) การพัฒนาเครื่องมือและระบบการติดตามสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ

2) การพัฒนาชุดการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เรียกว่ามาตรการ 3 x 4 โดยมีการอบรมบุคลากรแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ การฟังเสียงสะท้อนผู้รับบริการ และนำรูปแบบการตีตราและการเลือกปฏิบัติเชื่อมโยงให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

มีการติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการโดยจัดทำรายงานบันทึกกระบวนการดำเนินงานโครงการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก เสนอผลที่น่าสนใจเกี่ยวกับรูปแบบการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่พบมากที่สุดที่เกิดขึ้นในสถานบริการอยู่ในกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัว/กังวลว่าจะได้รับเอชไอวีจากการให้บริการดูแลรักษาผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1) รูปแบบการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่ไม่มีความซับซ้อน แสดงออกมาในลักษณะของการป้องกันตัวเองเกินความจำเป็นของผู้ให้บริการ (Over UP) เช่น การสวมถุงมือ 2 ชั้นเมื่อให้บริการเช็ดตัว ป้อนอาหารให้กับผู้รับบริการที่มีเชื้อเอชไอวี

2) รูปแบบการติดตามและการเลือกปฏิบัติที่มีความซับซ้อน ที่แสดงออกมาในลักษณะของการป้องกันตัวเองเป็นพิเศษของผู้ให้บริการ (Special UP) เช่น การจัดให้ผู้รับบริการที่มีเชื้อเอชไอวีทำฟันหรือผ่าตัดเป็นรายสุดท้าย หรือการไม่จัดบริการฟอกไตด้วยเครื่องให้กับผู้รับบริการที่มีเชื้อเอชไอวีและมีการเจ็บป่วยด้วยอาการไตวายเรื้อรัง ภายใต้การดำเนินกิจกรรมอบรมมาตรการ 3 X 4 โรงพยาบาลในโครงการได้กำหนดแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขระบบการให้บริการเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติแตกต่างกันไปเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มที่ยกเลิกการป้องกันหรือการจัดบริการพิเศษ และกลุ่มที่ยังเห็นความจำเป็นต้องจัดบริการเป็นพิเศษ

การประเมินผลการดำเนินงานในส่วนของผลกระทบในด้านคุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการจากพัฒนาระบบบริการพบการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก คือ

- 1) ผู้มีเชื้อเอชไอวีรายใหม่เข้ารับการรักษาระดับ CD 4 > 200 มีจำนวนเพิ่มขึ้น
- 2) ผู้มีเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน มีจำนวนเพิ่มขึ้น
- 3) ผู้มีเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและมาติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนอยู่ในสภาวะกดไวรัส/ตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือดไม่เจอ มีจำนวนเพิ่มขึ้น

5. ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในต่างประเทศ

5.1 Ikeda et al. (2019) ได้เสนอการศึกษา กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการสุขภาพเพื่อลดการตีตรากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากความร่วมมือของประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ กัมพูชา ลาว ไทย และเวียดนาม ในปี 2017 โดยเสนอว่าสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของ 4 ประเทศนี้มียังปรากฏอยู่ ทำให้เป้าหมายการยุติปัญหาเอชไอวียังไม่ประสบความสำเร็จ โดยอุปสรรคที่พบมาจากนโยบายการปฏิบัติเพื่อลดการตีตรากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ชัดเจน รวมถึงความรู้และทัศนคติส่วนบุคคลของบุคลากรที่ยังไม่ถูกต้อง กระบวนการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่พบได้แก่ การประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ การทำ team-based learning การวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง และการปรับเปลี่ยนการให้บริการและการปฏิบัติในหน่วยบริการ ความร่วมมือของ 4 ประเทศข้างต้น ในการร่วมเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพการให้บริการจาก 83 หน่วยบริการ ของ 29 จังหวัด พบกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ 27 รูปแบบที่ได้ผ่านการทดสอบและประเมินผล ผ่านการวิเคราะห์เพื่อให้เกิด best practice นำไปสู่การปรับใช้ในการลดปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติในวงกว้างได้ รูปแบบการจัดกิจกรรมแต่ละสถานบริการได้ผ่านการติดตามและประเมินผล ผ่านการวิเคราะห์ประสิทธิภาพและได้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่งจนสร้างเป็นแนวปฏิบัติและข้อกำหนดในการปฏิบัติของหน่วยบริการนั้น ๆ

5.2 Feyissa et al. (2019) ได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูล 3 แหล่ง คือ Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Excerpta Medica Database from Elsevier (EMBASE), PubMed and Psychological Information (PsycINFO) database โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของ

เครื่องมือในงานวิจัยของ Joanna Briggs Institute (JBI) และประเมินคุณภาพของผลลัพธ์ที่เกิดโดยใช้เกณฑ์ของ Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) ผลการสังเคราะห์จาก 8 เอกสาร พบ 5 ประเด็นเกี่ยวกับการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ คือ การให้ข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะการปฏิบัติ การจัดระบบ การติดต่อและการรักษาด้วยยา โดยผลการสังเคราะห์ผลพบว่า การให้ข้อมูลความรู้สามารถทำให้คะแนนความตั้งใจหลีกเลี่ยงการให้บริการและความมื่อลดลง มีการให้บริการแบบป้องกันอย่างครอบคลุมและเท่าเทียมกันมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ให้บริการตามปกติ ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าการปรับความรู้และทัศนคติในการให้บริการของทีมงานสุขภาพสามารถลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพลงได้

5.3 Dong et al. (2018) ได้ศึกษาการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเมืองกวางโจว ประเทศจีน โดยสำรวจจากผู้ให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล 9 แห่ง จำนวน 972 คน ในจำนวนนี้มี 386 คนที่เป็นผู้ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบสถานการณ์ คือ มีการตรวจ HIV antibody ของผู้รับบริการโดยไม่ขออนุญาตตรวจ มีการให้บริการที่แตกต่างกับผู้รับบริการอื่น ไม่รักษาความลับของผู้รับบริการ และการปฏิเสธที่จะให้การรักษา โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ดังกล่าวนี้มาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรค การขาดการสนับสนุนการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน โดยรัฐบาล รวมทั้งความกังวลและความกลัวในการให้บริการ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลในรูปแบบผสมผสาน (A mixed-method evaluation) เนื่องจากการประเมินผลซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน (UNAIDS, 2013) ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์การให้บริการในสถานบริการสุขภาพ ร่วมกับการทบทวนข้อมูลเชิงปริมาณจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ (existing secondary data) ได้แก่ เอกสาร รายงานและข้อมูลจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี มาวิเคราะห์และสรุปผลร่วมกัน

ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา

1. ข้อมูลเชิงปริมาณจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)

ประกอบด้วยข้อมูลเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่

- 1.1 คู่มือการจัดอบรม หลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ที่ปราศจากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ (รูปแบบ 10 กิจกรรม)
- 1.2 คู่มือการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์
- 1.3 คู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ (รูปแบบ 5 กิจกรรม)
- 1.4 รายงานผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ
- 1.5 ข้อมูลผลการสำรวจสถานการณ์ S&D ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ
- 1.6 ข้อมูลผลการประเมิน Health Qual ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ
- 1.7 รายงานบันทึกกระบวนการดำเนินงาน โครงการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก
- 1.8 ข้อมูลรายงานการให้บริการจากระบบ NAP Web report และ RTCM Plus

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data)

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง เขต และจังหวัด โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณลักษณะ ดังต่อไปนี้

1) ผู้กำหนดนโยบาย และผู้รับผิดชอบหลักของโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ในส่วนกลาง คือ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจำนวน 3 คน ได้แก่

1.1) นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้รับผิดชอบดูแลเชิงนโยบาย การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก

1.2) ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.3) หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการดูแลรักษาเอชไอวีและเอดส์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2) ผู้พัฒนาหลักสูตร/วิทยากรจากส่วนกลาง (TOT) หมายถึง นักวิชาการจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นแกนหลักในการพัฒนาโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก รวมถึงการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม อีกทั้งเป็นวิทยากรจากส่วนกลางในการจัดอบรม Training of the trainers (TOT) ของทั้งสองหลักสูตรนี้

3) ผู้ประสานงานโครงการระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต หมายถึง นักวิชาการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต ที่รับผิดชอบติดตามกำกับและสนับสนุนการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ของจังหวัดซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ถูกสุ่มเลือกได้ จำนวน 4 เขต ได้แก่ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น และสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 สงขลา เขตละ 1 คน รวมจำนวน 4 คน

4) ผู้ประสานงานโครงการระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักอนามัย หมายถึง นักวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบติดตามกำกับและสนับสนุนการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ของโรงพยาบาลในจังหวัดที่ถูกสุ่มเลือกได้ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ เชียงราย มหาสารคาม และสงขลา จังหวัดละ 1 คน รวมจำนวน 5 คน

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้เกี่ยวข้องในระดับโรงพยาบาล ด้วยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตการณ์การให้บริการในสถานบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลที่สุ่มเลือกได้ จำนวน 8 แห่ง และโรงพยาบาลที่เลือกแบบเจาะจง จำนวน 1 แห่ง โดยมีวิธีการเลือกโรงพยาบาลและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังต่อไปนี้

2.2.1 การสุ่มเลือกตัวแทนโรงพยาบาลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยคำนึงถึงการกระจายตามคุณลักษณะ ต่อไปนี้

1) ทบทวนรายชื่อโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก จากการดำเนินงานโครงการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักในสถานบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2561 ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจาก 12 เขต จำนวน 48 แห่ง ในพื้นที่ 16 จังหวัด โดยกระจายอยู่ในเขตภาคเหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และประกอบด้วยสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีการเข้าร่วมโครงการและดำเนินกิจกรรม 2 รูปแบบคือ มาตรการ 3 x 4 แบบการจัดอบรม 10 กิจกรรม และแบบการจัดอบรม 5 กิจกรรม รวมถึงโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานทั้งสองรูปแบบ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก จำแนกตามเขต ระดับโรงพยาบาลและรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการ

สำนักงานควบคุมโรคเขต	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	รูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการ		
			10 กิจกรรม	5 กิจกรรม	10 กิจกรรมและ 5 กิจกรรม
สคร. 1 เชียงใหม่	1	8	2	7	2
สคร. 3 นครสวรรค์	1	1		2	
สคร. 4 สระบุรี	3	2		5	
สคร. 5 ราชบุรี	2			2	
สคร. 6 ชลบุรี	1	1		2	1
สคร. 7 ขอนแก่น	2	1		3	
สคร. 8 อุดรธานี		5		5	
สคร. 9 นครราชสีมา	1	1		2	
สคร. 10 อุบลราชธานี	2	4		6	
สคร. 11 นครศรีธรรมราช		2		2	
สคร. 12 สงขลา	2	6		8	2
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) กทม.	2			2	
รวม	17	31	2	46	5

2) คัดเลือกโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

2.1) แบ่งโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการให้กระจายตามภูมิภาค โดยใช้เขตพื้นที่ของสำนักงานควบคุมโรค (สคร.) เป็นหลัก แบ่งเป็น 5 พื้นที่ ได้แก่

- ภาคเหนือ สคร. 1 เชียงใหม่ และ สคร. 3 นครสวรรค์

- ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สปคม. สคร. 4 สระบุรี สคร. 5 ราชบุรี และ สคร. 6 ชลบุรี
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ สคร. 7 ขอนแก่น สคร. 8 อุดรธานี สคร. 9 นครราชสีมา และ สคร. 10 อุบลราชธานี
- ภาคใต้ ได้แก่ สคร. 11 นครศรีธรรมราช และ สคร. 12 สงขลา

2.2) แบ่งโรงพยาบาลภายในแต่ละเขตพื้นที่ตามขนาดของ

โรงพยาบาลออกเป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน และแบ่งกระจายตามรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมมาตรการ 3 x 4 แบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม รวมถึงโรงพยาบาลที่ดำเนินการทั้ง 2 รูปแบบ

2.3) ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจับสลากรายชื่อ

โรงพยาบาลเป็นตัวแทนแต่ละกลุ่มได้รายชื่อโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจำนวน 4 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลวาปีปทุม และโรงพยาบาลสิรินธร

2.4) สํารวจข้อมูลเพื่อหาโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ

เพื่อจับคู่เปรียบเทียบสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และการจัดบริการต่าง ๆ กับโรงพยาบาลที่สุ่มได้ทั้ง 4 โรงพยาบาล โดยต้องเป็นโรงพยาบาลที่มีบริบทการให้บริการรูปแบบใกล้เคียงกัน ได้รายชื่อโรงพยาบาลดังนี้

คู่ที่ 1: โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลนครพิงค์

คู่ที่ 2: โรงพยาบาลจะนะ เปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลเทพา

คู่ที่ 3: โรงพยาบาลวาปีปทุม เปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลบรบือ

คู่ที่ 4: โรงพยาบาลตากสิน เปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลกลาง

โดยมีรายละเอียดของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 แห่ง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายชื่อโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างซึ่งเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ ที่ได้รับการสุ่มเลือกได้

ภาค/สคร. เขตที่	จังหวัด	ระดับ โรงพยาบาล	การเข้าร่วมโครงการ S&D	
			เข้าร่วม	ไม่เข้าร่วม
กลาง/สปคม.	กทม.	รพศ.	รพ. ตากสิน*	รพ. กลาง*
เหนือ/เขตที่ 1	เชียงใหม่/ เชียงราย	รพศ./รพท.	รพ. เชียงราย- ประชานุเคราะห์	รพ. นครพิงค์
ตะวันออกเฉียงเหนือ/ เขตที่ 6	มหาสารคาม	รพช.	รพ. วาปีปทุม	รพ. บรบือ
ใต้/เขตที่ 12	สงขลา	รพช.	รพ. จะนะ	รพ. เทพา
รวมจำนวน			4 รพ.	4 รพ.

หมายเหตุ *เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 และระยะเวลาการขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ทีมผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมคณะกรรมการฯ ซึ่งได้รับมอบหมายจากกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการไม่เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครทั้งสองแห่งนี้ แต่ใช้การทบทวนจากเอกสารรายงานและข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่เท่านั้น

2.5) เลือกแบบเจาะจงโรงพยาบาลที่มีเกณฑ์คุณสมบัติ คือ มีการดำเนินการทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม อีกทั้งดำเนินการครบถ้วนทั้ง 3 มาตรการ ประกอบด้วย มาตรการเชิงบุคคล มาตรการเชิงโครงสร้าง/เชิงระบบ และมาตรการเชื่อมประสานกับชุมชนและกลไกระดับจังหวัด ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติครบถ้วน จำนวน 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

สรุปโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 9 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลเชียงดาว โรงพยาบาลจະนะ โรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลวาปีปทุม โรงพยาบาลบรบือ โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลกลาง

2.2.2 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในระดับโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกแห่ง ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องซึ่งมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 1 คน
2) หัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานโครงการฯ ของโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน จำนวน 1 คน

3) กลุ่มทีมแชมป์เปี้ยนของโรงพยาบาล/วิทยาการแกนหลักของพื้นที่ จำนวน 3-5 คน/โรงพยาบาล หมายถึง บุคลากรของโรงพยาบาล และ/หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

3.1) เป็นแกนนำหลักในการพัฒนาและรับผิดชอบการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน

3.2) ผ่านการอบรมหลักสูตร TOT การส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในรูปแบบ 10 กิจกรรม หรือ 5 กิจกรรม

4) กลุ่มผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากร หมายถึง เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในรูปแบบ 10 กิจกรรม หรือ 5 กิจกรรม และเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

กลุ่มประชากรหลักของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน โดยสุ่มเลือกผู้ให้ข้อมูลกระจายตามแผนกต่าง ๆ แผนกละ 1 คน รวมจำนวน 5-8 คน/โรงพยาบาล

5) กลุ่มแกนนำผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/NGO หมายถึง ตัวแทนภาคประชาสังคม ได้แก่ แกนนำผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และ/หรือองค์กรภาคเอกชน (NGO) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจำนวน 3-5 คน/โรงพยาบาล จากผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน

6) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย ที่ได้รับการบริการการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมาติดต่อกันนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งได้รับการสุ่มตามความสะดวกตามเกณฑ์คุณสมบัติในวันที่เข้าเก็บข้อมูล จำนวน 5-8 คน/โรงพยาบาล

12.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตการดำเนินงานจริงในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ของแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลที่สุ่มเลือกได้ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน คลินิกยาต้านเอชไอวี คลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพ ห้องทันตกรรม ห้องจ่ายยา และห้องตรวจปฏิบัติการ ฯลฯ เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัย และขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

13.1 ขั้นเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

13.1.1 ทบทวนจากเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง (desk review) เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพที่ผ่านมาของประเทศไทย จากเอกสารที่สามารถเข้าถึงได้ ดังรายละเอียดรายการที่ระบุไว้ในหัวข้อ 11.1 ข้างต้น รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติของต่างประเทศ

13.1.2 พัฒนารายการประเมินคุณภาพหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม จำนวน 2 ชุด ดังนี้

13.1.2.1 การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรกับมาตรการการตีตราและเลือกปฏิบัติรูปแบบ 3 x 4 ในสถานบริการสุขภาพ ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ หลักการและเหตุผลของหลักสูตร จุดหมายของหลักสูตร โครงสร้างและจำนวนเวลา แนวทางการฝึกอบรม เนื้อหา กิจกรรมการฝึกอบรม สื่อและแหล่งการเรียนรู้ แนวทางการวัดและประเมินผลการฝึกอบรม และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

13.1.2.2 การประเมินความสอดคล้องภายในของหลักสูตร ได้แก่

1) ความสอดคล้องของหลักการและเหตุผลของหลักสูตรกับความสำเร็จในการพัฒนาหลักสูตร

- 2) ความสอดคล้องระหว่างจุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับหลักการของหลักสูตร
- 3) ความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างและเวลากับจุดหมายของหลักสูตร
- 4) ความสอดคล้องระหว่างสาระการเรียนรู้กับวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และจุดหมายของหลักสูตร
- 5) ความสอดคล้องระหว่างแนวทางการอบรมกับจุดหมายของหลักสูตร
- 6) ความสอดคล้องระหว่างสื่อและแหล่งการเรียนรู้กับสาระการเรียนรู้ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และจุดหมายของหลักสูตร
- 7) ความสอดคล้องระหว่างแนวทางการวัดและประเมินผลกับสาระการเรียนรู้ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และจุดหมายของหลักสูตร

13.1.3 พัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

13.1.3.1 พัฒนาแนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม และประเด็นในการสังเกต การปฏิบัติในสถานการณ์จริง แบ่งเป็น 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม สำหรับผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการ การส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักในระดับต่างๆ โดยผู้วิจัยกำหนดแนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแนวคำถามที่ใช้จะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเล่าประสบการณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง และคำถามเหล่านี้จะเป็นเพียงแนวทางในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มเท่านั้น ในการสัมภาษณ์จริงจะเป็นไปตามบริบทและกระบวนการสนทนาในแต่ละขั้น ซึ่งสามารถปรับยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์รายบุคคลประมาณ 45-60 นาที และเวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่มประมาณ 60-90 นาที โดยมีแนวคำถามปลายเปิด แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคำถามสำหรับตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่ออธิบาย กระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ (3x4 Participatory training) ทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม สำหรับผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้กำหนดนโยบาย และผู้รับผิดชอบหลักของโครงการฯ การส่งเสริมสถานบริการในส่วนกลาง 2) ผู้พัฒนาหลักสูตร/วิทยากรจากส่วนกลาง (TOT) 3) ผู้ประสานงานโครงการระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตและระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 4) ผู้บริหารและผู้ดำเนินการหลักของโรงพยาบาลที่ดำเนินงานโครงการฯ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อประเมิน กระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพฯ ใช้ในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มผู้ให้

ข้อมูล ได้แก่ 1) ทีมดำเนินงานของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้อง กลุ่มทีมแชมป์เปี้ยนของโรงพยาบาล/วิทยาการแกนหลักของพื้นที่ กลุ่มผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฯ รูปแบบ 10 กิจกรรม หรือ 5 กิจกรรม กลุ่มแกนนำผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/NGO และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ชุดที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพฯ สำหรับผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทีมพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล กลุ่มผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ชุดที่ 3 แบบสังเกตกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured observation) เพื่อใช้เป็นแนวทางสังเกตการดำเนินงานจริงในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ของแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลที่สุ่มเลือกได้ โดยสังเกตในประเด็นต่อไปนี้

1) มาตรการเชิงโครงสร้าง ได้แก่ การจัดระบบสถานที่/สิ่งแวดล้อมในการให้บริการ การจัดระบบการนัดเข้ารับบริการและการจัดคิว/การเรียกเข้ารับบริการ การจัดระบบ Universal precaution รวมทั้งแนวปฏิบัติ/แผนผังในการให้บริการที่เกี่ยวข้อง

2) พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ที่อาจแสดงถึงการตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น การปฏิเสธ/ไม่ให้บริการ การแสดงออกถึงความกลัว/ความกังวล/รังเกียจในการให้บริการ (เช่น คำพูด/น้ำเสียง ท่าที และการสวมถุงมือ 2 ชั้นเมื่อต้องให้บริการ ฯลฯ)

3) การแสดงออกของผู้รับบริการที่บ่งบอกความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

13.1.3.2 ผู้วิจัยส่งแนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม และแบบแบบสังเกตกึ่งมีโครงสร้างเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความครอบคลุมในการประเมินผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการตีตราและการเลือกปฏิบัติจำนวน 3 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก) จากนั้นผู้วิจัยทำการพิจารณาปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริงต่อไป

13.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

13.2.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยการประสานงานกับกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อขอเอกสาร และรายงานที่เกี่ยวข้องดังรายละเอียดรายการที่ระบุไว้ในหัวข้อ 11.1 ข้างต้น เพื่อทบทวนและวิเคราะห์ (desk review) การดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพที่ผ่านมาของประเทศไทย รวมทั้งใช้รายการประเมินคุณภาพหลักสูตรจากข้อ 12.1.2 ในการประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องภายในของหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม

13.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1) ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงบุคคล/หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในระดับส่วนกลาง เขต และจังหวัด ตามที่กำหนดในข้อ 11.2.1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บ

รวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อได้รับการอนุญาตแล้วผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลตามแนวคำถามที่กำหนดไว้

2) ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 9 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อได้รับการอนุญาตแล้วผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลกลุ่มต่าง ๆ ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด และนัดหมายทำการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล และการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้

3) ในวันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามการนัดหมาย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายเพื่อแนะนำตัวและประวัติของผู้วิจัย อธิบายเบื้องต้นถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลให้ได้รับทราบ และขอความร่วมมือในการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่ต้องการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา การจดบันทึกภาคสนามขณะทำการสัมภาษณ์ ระยะเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ซึ่งคำนึงถึงความสะดวกเป็นส่วนตัวและความพอใจของผู้ให้สัมภาษณ์ การรักษาความลับโดยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นจึงให้เซ็นยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนไป

4) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลก่อน จากนั้นจึงขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์และเริ่มทำการสัมภาษณ์รายบุคคลซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที หรือการสนทนากลุ่มซึ่งใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 60-90 นาที ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มที่กำหนดไว้ ซึ่งขณะสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

4.1) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

4.2) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 2 คือ การสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งในขณะทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ทักษะของการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีการปรับคำถามในขณะสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูลตามบริบท และสิ่งที่สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้า แววตา ท่าทาง อารมณ์และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

4.3) สังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถาม หรือบอกเล่าประสบการณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจ จากนั้นจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มในประเด็นต่อไป

4.4) ผู้วิจัยทำการจัดบันทึกภาคสนามในประเด็นที่สำคัญไว้ ซึ่งได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะทำการจัดบันทึกทุกครั้ง โดยทำการบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการศึกษา ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้วิจัยที่มีต่อปัญหา การแก้ไข และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ไข เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

4.5) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งตามความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ต่อไปของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอ ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบอย่างคร่าวๆ และกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง

โดยมีรายละเอียดแผนการดำเนินงานการประเมินผลฯ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แผนการดำเนินงานการประเมินผลมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศ

ลำดับ	กิจกรรมหลัก	ธค. 62- มค. 63	เมย.- พค. 63	มิย. 63	กค. 63	สค. 63	กย. 63	ตค. 63
1	ทบทวนเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง (desk review)	↔						
2	พัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และขอความเห็นชอบจาก กก. จริยธรรม		↔					
3	เก็บรวบรวมรวบรวมข้อมูล			↔	↔	↔		
4	วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพและเขียนรายงาน					↔		
5	นำเสนอความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการครั้งที่ 1	↔						
6	จัดทำร่างรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ และเสนอต่อคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 2					↔		
7	แก้ไขรายงานวิจัยตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการและส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์						↔	↔

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่
โครงการวิจัย 136.1/63 เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2563

ผู้วิจัยคำนึงถึงประเด็นจริยธรรม ดังต่อไปนี้

1. ความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูล

1.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการ อาจเกิดความไม่สะดวกหรืออึดอัดไม่สบายใจในการตอบบางคำถาม ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้สังเกตอาการกิริยาของผู้ให้ข้อมูล เพื่อเปิดโอกาสให้หยุดพักและกลับมาตอบได้เมื่อพร้อม หรือข้ามคำถามดังกล่าวไป อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นอาจเป็นความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีไปยังผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความเสี่ยงเหล่านี้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นของโครงการวิจัยแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก่อน และเฉพาะผู้ที่ยินดีเปิดเผยตนเองกับผู้วิจัยและสมัครใจเท่านั้นจึงจะถูกเชิญมายังห้องที่ใช้ในการสัมภาษณ์ที่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อพบกับผู้วิจัยและรับฟังรายละเอียดของการวิจัย นอกจากนี้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามที่อาจทำให้เกิดความไม่สะดวกหรืออึดอัดไม่สบายใจ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาล

2. ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่จะได้รับประโยชน์ทางอ้อม คือ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปใช้ในการพัฒนานโยบาย และระบบบริการที่ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับค่าชดเชยเป็นค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สำหรับการมาให้ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยเป็นค่าชดเชยเพื่อเป็นค่าเสียเวลา 300 บาท/ครั้ง และหากมีค่าเดินทางด้วยให้ไม่เกินคนละ 100 บาท/ครั้ง

3. กระบวนการรักษาความลับและการเข้าถึงข้อมูล

1) เพื่อเป็นการรักษาความลับเกี่ยวกับสถานะของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถตัดสินใจได้ว่าหลังจากลงนามยินยอมแล้วจะรับสำเนาเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงความยินยอม 1 ชุดกลับไปด้วย หรือไม่ก็ได้

2) จะไม่มีการกล่าวชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของอาสาสมัครในเอกสารคำยินยอม และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะถูกเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารของโครงการเป็นเวลา 3 ปี ซึ่งจะมีนักวิจัยหลักเป็นผู้ถือกุญแจไว้ และจะมีเฉพาะนักวิจัยหลักและนักวิจัยร่วมของโครงการนี้เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงเอกสารเหล่านี้

4. กระบวนการขอคำยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล

กระบวนการให้ข้อมูลและขอคำยินยอมจะทำให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาล ในห้องที่เป็นส่วนตัว หากผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จะลงนาม (หรือพิมพ์ลายนิ้วมือหากไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ โดยมีพยานผู้ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมอยู่ในกระบวนการด้วย) แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยมีผู้ประสานงานของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่โครงการลงนามเป็นพยาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวล สังเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายกระบวนการดำเนินงาน โครงการลดการติตตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค/ความท้าทาย ในประเด็นต่อไปนี้

1. ผลการดำเนินงานโครงการลดการติตตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพก่อนและหลังการอบรม และผลลัพธ์ด้านสถานการณ์ การติตตราและเลือกปฏิบัติต่างกันหรือไม่อย่างไร โดยวิเคราะห์ในประเด็นต่อไปนี้

1.1 เปรียบเทียบข้อมูลจาก Baseline ถึง End line ว่า intervention ใดที่ตอบตัวชี้วัดการดำเนินงาน

1.2 ความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการลดการติตตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพประเทศไทย เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ด้วยปัจจัยเงื่อนไขอย่างไร

1.3 วิเคราะห์ผลสำเร็จ ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ เปรียบเทียบก่อน-หลัง การดำเนินงาน ทั้งในพื้นที่ในโครงการและพื้นที่นอกโครงการ จากข้อมูลการสำรวจการติตตราและเลือกปฏิบัติ ในระบบของประเทศ

2. ความแตกต่างของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการติตตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอสไอ/เอดส์ (S&D) ในรูปแบบการอบรมที่แตกต่างกัน คือ หลักสูตรในรูปแบบ 10 กิจกรรม และหลักสูตรในรูปแบบ 5 กิจกรรม โดยการเปรียบเทียบประเด็นต่อไปนี้

2.1 ความเหมาะสมของ 2 หลักสูตรในแง่ภาพรวม ความครอบคลุมเนื้อหา กระบวนการเตรียมการ ความเป็นจริง ทั้งเวลาและงบประมาณ ข้อดี ข้อด้อย

2.2 ความแตกต่างของผลลัพธ์ ความรู้ ความเข้าใจ จากการอบรม โดยวิเคราะห์สังเคราะห์ ข้อมูลจาก Pre-test Post-test ของผู้เข้าร่วมแต่ละหลักสูตร และผลที่นำไปสู่การปฏิบัติทั้งในเชิงนโยบายและการจัดบริการ

3. โรงพยาบาลที่ดำเนินงานตั้งแต่ช่วงนำร่องจนปัจจุบันได้แก่ โรงพยาบาลจະนะ และโรงพยาบาลเชียงดาว มีบทเรียนการดำเนินงานที่แตกต่างจากหน่วยงานอื่นอย่างไร

4. การสำรวจการติตตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลหรือไม่ หลังการอบรมได้นำไปใช้ในการดำเนินงานอย่างไร ทั้งในเชิงนโยบายและการจัดบริการ

5. วิเคราะห์ความเชื่อมโยงของข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ S & D และโครงการ CQI และความแตกต่างของผลลัพธ์ตามคุณลักษณะอื่น ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลนำร่อง โรงพยาบาลที่ใช้หลักสูตรฝึกอบรมที่ต่างกัน และโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลในรูปแบบผสมผสาน (A mixed-method evaluation) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายกระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม และ 2) ประเมินกระบวนการดำเนินงานผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังดำเนินงานโครงการฯ โรงพยาบาลที่ใช้หลักสูตรการอบรมที่ต่างกัน และ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 1 เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ (3x4 Participatory training) ทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- ก. กระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4: *ข้อสรุปจากการทบทวนเอกสาร และทัศนะของผู้กำหนดนโยบาย*
- ข. กระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4: *ข้อสรุปจากทัศนะของผู้พัฒนาหลักสูตร และ/หรือวิทยากรจากส่วนกลาง*
- ค. เปรียบเทียบหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ
ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุด 3X4 (3*4 PACKAGE) ในรูปแบบ 10 และ 5 กิจกรรม

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 2 เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- ก. ผลการศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
- ข. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ และผลลัพธ์ทางคลินิก ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ)

โดยมีรายละเอียดของผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 คือ “เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติตราและเลือกปฏิบัติ ทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม” ผู้วิจัยของนำเสนอผลการวิจัย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร รายงาน และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Desk Review) ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย และ ผู้พัฒนาหลักสูตร และ/หรือ วิทยากรจากส่วนกลาง สามารถสรุปผลการศึกษาโดยนำเสนอตามกรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการซึ่งผู้วิจัยเสนอไว้ในบทที่ 1 ดังนี้

ก. กระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4: *ข้อสรุปจากการทบทวนเอกสาร และทัศนะของผู้กำหนดนโยบาย และผู้พัฒนาหลักสูตร และ/หรือ วิทยากรจากส่วนกลาง*

เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ ที่ 1 คือ การอธิบายกระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 ผู้วิจัยของนำเสนอผลการวิจัย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร รายงาน และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Desk Review) ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลาง ซึ่งถือเป็นผู้กำหนดนโยบายในระดับประเทศ และผู้พัฒนาหลักสูตร และ/หรือ วิทยากรจากส่วนกลาง ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้การดำเนินงานในโครงการนี้สามารถเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถสรุปผลการศึกษาโดยนำเสนอตามกรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการซึ่งผู้วิจัยเสนอไว้ในบทที่ 1 ดังนี้

1. การออกแบบ/พัฒนาโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติตราและเลือกปฏิบัติ

เนื่องจากการออกแบบ/พัฒนาโครงการถือเป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญในการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ โดยเฉพาะโครงการที่มีความสำคัญและตอบโจทย์ยุทธศาสตร์ของประเทศ ดังนั้น ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์เพื่ออธิบายกระบวนการออกแบบ/พัฒนาโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติตราและเลือกปฏิบัติ ดังนี้

1.1 แรงผลักดันในการพัฒนาโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติตราและเลือกปฏิบัติ

จากการทบทวนเอกสารรายงานจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ร่วมกับผลการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายในระดับต่าง ๆ สามารถสรุปได้ว่าแรงผลักดันในการพัฒนาโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติตราและเลือกปฏิบัติ มาจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

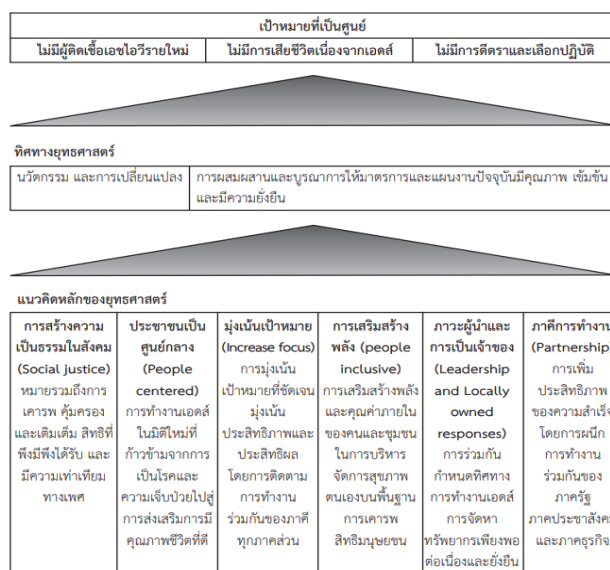
1.1.1 มิยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศเป็นใบเบิกทาง

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการลดการติตราและเลือกปฏิบัติในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ

เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มากกว่า 10 ปี โดยมีพัฒนาการของการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ เริ่มจากการเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้กำหนดเป็นประเด็นนโยบายและเป้าหมายหลักของยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ดังจะเริ่มเห็นได้อย่างชัดเจนในยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 – 2559 ซึ่งมีการกำหนดให้การ “ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ” เป็นหนึ่งในเป้าหมายที่เป็นศูนย์ของยุทธศาสตร์ฉบับนี้ (ดังรูปที่ 2) โดยการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ถือเป็นหนึ่งกลุ่มงานภายใต้ ยุทธศาสตร์ที่ 5 การยกระดับคุณภาพมาตรการและแผนงานที่มีอยู่เดิมให้เข้มข้นและบูรณาการ และมีการกำหนดมาตรการรองรับ 4 ประการ ดังนี้

- 1) สร้างโอกาสในการเรียนรู้และการฝึกอบรมที่เป็นการส่งเสริมความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน สิทธิทาง เพศ และความเสมอภาคระหว่างเพศ แก่บุคลากรสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องหลักอย่างต่อเนื่อง
- 2) พัฒนาเครื่องมือและจัดระบบการติดตามการลดการตีตรา การเลือกปฏิบัติ และการจัดการกระทำรุนแรงจากความแตกต่างทางเพศภาวะ ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่
- 3) สื่อสารสาธารณะในสังคมเชิงกว้าง เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อ และส่งเสริมให้สังคมมีความรู้ ความเข้าใจต่อ เรื่องสิทธิมนุษยชน และการเคารพสิทธิ
- 4) สร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบ จากการถูกละเมิด ตีตราเลือกปฏิบัติ ให้มีความรู้ความ เข้าใจในเรื่องสิทธิมนุษยชนและเข้าถึงบริการปกป้องและ คุ้มครองสิทธิ

รูปที่ 2 ความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดหลักการ และทิศทางของยุทธศาสตร์การมุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์



ที่มา จาก “ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 – 2559” (หน้า 14). โดย คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2555, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เมื่อพิจารณากรอบการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ รวมถึงการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ (ดังรูปที่ 1 ในบทที่ 2) จะเห็นได้ว่ามาตรการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 – 2559 (ยุทธศาสตร์ฉบับนี้เดิมถูกพัฒนาให้ครอบคลุมระยะเวลาดำเนินการ พ.ศ. 2555 -2559 ซึ่งต่อเนื่องจากยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 แต่เนื่องจากไม่สามารถเสนอคณะรัฐมนตรีได้ทันตามเงื่อนไขเวลา คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จึงได้เห็นชอบให้ปรับยุทธศาสตร์ดังกล่าวเป็นปี พ.ศ. 2557-2559) จะให้ความสำคัญกับการดำเนินงานภาพกว้างในระดับสิ่งแวดล้อมทางสังคมและนโยบาย (Social and policy environment) โดยผลักดันเชิงนโยบายด้วยการกำหนดให้ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติเป็นหนึ่งในสามเป้าหมายหลัก อีกทั้งจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อของสังคมด้วยการสื่อสารสาธารณะในสังคมเชิงกว้าง ในประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน ทั้งนี้ จากการทบทวนพบหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งสะท้อนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายและกฎระเบียบที่ส่งผลต่อการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ภายใต้ยุทธศาสตร์ฉบับนี้ คือ การที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ออกประกาศ “แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน ปี พ.ศ. 2555” ให้สถานที่ทำงานถือเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงานด้านเอดส์ เพื่อลดการตีตรา เชื้อรายใหม่ ลดการรังเกียจ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในสถานที่ทำงาน และให้ความคุ้มครองสิทธิมนุษยชน เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมให้เข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม

ต่อมา ในยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573 ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ฉบับปัจจุบัน การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติยังถูกผลักดันเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องใน ดังจะเห็นได้จากการกำหนดให้การ “ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงร้อยละ 90” เป็นหนึ่งในสามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ฉบับนี้ (รูปที่ 3) โดยมียุทธศาสตร์ที่รองรับ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับภาพลักษณ์ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ และได้กำหนดผลลัพธ์/ตัวชี้วัดหลัก ของยุทธศาสตร์นี้ไว้ 4 ประการ ได้แก่ 1) ประชาชนมีความเข้าใจเอชไอวี สิทธิมนุษยชน และความหลากหลายทางเพศ 2) หน่วยงานมีนโยบายและการดำเนินการที่ส่งเสริมความเข้าใจและไม่มีการเลือกปฏิบัติ 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และ 4) ทุกจังหวัดมีกลไกการคุ้มครองสิทธิ

รูปที่ 3 ภาพรวมยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573



ที่มา: ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ

เช่นเดียวกับในยุทธศาสตร์ฉบับก่อน ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573 ไม่ได้มีการระบุไว้อย่างชัดเจนถึงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ฉบับนี้กับการพัฒนาในสถานบริการสุขภาพ เช่น ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4 ได้มีการกำหนดกำหนดผลลัพธ์/ตัวชี้วัดหลักตัวหนึ่ง คือ “หน่วยงานมีนโยบายและการดำเนินการที่ส่งเสริมความเข้าใจและไม่มีการเลือกปฏิบัติ” อีกทั้ง ในมาตรการ/แนวทางในข้อที่ 4 กำหนดให้มีการ “พัฒนาองค์ความรู้ เครื่องมือ วิธีการ และจัดการให้มีการเรียนรู้ การฝึกอบรมที่เป็นการส่งเสริมความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนขึ้นพื้นฐาน สิทธิทางเพศ และความเสมอภาคระหว่างเพศ แก่ผู้ให้บริการสุขภาพ บริการการศึกษาและบริการทางสังคม รวมถึงผู้เกี่ยวข้องหลักทั้งรัฐและเอกชน รวมถึงขับเคลื่อนแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงานและการเชื่อมโยงกับระบบการประกันสุขภาพที่มีอยู่เพื่อให้เกิดความยั่งยืน”

1.1.2 มีการ “ทำปัญหาให้ประจักษ์” จากการผลักดันของภาคี

แม้ว่ายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศทั้งสองฉบับข้างต้นจะมีการกำหนดให้การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเป็นหนึ่งในสามของเป้าหมายที่ประเทศไทยต้องการบรรลุ แต่พบว่ายังไม่มีภาระระบุถึงการพัฒนาสถานสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติไว้อย่างชัดเจนในยุทธศาสตร์ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสารร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง พบข้อมูลหลักฐานที่สอดคล้องกันว่าประเทศไทยเริ่มมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ มาตั้งแต่ยุทธศาสตร์ฉบับก่อนๆ คือ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา ด้วย

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ UNAID ภาคประชาสังคม และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมาร่วมกันระดมสมองในการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเข้าใจและติดตามสถานการณ์ติตราและเลือกปฏิบัติที่เป็นจริงให้ครบใน 4 มิติ คือ ในประชาชนทั่วไป (NHES) ในระบบบริการสุขภาพ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก (BBS) และเหตุการณ์ละเมิดสิทธิ เนื่องจากทุกฝ่ายมีความคิดเห็นตรงกันว่า การขับเคลื่อนการดำเนินงานลดการติตราและเลือกปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้อย่างจริงจังต้องเริ่มจากการรับรู้ถึงปัญหาและสถานการณ์ที่แท้จริง และ **“Drive ด้วยข้อมูล”** (นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ) ทั้งนี้เพื่อให้ทุกภาคส่วนและทุกระดับเกิดความเข้าใจและความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์จริงอันจะนำไปสู่การวางแผนดำเนินงานที่เหมาะสมในการลดการติตราและเลือกปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้จึงเริ่มมีการพัฒนาเครื่องมือติดตามสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติของประเทศ ด้วยการประเมินทั้งจากการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในสถานบริการสุขภาพ นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

เนื่องจากสถานบริการสุขภาพเป็นจุดที่ผู้ให้บริการสุขภาพจะมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงมีโอกาสเกิดสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่ประชากรกลุ่มนี้มากที่สุด อีกทั้งการติตราและเลือกปฏิบัติที่อาจเกิดขึ้นในบริบทของการรับบริการในสถานบริการสุขภาพจะส่งผลโดยตรงต่ออีกสองเป้าหมายในยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ คือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และลดการเสียชีวิตจากเอดส์ อีกทั้งการดำเนินงานเพื่อลดการติตราและเลือกปฏิบัติสามารถบริหารจัดการในสถานบริการสุขภาพได้ง่ายกว่าในชุมชน นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลาง ได้แก่ นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณี (ผู้อำนวยการ สอวพ. ปี พ.ศ. 2560) และแพทย์หญิง วลัยรัตน์ ไชยฟู (หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการดูแลรักษาเอชไอวีและเอดส์ สอวพ. ปี พ.ศ. 2560) พบว่าทุกท่านมีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่าการดำเนินงานเพื่อลดการติตราและเลือกปฏิบัติของประเทศอย่างเป็นรูปธรรม ควรเริ่มจากบริบทที่สามารถดำเนินการได้ทันทีและอยู่ในขอบเขตที่สามารถกำกับติดตามได้ ดังนั้น จึงควรเริ่มจากบริบทในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากหากบุคลากรสุขภาพมีทัศนคติที่ดีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ก็จะมีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการและพฤติกรรมอื่นๆ จนกลายเป็นต้นแบบที่ดีให้แก่คนอื่นๆ ในสังคม ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมและช่วยลดการติตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีของสังคมในเชิงกว้างต่อไปได้ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีภาพของสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงต่อผู้รับบริการที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวียังไม่มีความชัดเจน อาจมีปรากฏการณ์เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วและถูกร้องเรียนเท่านั้น เสมือนเป็นภูเขาน้ำแข็งที่โผล่ขึ้นมาให้เห็นเหนือผิวน้ำเพียงเล็กน้อย แต่ปัญหาจริงๆ ซึ่งมีขนาดใหญ่อาจจะยังซ่อนไว้ใต้ผิวน้ำ และเมื่อไม่พบปัญหาที่แท้จริงการตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องแก้ไขปัญหาลดการติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพจึงยังไม่เกิดขึ้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้อง **“ทำให้ปัญหาประจักษ์”** ด้วยการพัฒนาเครื่องมือที่จะใช้ประเมินให้รับรู้ถึงสถานการณ์ที่แท้จริง

จากความสำคัญและจำเป็นข้างต้น ทีมวิจัยอันประกอบด้วยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนัก

อนามัยกรุงเทพมหานคร ได้รับงบประมาณจากต่างประเทศในการพัฒนาเครื่องมือการติดตามและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพทั้งตามการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตั้งแต่ประมาณปลาย ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา ทั้งนี้รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เกรียงไกร ศรีธนะวิบูลย์ หนึ่งในผู้รับผิดชอบหลักของการพัฒนาเครื่องมือชุดนี้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ว่า เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้มีการทดลองใช้ด้วยการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลนาร่อง จาก 2 จังหวัดเมื่อปี พ.ศ. 2557 จากนั้นในปี พ.ศ. 2558 ได้ขยายการทดลองใช้เครื่องมือเป็น 5 จังหวัด และภายหลังการปรับปรุงจนได้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานแล้ว กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดให้มีการใช้เครื่องมือชุดนี้สำหรับดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในระบบเฝ้าระวังสถานการณ์การติดตามและเลือกปฏิบัติของประเทศ (National survey) ใน 13 จังหวัดเฝ้าระวัง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน โดยจะดำเนินการสำรวจทุก 2 ปี ทั้งนี้เครื่องมือมาตรฐานได้รับการเพิ่มเนื้อหาให้ครอบคลุมสถานการณ์การติดตามและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี รวมถึงกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เกย์ สวประเภทสอง พนักงานบริการทางเพศ ผู้ใช้ยาเสพติด และแรงงานข้ามชาติ และผลการสำรวจโดยใช้เครื่องมือชุดนี้ทำให้พบข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าการติดตามและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักยังเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

1.1.3 มีการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมจาก “การผลักดันของผู้นำ”

ก่อนการพัฒนายุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573 พบว่าประเทศไทยยังเผชิญกับสถานการณ์การติดตามและเลือกปฏิบัติทั้งในประชาชนทั่วไป และในสถานบริการสุขภาพ ที่สำคัญ ๆ ดังนี้ (ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573, 2560)

1) การสำรวจสุขภาพประชาชน ปี พ.ศ. 2557 เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบการตีตราที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (76.3%) และการรับรู้การตีตรา (68.9%)

2) ผลการสำรวจในสถานบริการสุขภาพ 17 จังหวัด ปีพ.ศ. 2557-2559 พบบุคลากรมีทัศนคติเชิงลบฯ (84.5%) กลัว/กังวลที่จะติดเชื้อฯ (60.9%) ป้องกันตนเองเกินจำเป็น (53.1%) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการสุขภาพมีการตีตราตนเอง (31.4%)

ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์การติดตามและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพซึ่งนำโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และทีมวิชาการดั่งข้างต้น ทำให้พบว่าประเทศไทยมีปัญหาสถานการณ์การติดตามและเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ โดยทีมวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่า ควรมีการดำเนินการเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ โดยการอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับทั้งที่ให้บริการเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์โดยตรง และไม่ได้ให้บริการเกี่ยวข้องกับเอดส์โดยตรง ซึ่งข้อเสนอแนะดังกล่าวนี้จะไม่ถูกขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติจริงได้เลยหากขาดการผลักดันเชิงนโยบายจากผู้บริหาร ทั้งนี้ นับว่าเป็นความโชคดีของการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เมื่อ “ผู้บริหารสนใจ” (นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ) ซึ่งนายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณดี (ผู้อำนวยการ สอวพ. ปี พ.ศ. 2560) ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าภายหลังจากที่นายแพทย์

โสภณ เมฆธน ขณะที่ท่านดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2557 ได้รับฟังการนำเสนอข้อมูลถึงปัญหาสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ก็มองเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหา โดยมีความเห็นว่าประเทศไทยได้ดำเนินการเพื่อการบรรลุเป้าหมายเรื่องลดการติดเชื้อรายใหม่และการเสียชีวิตจากเอชไอวี/เอดส์ มาอย่างมากมายและทำได้ดีแล้ว แต่เรื่องลดการตีตราและเลือกปฏิบัติยังไม่มีการจัดกระทำ (Intervention) ที่ชัดเจน จึงควรเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะปัญหาใกล้ตัวที่พบในสถานบริการสุขภาพ จากคำริของผู้บริหารสูงสุด กรมควบคุมโรค ในครั้งนั้น ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมของการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 ในระยะต่อมา

การสนับสนุนจากผู้บริหารสูงสุดของกรมควบคุมโรคเกี่ยวกับมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ดังสรุปข้างต้น สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายใน ส่วนกลาง ซึ่งเป็นผู้บริหารของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะแรกๆ ของการพัฒนามาตรานี้ อีกจำนวน 1 ท่าน คือ นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณี ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะแรกที่ของการพัฒนาโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) (ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2560) ซึ่งได้เล่าที่มาถึงการเกิดโครงการนี้ว่าเกิดจากการที่ผู้บริหารสูงสุดของกรมควบคุมโรค คือ นายแพทย์โสภณ เมฆธน ขณะที่ท่านดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2557 มองเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหา โดยมีความเห็นว่าประเทศไทยได้ดำเนินการเพื่อการบรรลุเป้าหมายเรื่องลดการติดเชื้อรายใหม่และการเสียชีวิตจากเอชไอวี/เอดส์ มาอย่างมากมายและทำได้ดีแล้ว แต่เรื่องลดการตีตราและเลือกปฏิบัติยังไม่มีการจัดกระทำ (Intervention) ที่ชัดเจน จึงควรเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา จากคำริของผู้บริหารสูงสุด กรมควบคุมโรค ในครั้งนั้น ส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมของการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 ในระยะต่อมา ซึ่งจากคำริของผู้บริหารสูงสุด ทำให้สำนักโรคเอดส์ฯ ต้องมาคิดต่อว่าจะดำเนินการอย่างไรเพื่อให้มีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม จึงนำโจทย์นี้มาประชุมหารือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งที่ปรึกษาจาก UNAIDS เพื่อหาแนวทางดำเนินการในเรื่องนี้ ซึ่งผลการประชุมทำให้ได้ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าควรจะเริ่มดำเนินการจากปัญหาใกล้ตัวที่พบก่อน คือ ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติที่พบในสถานบริการสุขภาพ ถือเป็น **“การแก้ไขปัญหาที่เริ่มจากตัวเราก่อน”** (นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณี) ทำให้เกิดการพัฒนามาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยขึ้น โดยผลักดันให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมด้วยการจัดทำโครงการรองรับ คือ **“โครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE)”**

1.2 การสร้างกรอบแนวคิด

เนื่องจากการดำเนินงานส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ยังเป็นเรื่องใหม่ในขณะนั้น ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2557 สอวพ. ร่วมกับองค์กรภาคีทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม องค์กรระหว่างประเทศ และที่ปรึกษาวิชาการจากต่างประเทศ ได้มีการประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนารอบแนวคิดให้มี

ความเฉพาะเจาะจงและใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานของโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยพัฒนาต่อยอดมาจากกรอบการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติและการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573 ดังรูปที่ 4

รูปที่ 4 กรอบการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติและการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ



ที่มา: ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ, 7 พย. 2560

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ซึ่งรับผิดชอบดูแลเชิงนโยบายการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573 ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ทำให้ได้ภาพของการกำหนดกรอบแนวคิดซึ่งถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการสร้างและการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ได้ดังนี้

- **ที่มา:** มาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยถูกพัฒนาขึ้นด้วยการ “Adoption – Adaption – ปรับปรุง (Improvement)” โดย “การเรียนรู้จากบทเรียนของนานาชาติ ประเทศอื่น แล้วพัฒนาต่อยอดให้ได้กรอบเป็นหลักคิดในการทำงานที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย” (นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ)

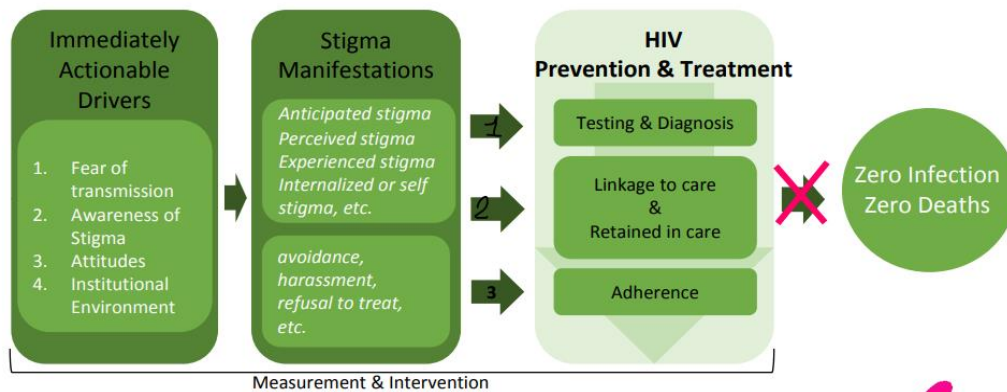
รูปที่ 5 กรอบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ
ในชุดการดำเนินงาน 3X4



ที่มา: ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ, 7 พย. 2560

- **กรอบแนวคิด:** กรอบแนวคิดหลักของโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ดังรูปที่ 5 มาจากการทบทวนข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ และการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ของหลายๆ ประเทศ ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพและส่งผลต่อการป้องกันและการบำบัดรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการปราศจากการตีตราใหม่และการตายอันเนื่องมาจากเอดส์ ซึ่งการใช้ชื่อว่า “ชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE)” เป็นชื่อที่ทีมของประเทศไทยได้ตั้งขึ้นเองเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย หลังจากผ่านกระบวนการ “Adoption – Adaption – ปรับปรุง (Improvement)” จาก “การเรียนรู้จากบทเรียนของนานาชาติ ประเทศอื่นแล้วพัฒนาต่อยอด” เนื่องจากเป็นชื่อที่สะท้อนถึงกรอบแนวคิด/กรอบการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญกับการจัดการกับ 4 ปัจจัยหลัก อันเป็นต้นเหตุของการ ตีตราและเลือกปฏิบัติ ได้แก่ 1) ความกลัว กังวลการติดเชื้อเอชไอวี (fear of transmission) 2) ความไม่ตระหนักหรือไม่รู้ว่าการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Awareness of stigma) 3) ทัศนคติเชิงลบที่เป็นการด่าทอ ตัดสิน และตำหนิแบบเหมารวม (Attitude) และ 4) สภาพแวดล้อมในหน่วยงานหรือนโยบายที่ไม่เอื้อ/เป็นอุปสรรค (Institutional environment) ซึ่งการตีตราอาจจำแนกเป็นรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การตีตราที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (anticipated stigma) การรับรู้การตีตรา (perceived stigma) ประสบการณ์ถูกตีตรา (experienced stigma) การตีตราตนเอง (internalized/self-stigma) ฯลฯ เป็นต้น (รูปที่ 6)

รูปที่ 6 จุดและเหตุผลที่ต้องดำเนินการแทรกแซงเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ



Sources: adopted from HIV Treatment Cascade Reference Literature:
 1. Testing: (Musheke et al., 2013)
 2. Linkage to & Retained in care: (Govindasamy et al., 2012, Alvarez-Uria et al., 2013)
 3. Adherence: (Katz et al., 2013)

ที่มา: ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, 7 พย. 2560

นอกจากการจัดการกับ 4 ปัจจัยหลักดังกล่าวข้างต้นแล้ว ชุดการดำเนินงานยังยึดแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินงานให้ครอบคลุม 3 มาตรการ ด้วยการจัดกิจกรรมแทรกแซงใน 3 ระดับ (รูปที่ 4) คือ

1) มาตรการเชิงบุคคล คือ การดำเนินงานเพื่อสร้างการเรียนรู้ในระดับบุคคล ได้แก่ การจัดทำหลักสูตรและจัดอบรมบุคลากรแบบมีส่วนร่วมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ การจัดทำ E-learning

2) มาตรการเชิงโครงสร้าง/เชิงระบบ คือ การดำเนินงานเพื่อจัดระบบของหน่วยงานให้เกิดการสร้างสภาวะแวดล้อมที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น การประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ การพัฒนานโยบาย/แนวปฏิบัติ การจัดทำแผนงาน การจัดทำการศึกษา และการเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพบริการ (CQI, DSC, HA)

3) มาตรการเชื่อมประสานกับชุมชนและกลไกระดับจังหวัดในการดำเนินงานร่วมกันเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เช่น การมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ และกลุ่มประชากรหลัก การเชื่อมประสานและส่งต่อกับกลไกรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิ

ทั้งนี้สถานบริการสุขภาพที่ดำเนินงานในชุดการดำเนินงาน 3X4 จำเป็นต้องมีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานในโรงพยาบาลของตนเอง โดยควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายบริหารหน่วยงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเพื่อกำหนดทิศทาง สนับสนุน เอื้ออำนวย และติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน อีกทั้งควรมีการจัดตั้งทีมงาน หรือ ทีมแซมเปียน เพื่อทำหน้าที่หลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2559)

2. พัฒนาการของการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 (3*4 PACKAGE)

จากการให้ความสำคัญของผู้บริหารกรมควบคุมโรคและการตระหนักถึงความสำคัญของภาคีเครือข่ายถึงปัญหาการเกิดสถานการณ์ตีตราและเลือกปฏิบัติตามข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบ นำไปสู่การพัฒนามาตรการและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยเฉพาะการพัฒนามาตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย ซึ่งโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ถือเป็นโครงการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีพัฒนาการของการดำเนินงานที่พบว่ามี การดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งจากผลการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลาง และผู้พัฒนาหลักสูตร และ/หรือ วิทยากรจากส่วนกลาง รวมถึงการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอเสนอพัฒนาการของโครงการนี้ แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ 1) การดำเนินการในระยะแรก (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 – 2560) 2) การดำเนินการในระยะที่ 2 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561) และ 3) การดำเนินการในระยะที่ 3 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562) ดังนี้

2.1 การดำเนินโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในระยะแรก (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2560)

การดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 (3*4 PACKAGE) ในระยะแรก ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 - พ.ศ. 2560 นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ ดังนั้น เพื่อให้เห็นพัฒนาการของการดำเนินงานโครงการฯ นี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และผลการสัมภาษณ์ผู้พัฒนาหลักสูตร และ/หรือ วิทยากรจากส่วนกลาง ดังนี้

จำแนกออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ๆ ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ (preparation process) ขั้นตอนดำเนินการโครงการ (implementation process) และขั้นตอนประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

2.1.1 ขั้นตอนเตรียมการ (Preparation process)

เนื่องจากโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) เป็นโครงการใหม่ซึ่งเพิ่งเริ่มดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมครั้งแรกในประเทศไทย ดังนั้น พบว่าโครงการมีการเตรียมการเพื่อให้เกิดความพร้อม ด้วยการพัฒนาเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ดังนี้

2.2.1.1 การพัฒนาเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง

จากกรอบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ดังรูป ที่ 5 จะเห็นได้ว่า ในการทำให้มาตรการเชิงบุคคลและมาตรการเชิงโครงสร้างเกิดการขับเคลื่อนและปรับเปลี่ยนอย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องมีการพัฒนา “เครื่องมือ” สำหรับใช้ในการขับเคลื่อนอย่างเหมาะสม ดังนั้น ในระยะของการเตรียมการจึงเกิดกระบวนการของการพัฒนาเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หลักสูตรฯ คู่มือการดำเนินงานฯ และเครื่องมือประเมินสถานการณ์ฯ ดังนี้

1) การพัฒนาหลักสูตร “การส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์” ชุด 10 กิจกรรม

เนื่องจากการรายงานผลวิจัยในส่วนนี้ เป็นการกล่าวถึงกระบวนการพัฒนาหลักสูตรที่เป็นความต่อเนื่องในแง่ของวันเวลาที่ดำเนินการซึ่งเป็นข้อมูลย้อนหลังไปใน ปี พ.ศ. 2558 ดังนั้น ข้อเสนอต่อไปนี้ จึงได้จากการวิเคราะห์เอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก โดยเฉพาะจากรายงาน ฉบับสมบูรณ์ “Final Report on reduction of HIV stigma and discrimination in health care facilities in Thailand” รายงานโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบการดำเนินงานสรุปได้ ดังนี้

1.1) การดำเนินการในปี พ.ศ. 2558 เริ่มจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรึกษาหารือ (consultative workshop) ในเดือนมิถุนายน 2558 เพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจกับบทเรียนของการดำเนินงานที่ผ่านมาในประเทศต่างๆ และนำมาพัฒนาต่อยอด จากนั้นมีการพัฒนาหลักสูตรรวมถึงเครื่องมือที่จำเป็นเพื่อใช้ในการฝึกอบรมภายใต้คำปรึกษาของที่ปรึกษาจากต่างประเทศ จนสามารถนำหลักสูตรฉบับร่าง ซึ่งประกอบด้วย 10 Modules จำนวน 12 ชั่วโมง ไปทดลองใช้กับ 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงพฤศจิกายน 2558 ในขณะเดียวกันได้มีการจัดอบรมสร้างวิทยากรระดับจังหวัด (Training for Trainer Workshop: TOT) ระหว่างวันที่ 14-18 พฤศจิกายน 2558 มีผู้เข้าอบรม จำนวน 60 คน ประกอบด้วย ทีมวิทยากรจังหวัด 31 คน จาก 4 จังหวัด และ 16 คน จากทีมงานงานสาธารณสุขจังหวัด (ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ผู้จัดการโครงการ และผู้ประสานงานโครงการ) และ อีก 13 คน คือ ผู้รับผิดชอบงานจาก สอวพ. และสำนักงานควบคุมโรค ต่อจากนั้นได้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเพื่อสรุปผลการทดลองใช้หลักสูตร ในวันที่ 21-25 ธันวาคม 2558 โดยผู้เข้าประชุมส่วนใหญ่คือผู้ที่ผ่านการอบรม TOT ข้างต้น ซึ่งในการประชุมครั้งนี้ทำให้ได้ข้อสรุปว่าหลักสูตรฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและเหมาะสมกับบริบทสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ประกอบไปด้วย 10 กิจกรรมการเรียนรู้ (10 modules) ใช้เวลาดำเนินการ 12 ชั่วโมง โดยอาจเลือกดำเนินการต่อเนื่องเต็มวัน ติดต่อกัน 2 วัน หรือ ครึ่งวันติดต่อกัน 3 วัน ขึ้นกับการออกแบบและความพร้อมของโรงพยาบาลนั้น ๆ

จากกระบวนการดำเนินงานในขั้นตอนเตรียมการข้างต้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การอบรมทีมวิทยากรจังหวัด (TOT) มีการเร่งรัดดำเนินการเร็วไป และดำเนินการก่อนที่จะหลักสูตรฉบับร่างที่มีการนำไปทดลองใช้จะสรุปผล ดังนั้น การอบรมเพื่อสร้างทีมวิทยากรระดับจังหวัดจึงอาจไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร และอาจส่งผลให้ผู้เข้าอบรมเกิดความสับสน และอาจไม่มั่นใจในการทำบทบาทของตนเอง (ดังข้อมูลเชิงคุณภาพที่ทีมวิจัยได้จากการสัมภาษณ์ทีมของจังหวัดซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะได้กล่าวถึงในผลวิจัยต่อไป)

1.2) การดำเนินการในปี พ.ศ. 2559 พบว่าการดำเนินงานเพื่อเตรียมการในช่วงแรกของปี พ.ศ. 2559 มุ่งไปที่การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมให้มีความสมบูรณ์ และการผลิตคู่มือที่ใช้ ซึ่งประกอบด้วย คู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ (เล่มสีชมพู 2559) และ คู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ (เล่มสีฟ้า 2559) อีกทั้งใน

ขณะเดียวกันระหว่างเดือนมีนาคม ถึง ตุลาคม 2559 สอวพ. อยู่ระหว่างการเร่งรัดดำเนินการเพื่อพัฒนา ศักยภาพของโรงพยาบาลและจังหวัดในการใช้เครื่องมืออีกชุดที่จะได้กล่าวถึงต่อไป คือ เครื่องมือประเมิน สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เพื่อประเมินให้ทราบสถานการณ์และเป็นข้อมูล นำเข้าสำหรับการจัดอบรมแก่บุคลากรของโรงพยาบาลต่อไป ดังนั้น จึงมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟู ความรู้ของวิทยากรจังหวัดอีกครั้ง ในวันที่ 17-18 พฤศจิกายน 2559 ซึ่งห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 ปี โดยผู้ เข้าอบรมส่วนใหญ่เป็นคนเดิมที่เคยได้รับการอบรม TOT ในครั้งแรก และในครั้งนี้ ถือเป็นโอกาสที่ทีมวิทยากร จังหวัดได้ร่วมกันนำข้อมูลสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติที่ได้จากการสำรวจข้อมูลก่อนการดำเนินงาน มาใช้วางแผนดำเนินการจัดอบรมในจังหวัดของตนเอง

2) การพัฒนาคู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการ สุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบมีคู่มือซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2559 โดยสำนัก โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (หรือ สอวพ. ซึ่งเป็นชื่อเดิมในขณะนั้น) จำนวน 2 เล่ม เพื่อใช้ สำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินงานของ 3 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ เชียงใหม่ ชลบุรี และ สงขลา ดังนี้

2.1) “คู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการ
สุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์” (เล่มสีฟ้า 2559) ทั้งนี้เพื่อให้ โรงพยาบาลที่สนใจพัฒนาการดำเนินงานในเรื่องนี้ได้ใช้เป็นกรอบแนวคิดและแนวทางการพัฒนางานได้อย่าง ประสบความสำเร็จ มีเนื้อหาจำแนกเป็น 3 บท ได้แก่ **บทที่ 1** บทนำ **บทที่ 2** กรอบมาตรการภาพรวมเพื่อบูรณาการ ยุติการเลือกปฏิบัติ **บทที่ 3** แนวทางเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การเลือกโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ กรอบแนวคิดการดำเนินงาน รายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ และการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ยังมี **ภาคผนวก** ที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับ กิจกรรมหลักและวัตถุประสงค์ แบบฟอร์มการรายงานผล การดำเนินงาน แบบฟอร์มสรุปผลการจัดกิจกรรม และแบบสอบถาม Baseline and Endline

2.2) “คู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถาน
บริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์” (เล่มสีชมพู 2559) สำหรับ ใช้เป็นแนวทางการจัดอบรมของทีมวิทยากร โดยคู่มืออธิบายถึงหลักสูตรพื้นฐานที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ เป็นเครื่องมือจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาลนำร่อง มีเนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ **ส่วนแรก** คือ **บทนำ** ซึ่งกล่าวถึงแนวคิดพื้นฐานที่ใช้ในการออกแบบการฝึกอบรม วัตถุประสงค์ของการ ฝึกอบรม และ องค์ประกอบ/ปัจจัยที่จะนำสู่ความสำเร็จและความท้าทาย **ส่วนที่สอง** กล่าวถึง **กิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรม** ซึ่งแต่ละกิจกรรมประกอบด้วยเนื้อหา ได้แก่ วัตถุประสงค์ ระยะเวลา การเตรียมการก่อนทำ กิจกรรม ขั้นตอนการทำกิจกรรม ประเด็นชวนคุย แนวทางการสรุป บทบาทผู้ดำเนินกระบวนการ และข้อพึง ระวัง และ ส่วนที่สาม คือ **ภาคผนวก** ประกอบด้วยเนื้อหา ได้แก่ สรุปหัวใจและขั้นตอนการเรียนรู้ในหลักสูตร แบบสอบถามก่อนและหลังทำกิจกรรม ชุดรูปภาพกิจกรรมประกอบในหลักสูตร และรายชื่อผู้ร่วมพัฒนา หลักสูตร

3) การพัฒนาเครื่องมือประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ

ปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

เนื่องจากเครื่องมือประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ได้มีการพัฒนาไว้แล้วโดยทีมวิจัยซึ่งนำโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 และต่อมาสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยผู้รับผิดชอบหลัก คือ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เกรียงไกร ศรีธนาวิบูลย์ ได้พัฒนาต่อจนเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการเฝ้าระวังสถานการณ์ของประเทศ ดังที่กล่าวข้างต้น ด้วยเหตุนี้ สอวพ. จึงสนใจนำเครื่องมือฉบับสั้น จำนวน 14 ข้อ มาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลเพื่อตอบคำถามว่า “ชุดการดำเนินงาน 3X4 สามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยหลัก 4 ประการที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพได้หรือไม่” และเมื่อพิจารณารายละเอียดข้อคำถามจากเครื่องมือดังกล่าว พบว่า เครื่องมือชุดที่ใช้ประเมินสถานการณ์ก่อนการดำเนินงาน (Baseline) สำหรับกลุ่มบุคลากร ต้องมีการเพิ่มคำถาม จำนวน 5 ข้อ เพื่อให้สามารถตอบคำถามการประเมินผลที่ตั้งไว้ได้เต็มตัวเครื่องมือน่าจะเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น และต่อมามีการเพิ่มอีก 1 ข้อ คำถามในเครื่องประเมินผลหลังดำเนินการ (Endline) นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มคำถามเกี่ยวกับกลุ่มประชากรหลักในเครื่องมือฉบับเต็มด้วย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อคำถามในเครื่องมือที่ปรับใหม่แล้ว พบว่ายังไม่มีข้อคำถามใดที่สะท้อนการประเมินปัจจัยด้าน “ความไม่ตระหนักหรือไม่รู้ที่กำลังตีตราและเลือกปฏิบัติ (Awareness of stigma)” ดังนั้น เครื่องมือชุดนี้ยังมีช่องว่างในการประเมินปัจจัยหลักในด้านนี้

ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือเพื่อปิดช่องว่างในการประเมินปัจจัยหลักเรื่องความไม่ตระหนักหรือไม่รู้ที่กำลังตีตราและเลือกปฏิบัติ (Awareness of stigma) แล้ว ทีมวิทยากร คือ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เกรียงไกร ศรีธนาวิบูลย์ และผู้รับผิดชอบงานจาก สอวพ. ได้เข้าพบเพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญและพัฒนาศักยภาพในการใช้เครื่องมือชุดนี้ แก่ทีมวิทยากรจังหวัดของ 3 จังหวัด ซึ่งจะดำเนินการอบรมโดยใช้หลักสูตร 10 กิจกรรม ใน 6 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงดาว และพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลหนองใหญ่ และพานทอง จังหวัดชลบุรี และโรงพยาบาลจะนะ และสทิงพระ จังหวัดสงขลา โดยเนื้อหาในการพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจประกอบด้วย รายละเอียดและองค์ประกอบของเครื่องมือ ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล รวมทั้งการเก็บรักษาความลับ โดยดำเนินการด้วยการลงพื้นที่จำนวน 6 ครั้ง ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง สิงหาคม 2559 (เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมีกำหนดการของการดำเนินงานที่แตกต่างกัน) ซึ่งภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินงาน (Baseline) เสร็จแล้ว แต่ละจังหวัดจะมีการประชุมทีมวิทยากรจังหวัดเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการดำเนินงานทันที

2.2.1.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในช่วงการเตรียมการ มีข้อมูลสนับสนุนว่า สอวพ. ได้ผลักดันให้มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ด้วยการเข้าพบเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการฯ แก่ผู้บริหารของจังหวัดทั้ง 3 จังหวัด

และผู้บริหารของโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 6 แห่ง ซึ่งหากดูจากวันเวลาที่ดำเนินการจะพบว่าเป็นวันเดียวกับการพัฒนาศักยภาพในการใช้เครื่องมือประเมินสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าอาจจะเป็นเพียงแค่การ “ขายไอเดีย” ตามกรอบมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน (ซึ่งต่อมาได้ถูกรวบรวมและพัฒนาเป็นคู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ เล่มสี่ฟ้า และเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2559) แต่อาจจะยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้บริหารทั้งสองระดับตระหนักและเห็นความสำคัญในการเข้าร่วมโครงการได้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะผู้บริหารของโรงพยาบาลเนื่องจากยังไม่ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินงาน (Baseline) ด้วยเครื่องมือประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ จึงยังไม่เห็นข้อมูลซึ่งเป็นสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริงในโรงพยาบาลของตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 6 แห่งมีทีมคนทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ ที่เข้มแข็งจนได้รับความไว้วางใจจากผู้บริหารเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว จึงอาจทำให้ทุกแห่งตัดสินใจเข้าร่วมโครงการได้ไม่ยาก สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานหลักของโรงพยาบาลนำร่องสองแห่งที่ดำเนินการโดยใช้หลักสูตรฯ 10 กิจกรรม คือ โรงพยาบาลจะนะ และโรงพยาบาลเชียงดาว พบว่า เบื้องต้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลตัดสินใจให้เข้าร่วมโครงการฯ เพราะความเชื่อมั่นในทีมดำเนินงานเป็นหลัก และหลังจากมีการประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ในโรงพยาบาลแล้ว ทีมดำเนินงานได้มีการนำเสนอข้อมูลที่สะท้อนภาพปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ ที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ของบุคลากรและผู้รับบริการ ต่อผู้บริหารอีกครั้ง ทำให้ผู้บริหารมองเห็นความสำคัญและยินดีให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการมากขึ้น

2.1.2 ขั้นตอนการโครงการ (Implementation process)

ในปี พ.ศ. 2560 ชุดดำเนินงานเพื่อสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ 3*4 PACKAGE ได้เริ่มดำเนินการในพื้นที่นำร่อง ใน 3 จังหวัด ประกอบด้วยโรงพยาบาลในระดับอำเภอ จำนวน 6 โรงพยาบาล คือ จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงดาว และโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดชลบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลหนองใหญ่ และโรงพยาบาลพานทอง และ จังหวัดสงขลา ได้แก่ โรงพยาบาลจะนะ และโรงพยาบาลสติงพระ โดยมีการดำเนินงานในมาตรการระดับต่าง ๆ ดังนี้

2.2.2.1 การดำเนินงานในส่วนของมาตรการระดับบุคคล ด้วยการ

ดำเนินการจัดอบรมแก่บุคลากรของโรงพยาบาลด้วยหลักสูตรเต็มรูปแบบ 10 กิจกรรม จำนวน 12 ชั่วโมง ตามคู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ (เล่มสี่ชมพู 2559) ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2560 โดยใช้ทีมวิทยากรของจังหวัดเป็นหลักและมีทีมวิทยากรจากส่วนกลางเข้าร่วมด้วยในบางแห่ง ผลการดำเนินงานพบว่าการจัดอบรมจำนวน 19 ครั้ง ใน 6 โรงพยาบาล ๆ ละ 2-5 ครั้ง ให้แก่บุคลากร 665 คน จากบุคลากรทั้งหมดที่มีอยู่รวม 1,272 คน คิดเป็นความครอบคลุมเฉลี่ยร้อยละ 52.3 (ร้อยละ 39.5 – 65.2) ซึ่งในภาพรวมถือว่าทำได้สำเร็จตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ (เล่มสี่ฟ้า 2559) ที่ระบุว่าการสร้างการเปลี่ยนแปลงระดับองค์กรจะ

เกิดขึ้นได้นั้นควรมีจำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรมฯ อย่างครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลนาร่องทั้ง 6 แห่ง ซึ่งรวบรวมโดย สอวพ. ผู้วิจัยพบข้อสังเกตบางประการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรมของโรงพยาบาล นาร่อง ดังนี้

1) ในการอบรมแต่ละครั้งมีผู้เข้ารับการอบรม 25 – 48 คน ขึ้นกับ จำนวนบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาล แต่พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ จำนวน 4 แห่ง มีจำนวนผู้เข้ารับการ อบรมในแต่ละครั้งมากกว่า 30 คน ซึ่งมากกว่าจำนวนตามที่กำหนดไว้ในคู่มือการจัดอบรม จึงอาจทำให้เกิด ข้อจำกัดในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ดังที่ระบุไว้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของ หลักสูตรนี้

2) ในแบบฟอร์มสรุปผลการจัดกิจกรรม ตามภาคผนวก 2 และ 3 ในคู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอช ไอวี/เอดส์” (เล่มสี่ฟ้า 2559) ซึ่ง สอวพ. กำหนดให้โรงพยาบาลนาร่องมีการรายงานหลังดำเนินการ พบว่า ไม่ได้ระบุให้มีการรายงานรายละเอียดของผู้เข้าร่วมอบรมไว้อย่างชัดเจนว่าประกอบด้วยใครบ้าง ทำให้ขาด ข้อมูล สัดส่วนของบุคลากรในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมอบรมแต่ละครั้ง รวมถึงขาดข้อมูลจำนวนตัวแทนจากภาค ประชาสังคมที่เข้าร่วมการอบรม จึงไม่สามารถประเมินได้ว่ามีผู้เข้ารับการอบรมที่กระจายอย่างครอบคลุมทั้ง “บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้มีเชื้อเอชไอวีทั้งโดยตรงและโดยอ้อม” ตามที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างน้อยเพียงใดและ เหมาะสมหรือไม่

2.2.2.2 การดำเนินงานในส่วนของการเชิงโครงสร้าง

ในช่วงการดำเนินงานระยะแรก (พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2560) พบการดำเนินงานตามมาตรการเชิง โครงสร้างเพื่อจัด/ปรับระบบบริการสุขภาพ ในระดับต่าง ๆ ดังนี้

1) การสร้างทีมวิทยากรจังหวัด หรือ Champion Team ซึ่งแม้ว่า ทีมทำงานชุดนี้จะไม่มีอยู่ในโครงสร้างที่ชัดเจนทั้งในระดับจังหวัดและในระดับโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ในคู่มือการดำเนินงานฯ ไม่ได้มีการกำหนดกิจกรรมนี้อยู่ภายใต้มาตรการเชิงโครงสร้าง แต่จากการทบทวน เอกสารและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ผู้วิจัยเห็นว่าทีมทำงานชุดนี้เป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากใน การผลักดัน สนับสนุน ขับเคลื่อน และติดตามกำกับกับการดำเนินงานในกิจกรรมหลัก ๆ ที่ถูกกำหนดไว้ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล Baseline และ Endline การจัดทำแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล การจัดประชุม กรณีศึกษาเพื่อปรับปรุงระบบบริการ/การทำงาน การกำหนดแนวปฏิบัติเรื่องเอดส์ในที่ทำงานและการ ให้บริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึงการประชุมทีมเป็นประจำ

2) การรวบรวมข้อมูล Baseline และ Endline ดังที่ได้กล่าว รายละเอียดบางส่วนไว้แล้วในการพัฒนาเครื่องมือ ดังข้างต้น ทั้งนี้พบว่าทั้ง 6 โรงพยาบาลได้มีการรวบรวม ข้อมูลทั้งสองครั้งไว้อย่างครบถ้วนตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ และมีการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลการ ดำเนินงานของตนเองว่าสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่ตั้งไว้หรือไม่

3) ส่วนกลางร่วมกับสำนักงานควบคุมโรค และสำนักงาน

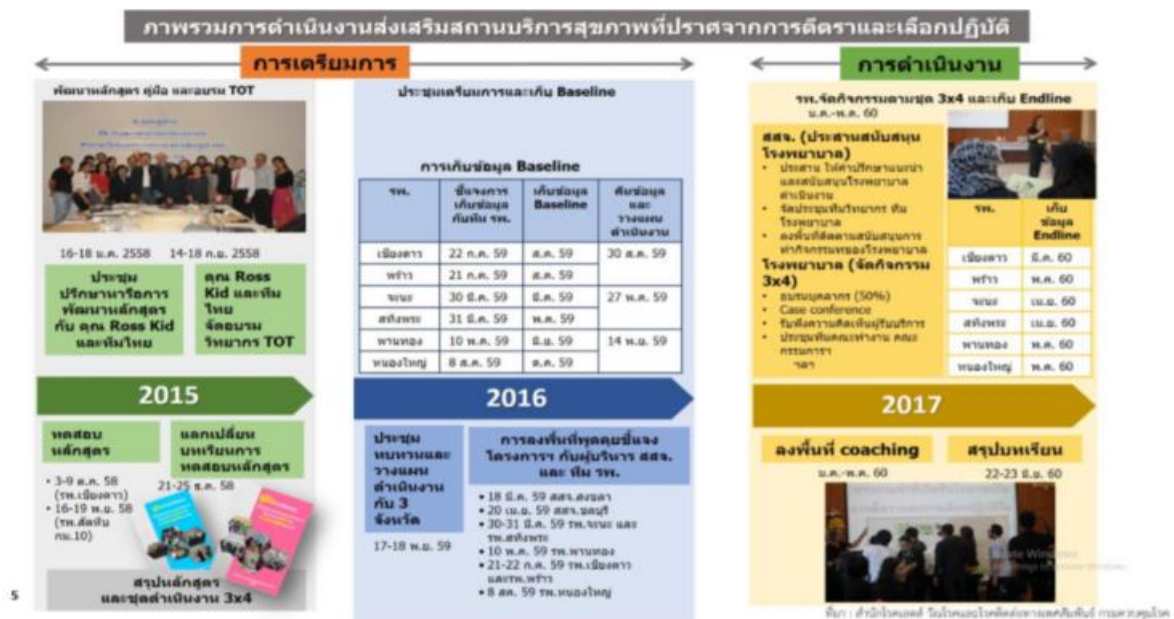
สาธารณสุขจังหวัด และทีมวิทยากร/ชมเปี่ยนของจังหวัด ได้มีการผลักดัน สนับสนุน/หนุนเสริม และดำเนินการโค้ชการดำเนินงานในสถานการณ์จริงให้แก่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้เกิดการจัดทำแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล การจัดประชุมกรณีศึกษาเพื่อปรับปรุงระบบบริการ/การทำงาน รวมทั้งการกำหนดแนวปฏิบัติเรื่องเอตส์ในที่ทำงานและการให้บริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ

4) ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2560 สอวพ. ได้

จัดการประชุมเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 6 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวมทั้งสำนักงานควบคุมโรคที่เกี่ยวข้อง ระหว่างวันที่ 22-23 มิถุนายน 2560 ซึ่งผู้วิจัยมองว่าเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สำคัญตามหลักการของ Participatory learning นำไปสู่การพัฒนาการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป ถือเป็นการสร้างขวัญ กำลังใจ และความยึดมั่นผูกพันในงานที่มีการปฏิบัติแล้วมองเห็นคุณค่าและการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังทำให้ได้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ด้วยการเผยแพร่เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมของโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

ทั้งนี้การดำเนินงานในขั้นเตรียมการและขั้นดำเนินงานในช่วง 3 ปีแรก คือ ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2560 ของโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3x4 (3*4 PACKAGE) ซึ่งดำเนินการในโรงพยาบาลนำร่อง 6 แห่ง สามารถสรุปเป็นภาพรวมได้ ดังในรูปที่ 7

รูปที่ 7 พัฒนาการของโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3x4 (3*4 PACKAGE)



2.1.3 การประเมินผลการดำเนินงาน

สอวพ. ได้สรุปผลที่พบจากการประเมินผลการดำเนินงานในช่วง 3 ปีแรกของการดำเนินงาน คือ ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2560 ในโรงพยาบาลนาร่อง 6 แห่ง ดังนี้

1) จากการใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อตอบคำถามว่า “การดำเนินงานโครงการฯ สามารถตอบได้หรือไม่ว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยหลัก 4 ประการที่ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ” โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติก่อนการดำเนินงาน (baseline) และหลังการดำเนินงาน (endline) จากการสำรวจในบุคลากรของโรงพยาบาลนาร่องทั้ง 6 แห่ง ซึ่งพบว่าการลดลงอย่างเห็นได้ชัดหลังการดำเนินงานเมื่อเทียบกับก่อนการดำเนินงาน โดยคะแนนในภาพรวมของทั้ง 6 โรงพยาบาล พบว่า บุคลากรมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี การใช้อุปกรณ์ป้องกันเกินความจำเป็น และทัศนคติด้านลบ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 93.18, 108.93, 125.41, p = 0.000$ ตามลำดับ) นอกจากนี้พบว่าสถานการณ์ปฏิบัติที่สะท้อนถึงการตีตราและเลือกปฏิบัติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน ($\chi^2 = 3.64, p = 0.032$) ทั้งนี้การดำเนินงานในชุดเต็มรูปแบบ 10 กิจกรรม มีจุดเด่น คือ เป็นการดำเนินการที่เต็มรูปแบบจึงมีเวลาในการพัฒนาทักษะเชิงลึกแก่บุคลากร อีกทั้งเอื้อให้แกนนำและภาคประชาสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ และที่สำคัญคือมีการ coaching อย่างใกล้ชิดของวิทยากรระดับประเทศจากส่วนกลาง แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของสุรเดช ดวงทิพย์ และคณะ (2561) พบว่าการจัดอบรมในหลักสูตรเต็มรูปแบบ 10 กิจกรรม จำนวน 12 ชั่วโมง ซึ่งดำเนินภายใต้โครงการในช่วงแรกนี้มีต้นทุนเฉลี่ย คือ 2,186 บาท/เจ้าหน้าที่ 1 คน ซึ่งถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง

2) ในรายงานการดำเนินงานของ สอวพ. ดังข้างต้นไม่ได้แสดงผลของการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเพื่อตอบคำถามข้อ ที่ 2 คือ **“กิจกรรมในชุดดำเนินงานเพื่อสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ 3*4 PACKAGE ได้ผลหรือไม่ อย่างไร”** ไว้อย่างชัดเจน แต่มีการนำเสนอถึงบทเรียนสำคัญที่พบจากการดำเนินงานไว้ สรุปได้ ดังนี้

2.1) เกิดการเปลี่ยนแปลงของมาตรการเชิงโครงสร้าง เช่น

- มีการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารในระดับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

- เกิดกลไกการประสานงานในระดับจังหวัด เช่น เกิดทีม

วิทยากร/ทีมแชมป์เปี้ยนในระดับจังหวัด

- มีการใช้ข้อมูลจากการประเมินสถานการณ์การตีตรา

และเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ และการประชุมระดมสมองในการอบรม เพื่อพัฒนาให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติในการทำงาน รวมถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อลดปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมาคลอด การทบทวนแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ Universal precaution งดการใช้รหัสที่ระบุว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ฯลฯ เป็นต้น

2.2) เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้น เช่น

บริการที่เป็นมิตร บริการที่มีความรวดเร็ว บริการที่ไม่เลือกปฏิบัติในการจัดคิว ฯลฯ เป็นต้น

2.3) ทีมวิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมเห็นการเปลี่ยนแปลงและประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งวิธีคิด ทักษะ และวิธีการปฏิบัติในการให้บริการเพื่อไม่ให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

2.3 การดำเนินโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ในระยะที่สอง (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561)

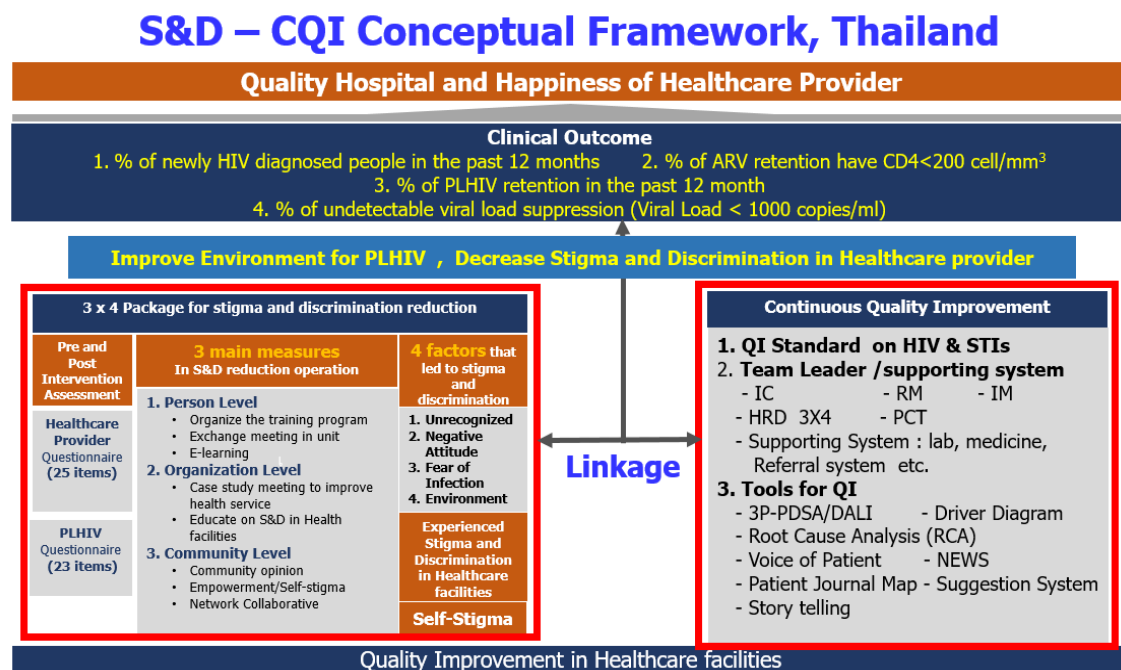
โครงการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในระยะที่สอง ดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561) ซึ่งในเอกสารหลักฐานบางแห่งมีการเรียกการดำเนินงานในระยะนี้ว่าเป็น **“ระยะขยายผล”** (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2562) เนื่องจากการขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมโรงพยาบาลจำนวนมากขึ้น โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ตั้งเป้าหมายให้มีการดำเนินงานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 แห่ง ต่อ 1 เขตความรับผิดชอบของสำนักงานควบคุมโรค แต่มีโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมโครงการมากกว่าจำนวนเป้าหมายที่ตั้งไว้จำนวนมาก โดยครั้งแรกมีโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมทั้งสิ้น 50 โรงพยาบาล แต่ภายหลังขอลถอนตัว 2 โรงพยาบาล ทำให้เหลือโรงพยาบาลที่ดำเนินงานจริงจำนวน 48 แห่ง เป็นโรงพยาบาลนำร่องเดิม จำนวน 4 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลใหม่ จำนวน 44 โรงพยาบาล กระจายอยู่ใน 16 จังหวัด ภายใต้อำเภอ 11 เขตความรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต ยกเว้นเพียงเขตเดียวที่ยังไม่มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ คือ เขต 2

สำหรับโรงพยาบาล 48 แห่งที่เข้าร่วมโครงการในระยะขยายผลนี้ ประกอบด้วยโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 45 โรงพยาบาล จำแนกเป็นโรงพยาบาลระดับศูนย์และทั่วไป 14 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลชุมชน 31 โรงพยาบาล ที่เหลือเป็นโรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม จำนวน 1 โรงพยาบาล

การดำเนินการในระยะที่สองนี้ โครงการมีการปรับเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น **“โครงการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก”** เนื่องจากมีความพยายามในการพัฒนาให้เชื่อมโยงกับกระบวนการคุณภาพ (CQI) อีกทั้งมีการปรับหลักสูตรที่ใช้ในการอบรมใหม่ให้มีความกระชับและเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยปรับลดจาก 10 กิจกรรม จำนวน 12 ชั่วโมง ซึ่งใช้เวลาดำเนินการ 2 วัน เหลือ 5 กิจกรรม จำนวน 6 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน ซึ่งจากผลการสัมภาษณ์ผู้พัฒนานโยบายนี้และการได้มีส่วนร่วมในเวทีประชุมระหว่างผู้เกี่ยวข้องหลักในส่วนกลาง (Key stakeholders) ผู้วิจัยสังเกตพบว่าการพัฒนารอบแนวคิดเพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานของสองแนวคิดนี้ ยังมีความเข้าใจและมุมมองที่แตกต่างกัน โดยมีสองมุมมองหลัก คือ “ใช้กระบวนการ CQI เพื่อเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน S&D” และ “การผสมผสาน (integrate) CQI เข้าไปในมาตรการ 3X4”

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู ซึ่งย้ายจากโรงพยาบาลในจังหวัดแม่ฮ่องสอนเข้ามาดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ชื่อขณะนั้น) และเป็นหัวหน้ากลุ่มพัฒนาการดูแลรักษาเอชไอวีและเอดส์ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2560 จึงเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลการดำเนินงานโครงการฯ ในระยะที่สองนี้ ซึ่งแพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู ถือว่าเป็นบุคคลสำคัญในการผลักดันให้มีการขยายกรอบแนวคิดของโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (ดังรูป ที่ 5) ให้มีความเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพ คือ CQI ดังกรอบแนวคิดใหม่ในรูปที่ 8

รูปที่ 8 กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก



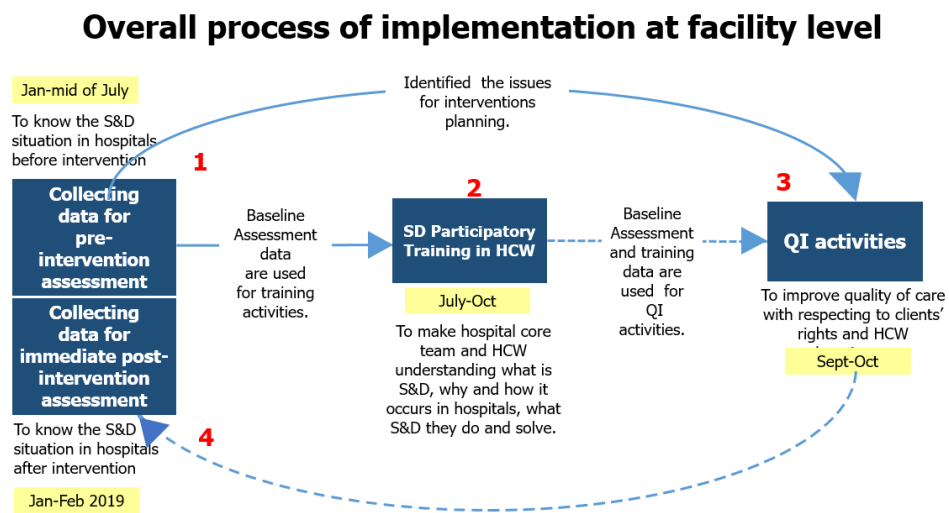
ที่มา: แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู (14 มกราคม 2561)

จากกรอบแนวคิดในรูปที่ 8 แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู อธิบายว่าการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเป็นส่วนสำคัญในการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเห็นความสำคัญในเรื่องนี้มาก แต่เกิดคำถามกับตัวเองขึ้นว่าโครงการฯ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 หากทำต่อไปเรื่อย ๆ จะไปถึงไหน ทำแล้วจะเกิดผลลัพธ์อะไร และควรจะทำอย่างไร “**เพื่อไม่ให้ S&D ตาย และยังคงอยู่ในระบบ**” จากการหาคำตอบในเรื่องนี้ทำให้พบว่าขณะนั้นมีการขับเคลื่อนกระบวนการรับรองคุณภาพบริการรายโรค/เฉพาะโรค หรือ Disease Specific Certification (DSC) เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานรับรองคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ซึ่งศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐด้านสาธารณสุข หรือ Thailand MOPH – U.S. CDC Collaboration (TUC) ก็อยู่ระหว่างการดำเนินการเพื่อพัฒนาและหนุนเสริมระบบบริการดูแลรักษาเอชไอวีไปบนแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อการรับรองคุณภาพบริการรายโรค (DSC) นี้ ซึ่งแพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู มีความเห็นว่า การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นเรื่องเดียวกัน ด้วยเหตุนี้

จึงคิดว่าทางออกในการแก้ปัญหาเพื่อให้ S&D ยังคงอยู่ในระบบ คือ ต้องผลักดันเรื่องนี้ เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ก่อนเริ่มดำเนินโครงการในระยะที่สองจึงได้มีการปรับกรอบแนวคิดของโครงการใหม่เพื่อให้ชุดการดำเนินงาน 3X4 เดิม มีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (Quality Continuous Improvement: CQI) โดย CQI จะช่วยให้การดำเนินการในชุดการดำเนินงาน 3X4 เพื่อลด S&D ในสถานบริการสุขภาพ ไม่หยุดนิ่ง หรือ “ตาย” หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการอบรม แต่เกิดการหมุนวงล้อต่อ “เพื่อให้ S&D หมุนอยู่ในงาน” อันจะนำไปสู่การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ลดและป้องกันการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม คือ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Clinical outcomes) ที่พึงประสงค์ และส่งผลต่อคุณภาพของโรงพยาบาลรวมทั้งความสุขของผู้ให้บริการ (Quality Hospital and Happiness of Healthcare Provider) ตามมาในที่สุด ดังนั้น ชุดการดำเนินงาน 3X4 เพื่อลด S&D ในสถานบริการสุขภาพ จึงน่าจะเป็นกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพและสร้างสุขของคนทำงานไปพร้อม ๆ กัน

แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู มีความเห็นต่อว่า การปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดครั้งนี้เน้นการใช้ CQI เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการทำงาน S&D หรือ “ใช้ CQI เพื่อ Drive งานให้ work” ไม่ใช่การผสมผสาน (integrate) CQI เข้าไปในมาตรการ 3X4 หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ เป็นการนำกระบวนการ CQI ที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่แล้ว มาใช้ในการแก้ไขปัญหา S&D ที่วิเคราะห์ได้จากการดำเนินงานตามมาตรการ 3x4 หรือ งาน S&D เป็นโจทย์หนึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลนั่นเอง ดังนั้น จากกรอบแนวคิดหลักของประเทศในรูปที่ 8 เมื่อนำมาตรการนี้ไปใช้จริงในระดับของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะมีกระบวนการดำเนินงานตาม 4 ขั้นตอนในรูปที่ 9 โดยใน**ขั้นตอนแรก**แต่ละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จะเริ่มจากประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลของตนเองโดยประเมินจากการรับรู้ของทั้งบุคลากรและผู้ป่วยที่ได้รับบริการการดูแลสุขภาพด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งเป็นการประเมินก่อนดำเนินงานโครงการ (Baseline) จากนั้นใช้ผลการประเมินเพื่อวางแผนดำเนินการจัดอบรม **ขั้นตอนที่สอง** คือ การจัดอบรมแบบมีส่วนร่วมให้แก่บุคลากรโดยใช้หลักสูตร ชุด 5 กิจกรรม ซึ่งผลจากการทำกิจกรรมกลุ่ม อาจได้ข้อมูลจากการการวิเคราะห์รูปแบบและสาเหตุการตีตราที่พบร่วมกับผลการประเมิน Baseline เพื่อนำไปเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (QI activities) ใน**ขั้นตอนที่สาม**ในทางอ้อมได้ ซึ่งผลการประเมิน Baseline ก็ยังส่งผลโดยตรงต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพใน**ขั้นตอนที่สาม** คือ ทำให้ทราบปัญหาและสามารถหาวิธีวางแผนจัดการที่เหมาะสม ส่วน**ขั้นตอนที่สี่** เป็นวงจรย้อนกลับไปที่ขั้นตอนแรกในกรณีที่เมื่อดำเนินการตามแผนที่วางไว้ใน**ขั้นตอนที่สาม**แล้วยังพบปัญหาอยู่ ทั้งนี้เพื่อทบทวนว่าปัญหาที่มีมีการประเมินและวิเคราะห์ไว้ในครั้งแรกถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์หรือไม่ เพื่อดำเนินการใน**ขั้นตอนที่ 2** และ **3** ใหม่เป็นวงจรหมุนวนไปเรื่อยๆ โดยในรูปที่ 9 ได้แสดงให้เห็นถึงกรอบระยะเวลาของการดำเนินงานสำหรับปีงบประมาณ 2561 ในโรงพยาบาลขยายผล 48 แห่ง แต่พบว่าในการดำเนินงานจริงไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่วางไว้เนื่องจากติดขัดในหลายประการ ทั้งความพร้อมของทีมวิทยากร และความพร้อมของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

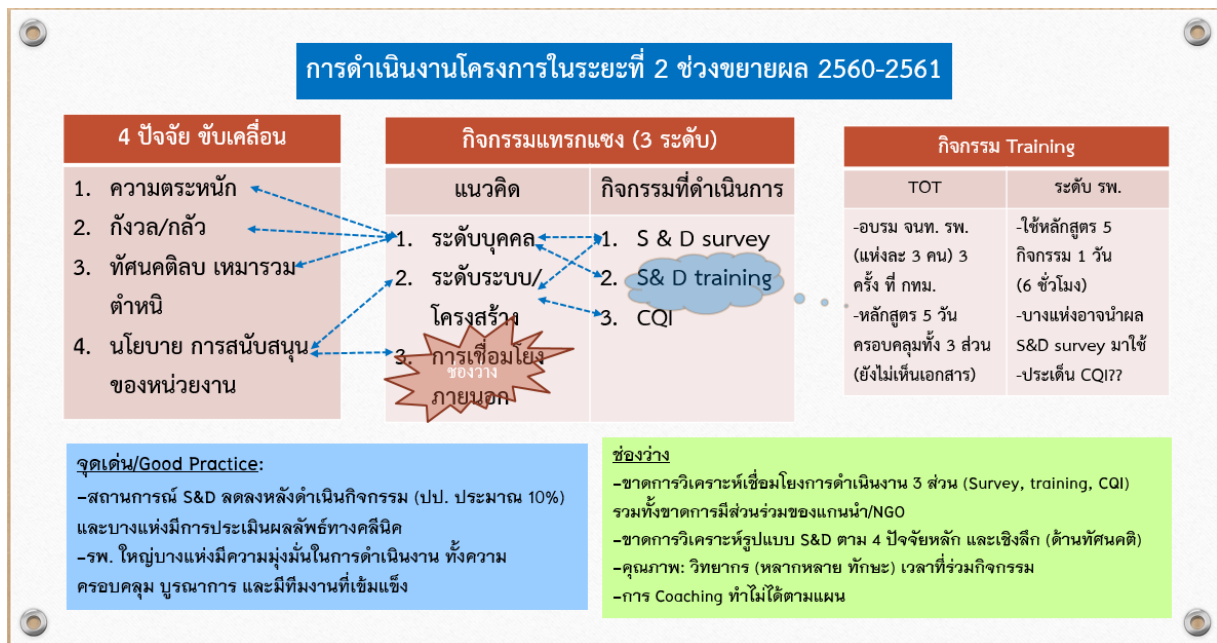
รูปที่ 9 กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักในระดับโรงพยาบาล



ที่มา: แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู (14 มกราคม 2561)

สำหรับการดำเนินงานในระยะที่ 2 ช่วงขยายผล ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2561 แม้จะใช้หลักสูตรชุดการดำเนินงานที่ถูกปรับใหม่ให้เหลือ 5 กิจกรรม (จำนวน 6 ชั่วโมง) ซึ่งสั้นลงกว่าหลักสูตรเต็มรูปแบบถึง 6 ชั่วโมง แต่ก็พบว่ามีความโดดเด่นหลายประการ เช่น ในภาพรวมพบว่าสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติลดลงจากก่อนดำเนินโครงการประมาณร้อยละ 10 มีการเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพ เช่น CQI อีกทั้งโรงพยาบาลใหญ่บางแห่งมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานทั้งในแง่ความครอบคลุม การบูรณาการ และทีมงานที่เข้มแข็ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกบางประการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปในทิศทางที่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตามชุดการดำเนินงานแบบสั้นนี้ทำให้เกิดช่องว่างหลายประการ ได้แก่ ขาดการวิเคราะห์เชื่อมโยงการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ขาดการวิเคราะห์ 4 ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทำให้อาจไม่เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงซึ่งทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของตนเอง อีกทั้งมีข้อจำกัดเรื่องคุณภาพของการดำเนินงานตามชุดดำเนินงาน โดยเฉพาะในการจัดอบรมให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลที่มีการใช้วิทยากรที่มีความหลากหลายซึ่งอาจยังไม่มีความชำนาญและทักษะในการถ่ายทอดแต่ละชุดกิจกรรมได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญคือขาดการ coaching จากวิทยากรในระดับประเทศและระดับจังหวัด รายละเอียดดังการสรุปในรูปที่ 10

รูปที่ 10 สรุปภาพรวมผลการดำเนินงานเพื่อสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3X4 ของโรงพยาบาล 48 แห่ง ในระยะที่ 2 ช่วงขยายผล ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2561



สำหรับมุมมองว่าโครงการในระยะขยายผล “เป็นการผสมผสาน (integrate) CQI เข้าไปในมาตรการ 3X4” คือ ผสมผสานเข้าไปเป็นเนื้อเดียวกันกับมาตรการ 3X4 ในทุกขั้นตอน นั้น เป็นมุมมองของผู้เกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวแทนจาก TUC อย่างไรก็ตาม ในเบื้องต้นไม่ได้ระบุกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลจากองค์กรนี้ ผู้วิจัยจึงไม่มีโอกาสสัมภาษณ์ความคิดเห็นในรายละเอียด

นอกจากการสัมภาษณ์แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู ดังข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อหาความชัดเจนในเรื่องนี้ พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่อาจสะท้อนช่องว่างในการเชื่อมโยงแนวคิด CQI กับมาตรการ 3X4 เช่น พบว่าในคู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ 5 กิจกรรม (2561) ของ สอวพ. ไม่ได้มีการกล่าวถึงแนวคิด CQI แต่อย่างใด พบเพียงตารางการอบรม TOT โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงเทพมหานครช่วงกลางปี 2561 ซึ่งมีการเชิญวิทยากรมาพูดเรื่อง CQI เป็นประเด็นที่เพิ่มเติมจากการอบรมเนื้อหาของ 5 กิจกรรม ดังนั้น ช่องว่างในการเชื่อมโยงแนวคิด CQI กับ มาตรการ 3X4 จึงพบได้ทั้งในระดับนโยบายของส่วนกลางและการนำลงสู่การปฏิบัติที่จะกล่าวถึงต่อไปในการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องจากระดับโรงพยาบาล

2.4 การดำเนินการในระยะที่สาม (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มี เป็นการดำเนินงานที่ต่อเนื่องจากงบประมาณ พ.ศ. 2561 โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการตั้งเป้าหมายขยายการดำเนินงานให้ได้ครบทุกจังหวัด อย่างน้อยจังหวัดละ 1 โรงพยาบาล พบว่ามีโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 61 แห่ง ในเกือบทุกจังหวัดจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าว พบว่ายังขาดการติดตามประเมินผลมาตรการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ที่จะสะท้อนให้เห็นพัฒนาการ ภาพความสำเร็จ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

และปัญหาอุปสรรค/ความท้าทาย จากการดำเนินงานที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในระยะนี้ไม่ได้อยู่ในขอบเขตของการประเมินในครั้งนี้ จึงไม่ได้มีการนำเสนอผลการดำเนินงานในรายละเอียด

ข. กระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4: ทักษะของผู้พัฒนาหลักสูตร และ/หรือ วิทยากรจากส่วนกลาง

นอกจากข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายจากส่วนกลาง และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ของการดำเนินงานโครงการในระยะต้นแล้ว ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ผู้พัฒนาหลักสูตร และ/หรือวิทยากรจากส่วนกลาง จำนวน 3 คน คือ คุณนิวัตร สุวรรณพัฒนา นักวิชาการอิสระ คุณจารุณี ศิริพันธุ์ นักวิชาการอิสระ และคุณปาริชาติ จันทร์จรัส นักวิชาการจาก สอวพ. ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) มาตั้งแต่ต้น ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ผลการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสรุปข้อมูลเป็นระยะของการดำเนินการ 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะทดลองและปรับปรุง และระยะขยายผล มีรายละเอียดดังนี้

ระยะเริ่มต้น จากการติดตามสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติโดยได้ข้อมูลจากเครื่องมือ Stigma Index ที่พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มนักวิชาการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากต่างประเทศ ตั้งแต่ปี 2009 (2552) และมีทีมร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการอิสระ NGO ภาคประชาสังคม จนได้มาเป็น Nation stigma survey ที่ดำเนินการเก็บข้อมูลสถานการณ์ทุก 2 ปี ทำให้เห็นว่า สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสังคมและสถานบริการสุขภาพส่งผลกระทบต่อเป้าหมายการแก้ปัญหาโรคเอดส์ จึงนำมาสู่นโยบายการพัฒนาโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ (3x4 Participatory training) เมื่อประมาณปี 2557 ซึ่งตอนนั้นยังไม่ได้ใช้ชื่อการดำเนินแบบนี้ กองโรคเอดส์ขณะนั้นเป็นสำนักโรคเอดส์ ได้วางแผนทำโครงการร่วมกับทาง InformAsia ที่เป็นองค์กรต่างประเทศซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่ที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทางสหรัฐอเมริกาแต่งตั้งคณะทำงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยเริ่มจากการแปลหลักสูตรการดำเนินงานต้นฉบับของต่างประเทศ ซึ่งเป็นหลักสูตรที่เคยดำเนินการในโซนเอเชียที่เวียดนาม หลังจากแปลหลักสูตรได้มีการนัดประชุมคณะทำงานที่ประกอบไปด้วยหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ NGO นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญเพื่อร่วมกับวิเคราะห์หลักสูตร เชื่อมโยงแนวคิดไปสู่ภาพการให้บริการที่มีอยู่จริงในระบบของประเทศไทย จากแนวคิดหลักของหลักสูตรเป็นการสร้างให้ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลเห็นปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติและทำให้ทุกคนเห็นว่าทุกจุดของโรงพยาบาลมีส่วนที่จะได้พบเจอกับผู้ป่วยเอชไอวี และมีส่วนที่จะเกี่ยวข้องกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อยังไม่เข้ามารับบริการ หรือหายไปไม่มารับบริการต่อเนื่อง ทำให้เกิดปัญหาตามมาทั้งเรื่องสุขภาพของเขาเองและการรักษา ทั้งนี้ แนวคิดได้กล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัตินั้นเกิดจาก 4 ปัจจัยหลักคือ 1) ความตระหนัก/ความไม่รู้ 2) ทักษะ 3) ความกลัว/ความกังวล และ 4) สภาพแวดล้อมใน

การทำงาน โดยหลักสูตรต้นฉบับนั้นประกอบด้วย 22 กิจกรรม (Global toolkits) ที่มีกระบวนการจัดการกับ 4 ตัวหลัก การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักสูตรของทีม ร่วมกับคำแนะนำของอ.ที่ปรึกษาคือ Dr. Lora จึงคัดเลือกเหลือ 12 กิจกรรมในเบื้องต้น โดยเป็นกระบวนการของหลักสูตรทำให้ผู้ให้บริการรับรู้ได้ว่า รูปแบบของการเกิด stigma มีได้หลายรูปแบบทั้งกิริยาท่าทางการพูดจาหรือการจัดบริการต่างๆ และวิธีการที่จะดำเนินการก็คือการปรับแก้ 4 ปัจจัยหลักนี้ เมื่อได้วิเคราะห์ไปถึงเครื่องมือประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติก็จะพบว่ามีความสอดคล้องกัน

ระยะทดลองและปรับปรุง การทดลองใช้หลักสูตรเพื่อทดสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ให้บริการได้ดำเนินการที่โรงพยาบาลเชียงดาว โดยคัดเลือกจากความพร้อมและความสนใจของทีมงานโรงพยาบาล โดยการจัดอบรมให้กับผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผลจากการทดลองใช้นั้นทำให้มีการสังเคราะห์กิจกรรมจาก 12 กิจกรรมให้เหลือ 9 กิจกรรม และเพิ่มกิจกรรมอีก 1 กิจกรรมที่ไม่มีในหลักสูตรต่างประเทศเข้าไปในกิจกรรมสุดท้าย โดยเป็นกิจกรรมสะท้อนบทเรียนที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ให้ผู้เข้าอบรมแต่ละคนสรุปการเรียนรู้วางแผนการปรับเปลี่ยนตัวเอง และวางแผนการผลักดันเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบการให้บริการของหน่วยงาน/โรงพยาบาลเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ จึงเป็นที่มาของหลักสูตรรูปแบบ 10 กิจกรรม สารของกิจกรรม ขั้นตอนที่ 1 จะเน้นให้ผู้ให้บริการได้รู้จัก form ของ stigma ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไรบ้าง ขั้นตอนที่ 2 คือชวนให้ผู้ให้บริการเห็นว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่นำไปสู่ stigma ซึ่งมีอยู่ 4 ตัว จากทัศนคติ จากความกลัว จากความไม่ตระหนักและมาจากนโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อม ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้ให้บริการได้เห็นว่าจะมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างไรได้บ้าง เช่น ถ้ามีความกลัวในการให้บริการ สามารถใช้หลัก UP หรือการใช้หลัก human right เข้ามาพิจารณา ตัวอย่างเช่น จะรักษาความลับเขาได้อย่างไร จะให้เขาร่วมในการตัดสินใจในชีวิตเขาได้อย่างไร แล้วขั้นตอนที่ 4 นำมาสู่การทำให้เห็นว่าหาทางออกในการแก้ปัญหาได้อย่างไรบ้าง โดยมีการให้คำแนะนำหลักการ และให้ทดลองฝึกปฏิบัติกับกรณีตัวอย่าง สำหรับการดำเนินงานเพื่อทดลองใช้หลักสูตรภายหลังการปรับปรุง กองโรคเอดส์วางแผนการทดลองใช้ด้วยการประชุมประชาสัมพันธ์หลักสูตรภายใต้กรอบพื้นที่ 5 ภูมิภาค มีการพูดคุยกับสคร. สสจ. เพื่อพิจารณาความพร้อมของพื้นที่ที่มีการวางโครงสร้างของทีมพื้นที่ให้มีทีม Champion ที่ประกอบไปด้วยผู้รับผิดชอบงานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน มีบทบาทเป็นผู้ประสานงานดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล 2 คน มีบทบาทในการเชื่อมกับระบบของโรงพยาบาล และทีมของชุมชน 2 คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อหรือเป็นเอ็นจีโอ โดยได้พื้นที่เข้าร่วมใน 3 จังหวัด 6 อำเภอ 6 โรงพยาบาลชุมชน คือ โรงพยาบาลเชียงดาว โรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลสะทิงพระ โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี ผลการดำเนินงานใช้การเก็บข้อมูล baseline และ end line ด้วย stigma index survey ส่วนของการประเมินผู้ให้บริการ พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยหลักที่ดีขึ้น สำหรับปัญหาการดำเนินโครงการพบ 3 โรงพยาบาลไม่มีการดำเนินการด้วยรูปแบบ ทีม champion แต่เป็นการดำเนินการด้วยผู้รับผิดชอบงานเอดส์ 1-2 คน และบางการอบรมมีผู้เข้าอบรมมากกว่า 30 คน

ระยะขยายผล แผนการขยายการดำเนินงานที่ทางกองโรคเอดส์กำหนด 12 เขตพื้นที่ ได้มีการประชาสัมพันธ์ให้โรงพยาบาลสมัครใจเข้าร่วมโครงการและพบว่ามี 48 โรงพยาบาลที่แสดงความสนใจที่จะดำเนินการตามโครงการ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แผนการขยายผลโดยมีโรงพยาบาลจำนวนมากในการดำเนินการนั้น เป็นไปได้ยาก อีกทั้งมีข้อสังเกตเพิ่มเติมจากการทดลองดำเนินการที่ผ่านมาคือ ข้อจำกัดเรื่องของเวลาในการปฏิบัติงานกับระยะเวลาในการอบรม 10 กิจกรรม/ 1 วัน ข้อจำกัดเรื่องของงบประมาณในการจัดอบรม และรวมถึงเรื่องของวิทยากรที่ยังต้องใช้วิทยากรจากส่วนกลางเป็นพี่เลี้ยงและช่วยกำกับติดตามภายหลังการอบรม เพื่อดำเนินงานตามแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือระบบการให้บริการ ทีมส่วนกลางและทีมพัฒนาหลักสูตรจึงได้ร่วมกันวิเคราะห์ในการปรับกิจกรรมให้เป็น short version จึงนำมาสู่การปรับหลักสูตรเป็น 5 กิจกรรม และได้มีการนำเรื่องการพัฒนาคุณภาพเข้ามาเชื่อมโยง โดยเพิ่มเนื้อหาเรื่องการทำ CQI โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานให้ได้ผลงานที่เด่นชัด แต่ยังพบจุดอ่อนของการเชื่อมโยงแนวคิด CQI กับกิจกรรมในหลักสูตรเดิมจึงยังไม่เห็นผลของการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบ CQI ที่ชัดเจน

ปัญหาอุปสรรคและความท้าทายของการดำเนินงานตามมาตรการ 3x4 รูปแบบกิจกรรม 5 กิจกรรม อาจลดความเข้มข้นของการขับเคลื่อนภายใน ด้วยระยะเวลสั้น มีการเรียนรู้ผ่าน VDO ในบางส่วนที่อาจทำให้เกิดแนวปฏิบัติแบบทำตามตัวอย่างที่เห็นที่ไม่ได้มาจากการเรียนรู้ภายในตนเอง ทั้งนี้มีความเห็นว่า 10 กิจกรรมมีการร้อยเรียงเนื้อหาการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่น พยาบาลที่ห้องตรวจโรคอยู่ในห้องระหว่างหมอมตรวจรักษาคนไข้ กรณี case เป็นโรคหนองใน ระหว่างซักประวัติตรวจรักษา เขารับรู้บทว่าต้องเป็นพยานหากเกิดปัญหาข้อร้องเรียนใดๆ ระหว่างการตรวจรักษา แต่เขาจะยื่นเป็นพยานแบบหลบอยู่หลังฉากเพื่อลดความอับอายของ case และสามารถทำหน้าที่อื่นได้ครบถ้วน อันนี้คือตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจและความตระหนักภายในที่เกิดขึ้น ซึ่งน่าจะส่งผลต่อผลลัพธ์

ปัจจัยเงื่อนไขต่อความสำเร็จของการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ไม่สามารถดำเนินการเรื่องการติดตาม สนับสนุน กำกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือระบบบริการด้วยรูปแบบ coaching ได้ตามแผนที่วางไว้ ซึ่งจากปัจจัยการปรับเปลี่ยน 4 ปัจจัยหลัก เป็นเรื่องที่ลึกซึ้งและซับซ้อนการมีระบบ Coaching จะมีส่วนช่วยสนับสนุนการดำเนินอย่างต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตรและแนวทางการดำเนินงาน เพิ่มการเชื่อมโยงเนื้อหาไปสู่การพัฒนาให้เกิด CQI ของงาน และสำหรับโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมแล้วต้องมีการพัฒนา Advance Course ที่เข้มข้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการ CQI ให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนได้มากขึ้น

บทสรุป จากการสัมภาษณ์ผู้พัฒนาหลักสูตรและวิทยากรจากส่วนกลาง พบว่า โครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เกิดขึ้นเนื่องจากยังคงมีการตีตราและเลือกปฏิบัติในสังคมและในสถานบริการสุขภาพเกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาโรคเอดส์ จึงนำมาสู่นโยบายการพัฒนาโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ โดยมีหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ (3x4 Participatory training) เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของโครงการนี้ ซึ่งแนวคิดของหลักสูตรพัฒนาขึ้น

เพื่อจัดกระทำกับ 4 ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ตามแนวทางที่ผ่านการพัฒนาและดำเนินการได้ผลมาแล้วในต่างประเทศ โดยกระบวนการอบรมในหลักสูตรประกอบด้วย 10 กิจกรรม ที่จะทำให้ผู้ให้บริการรับรู้รูปแบบของการเกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีได้หลายรูปแบบทั้งการทำทาง การพูดจาหรือการจัดบริการต่างๆ และวิธีดำเนินการแก้ไข/จัดการกับ 4 ปัจจัยหลักดังกล่าว มีทีมดำเนินงานประกอบด้วยทีมพื้นที่เรียกว่าทีม Champion ที่ประกอบไปด้วยผู้รับผิดชอบงานระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทเป็นผู้ประสานการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีบทบาทในการเชื่อมประสานกับระบบของโรงพยาบาล และทีมของชุมชนโดยเป็นผู้ติดเชื้อหรือเป็นเอ็นจีโอ พบว่าผลการดำเนินงานสะท้อนการเปลี่ยนแปลงปัจจัยหลักที่ดีขึ้นโดยการเก็บข้อมูล baseline และ end line ด้วยเครื่องมือประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

ในระยะขยายการดำเนินงานมีการปรับหลักสูตรเป็น 5 กิจกรรม จากข้อจำกัดเรื่องของเวลาในการปฏิบัติงานกับระยะเวลาในการอบรม 10 กิจกรรม/ 1 วัน ข้อจำกัดเรื่องของงบประมาณในการจัดอบรม จำนวนโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวนมาก และรวมไปถึงเรื่องของวิทยากรที่ยังต้องใช้วิทยากรจากส่วนกลางเป็นพี่เลี้ยงและช่วยกำกับติดตามภายหลังการอบรม นอกจากนี้ในระยะขยายการดำเนินงานนี้ได้มีการนำเรื่องการพัฒนาคุณภาพเข้ามาเชื่อมโยง โดยเพิ่มเนื้อหาเรื่องการทำ CQI เพื่อสร้างแรงจูงใจและความยั่งยืนในการดำเนินงาน โรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมแล้วต้องมีการพัฒนา Advance Course ที่เข้มข้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนมากขึ้น ข้อเสนอแนะเรื่องการปรับลดกิจกรรมอาจทำให้กระบวนการเรียนรู้ของผู้เข้าอบรมขาดไปนั้น ผู้วิจัยขอเสนอเป็นแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป ขอให้มีการทดสอบประสิทธิผลของกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น หรือมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่าง 2 หลักสูตรก่อนการประยุกต์ใช้ในวงกว้าง มีการพัฒนา Advance Course เพื่อต่อยอดให้สถานบริการที่ผ่านกิจกรรมอบรม 3 x 4 ไปแล้ว สำหรับประเด็นการมีพี่เลี้ยงที่ดำเนินการได้ตามแผน อาจเพิ่มการพัฒนาหลักสูตรพี่เลี้ยงและพัฒนาศักยภาพ สคร. และ สสจ. เพื่อดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การสัมภาษณ์วิทยากรส่วนกลางผู้มีบทบาทในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินผล จาก Base line และ End line ของการดำเนินโครงการ คือ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เกรียงไกร ศรีธวัชวิญญูไชย สถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประเด็นการสัมภาษณ์สรุปได้ดังนี้

จุดเริ่มต้นการดำเนินงานจาก UNAIDS และกรมควบคุมโรคได้ชักชวนภาคีเครือข่ายเข้าร่วมผลักดันระบบจาก 1) ความต้องการให้มีข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติระดับประเทศ จึงเกิดแผนการสำรวจข้อมูล 2) การผลักดันเรื่อง S&D เข้าไปในแผนการดำเนินงานนโยบายเอ็ดส์ชาติ โดยมีแนวคิดที่จะเริ่มในสถานบริการสุขภาพ จึงต้องการสำรวจข้อมูลเพื่อให้เห็นสถานการณ์นั้น นำไปสู่การวางแผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การสำรวจข้อมูลจากการเก็บกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้รับบริการในสถานบริการสุขภาพ โดยรายละเอียดของเครื่องมือได้ผ่านการพัฒนาและ

การทดลองใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2557 โดยเริ่มในโรงพยาบาลนำร่อง ปีพ.ศ. 2558 ขยายการทดลองใช้ 5 จังหวัด ปี พ.ศ. 2560-2562 ใน 13 จังหวัด ที่เป็นกลุ่มเฝ้าระวัง จนปัจจุบันได้กำหนดให้เป็น Nation survey ทุก 2 ปี

การผลักดันให้เกิดการนำเครื่องมือมาใช้ โดยดำเนินการจัดอบรมการใช้เครื่องมือ มีการสนับสนุนงบประมาณในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการจัดประชุมเพื่อคืนข้อมูลให้พื้นที่ระดับเขต จังหวัดและสถานบริการสุขภาพได้ทราบสถานการณ์ ประโยชน์ของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้แก่ 1) ระบบเฝ้าระวัง ใช้เป็น Survey ในระดับจังหวัดนำร่อง โดยมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของภาพรวมระดับจังหวัด กระจายการเก็บข้อมูลในสถานบริการหลายแห่งในจังหวัดตามการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ โดยข้อมูลที่ได้จะสะท้อนสภาพสถานการณ์ระดับจังหวัดได้ 2) ระบบประเมินสถานการณ์ระดับโรงพยาบาล เกิดการพัฒนากระบวนการเก็บข้อมูลระดับโรงพยาบาลขึ้นเมื่อ 2-3 ปีหลัง เพื่อใช้เป็นข้อมูล base line และ end line รวมถึง mid/long term ของการดำเนินการแก้ไขปัญหาภายใต้โครงการ 3 x 4 และการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ CQI

ผลการสำรวจสถานการณ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับโรงพยาบาล 48 โรงพยาบาล จากการเปลี่ยนเทียบ base line กับ end line พบว่า สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติภายใต้ keys drivers 3 ตัว ได้แก่ ความกลัว/กังวล ทศนคติ และสิ่งแวดล้อมลดลง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการแก้ไขปัญหาภายใต้โครงการ 3x4 ได้ผลดี ทั้งด้านตัวเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ และเมื่อวิเคราะห์แยกระหว่างผู้เข้าร่วมอบรมโครงการ 3x4 และไม่ได้เข้าร่วมอบรมมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

แผนการดำเนินงานต่อเนื่อง ผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ (ดร.บรูซ) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจและความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาภายใต้การเข้าร่วมโครงการ Southeast Asian Stigma Reduction Network ที่มองเรื่องการสร้างความยั่งยืนของการดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการทำงานในระดับปฏิบัติการของสถานบริการสุขภาพ มีแนวทางดำเนินการโดยการอบรมให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการของสถานบริการ จัดรูปแบบเป็น package ประกอบด้วย การให้แนวคิดและนโยบาย กำหนดตัวชี้วัด มีเครื่องมือวัดและประเมินผล ให้กระบวนการแก้ไขปัญหาแบบ 3 x 4 และกระบวนการทำ CQI

ข้อเสนอแนะการดำเนินงานมุมมองที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

- 1) ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดและการจัดเก็บข้อมูลด้าน clinical outcome เช่น ระดับ CD4 Viral load ฯลฯ ซึ่งสามารถสะท้อนผลการดำเนินงานได้ นอกจากนี้ยังพบว่าพื้นที่มี
- 2) การใช้ประโยชน์กับข้อมูลที่จัดเก็บในระดับพื้นที่ยังมีน้อย โดยเสนอแนะให้ สคร. และสสจ. มีบทบาทมากขึ้นในการใช้ข้อมูลในพื้นที่แต่ละจังหวัด แต่ละสถานบริการ แล้วให้การสนับสนุน การกระตุ้น ติดตาม
- 3) ปัญหาความต่อเนื่องของการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา ในมุมมองของข้อมูลสถานการณ์

สำรวจมาพบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อดูข้อมูลดิบก็จะสะท้อนว่าปัญหายังมีอยู่ เช่น การให้บริการเป็นคิวสุดท้ายลดลงในเชิงสถิติ แต่ยังคงมีการให้บริการคิวสุดท้าย ซึ่งเป็นการให้บริการแบบเลือกปฏิบัติที่ยังคงมีอยู่ นั้นหมายถึงยังคงต้องการพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

4) นโยบายเรื่อง S&D ต้องเป็นนโยบายหลัก ที่ผู้บริหารทุกระดับต้องติดตามจนเป็นระบบปกติที่ไม่ใช่ทำตามโครงการที่มีเข้ามา

5) นอกเหนือจากการแก้ปัญหาในสถานบริการสุขภาพแล้ว ต้องมีการดำเนินงานในภาพกว้าง เรื่องของทัศนคติให้มากขึ้นควบคู่กันไป เพื่อลดการตีตราที่เป็นสาเหตุเริ่มต้น อาจทำ media educate ให้เหมาะสม

6) การเก็บข้อมูลระดับประเทศยังเป็นการดำเนินงานโดยหน่วยงานภายนอก (มช.) ที่ไม่ใช่ผู้รับผิดชอบนโยบายโดยตรง (กองโรคเอดส์) อาจต้องบริหารจัดการให้เป็นส่วนของงานนโยบายหลังที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง

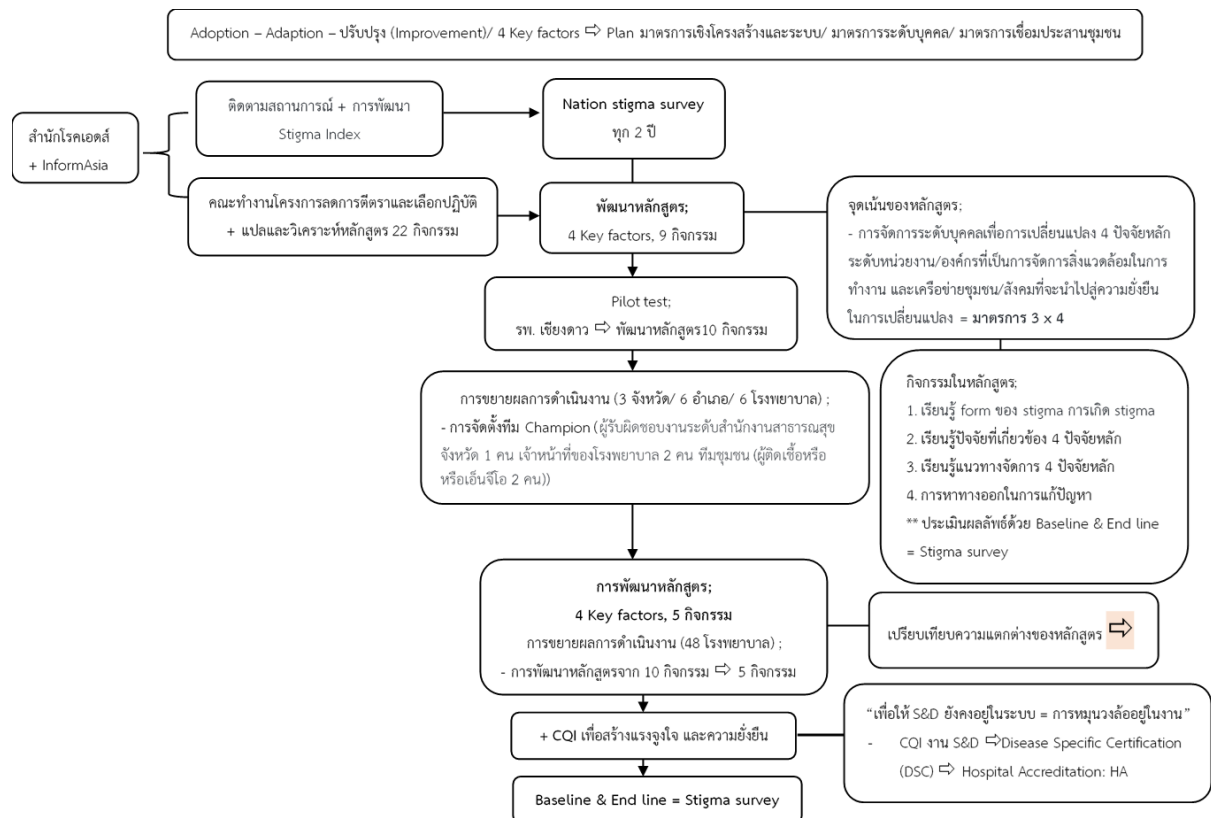
7) งาน DSC หรือ HA จะมีส่วนช่วยผลักดันให้เกิด CQI ของงาน S&D และผลักดันให้ยั่งยืนได้

8) เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการดูแลเพื่อลดปัญหา S&D จะทำให้เกิดการเข้าถึงและตรงประเด็นมากที่สุด การสร้างเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการเพื่อให้เข้าใจปัญหาร่วมกัน

บทสรุปการสัมภาษณ์วิทยากรผู้พัฒนาเครื่องมือประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ
ในสถานบริการสุขภาพ และมีบทบาทในการประเมินผลการดำเนินงานจากการวิเคราะห์ข้อมูล Baseline และ End line พบว่า จุดเริ่มต้นของการพัฒนาเครื่องมือมากจากความต้องการสำรวจข้อมูลเพื่อให้เห็นสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การวางแผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การผลักดันให้มีการใช้เครื่องมือมาจากประโยชน์ของข้อมูลที่ได้ที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ให้กับพื้นที่ได้อย่างชัดเจน ตัวเครื่องมือยังสามารถนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการได้ ผู้วิจัยมีความเห็นสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้ถูกสัมภาษณ์ขอยกไปเป็นประเด็นอภิปรายในบทต่อไป

จากผลการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสาร/รายงานที่เกี่ยวข้องพบว่ากระบวนการพัฒนาโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการด้วยมาตรการ 3x4 ในส่วนกลาง ทั้งระดับผู้กำหนดนโยบาย และผู้พัฒนาหลักสูตร/วิทยากรส่วนกลาง สามารถสรุปรวมเป็นแผนภาพได้ ดังรูปที่ 11

รูปที่ 11 ภาพแสดงกระบวนการพัฒนาโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการด้วยมาตรการ 3x4 ในระดับส่วนกลาง



ค. เปรียบเทียบหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุด 3X4 (3*4 PACKAGE) ในรูปแบบ 10 และ 5 กิจกรรม

จากที่กล่าวข้างต้นจะพบว่าในการดำเนินงานระยะที่สองหรือระยะขยายผล ในปี พ.ศ. 2560-2561 ซึ่งดำเนินงานในโรงพยาบาลจำนวน 48 แห่ง ได้มีการปรับหลักสูตรที่ใช้ในการฝึกอบรมให้มีความกระชับและ เป็นไปได้ในการปฏิบัติมากขึ้น โดยปรับลดจากรูปแบบ 10 กิจกรรม จำนวน 12 ชั่วโมง มาเป็นรูปแบบ 5 กิจกรรม จำนวน 6 ชั่วโมงจำนวน ซึ่งการปรับลดจำนวนชั่วโมงให้สั้นลงนี้ เพื่อให้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ ในการดำเนินการของโรงพยาบาลทุกขนาดที่เข้าร่วมโครงการในช่วงขยายผล คือ นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา โดยหลักสูตรที่ปรับใหม่จะยังมีโครงสร้างที่ครอบคลุมหลักการของ 3*4 PACKAGE เช่นเดิม แต่อาจมี บางกิจกรรมที่ถูกตัดออกไปเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลา เมื่อเปรียบเทียบรายละเอียดกิจกรรมของทั้ง 2 หลักสูตร จะพบว่าในหลักสูตรรูปแบบ 5 กิจกรรม จำนวน 6 ชั่วโมง มีกิจกรรมที่คงไว้อย่างชัดเจน คือ 1) กิจกรรมที่ 1 ไขเรากำลังตีตรา 2) กิจกรรมที่ 3 เกมดำหนิ 3) กิจกรรมที่ 6 UP 4) กิจกรรมที่ 7 การเอ่ยเรื่อง การตีตรา และ 5) กิจกรรมที่ 10 แนวทางเพื่อแก้ไข (ดังรูปที่ 7) ทั้งนี้ในกิจกรรมที่ 3 ของหลักสูตรที่ปรับใหม่ แบบสั้น พัฒนาจากกิจกรรมที่ 6 UP โดยผสมผสานบางส่วนจากกิจกรรมที่ 5 ความกลัวและกังวล ของ หลักสูตรเดิม ดังสรุปการเปรียบเทียบความแตกต่างของ 2 หลักสูตร ในรูปที่ 12

รูปที่ 12 เปรียบเทียบกิจกรรมในหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุด 3X4 (3*4 PACKAGE) ในรูปแบบ 10 และ 5 กิจกรรม

หลักสูตร 10 กิจกรรม 12 ชั่วโมง		หลักสูตร 5 กิจกรรม (6 ชั่วโมง)	
ชื่อกิจกรรม	สาระสำคัญ	กิจกรรมตามหลักสูตร	ขั้นตอนของกิจกรรม
กิจกรรมที่ 1 ไข่ เรากำลังตี ตรา	รู้จักรูปแบบการตีตรา	กิจกรรมที่ 1 ไข่ เรากำลังตี ตรา	1.1 ดูรูปภาพ
กิจกรรมที่ 2 ไข่ เราทุกคน เคยถูกตีตรา	เพื่อเข้าใจความรู้สึกของคนที่ถูกตีตรา		1.2 ดู MV ความจริงที่ (อ) ยากบอก
กิจกรรมที่ 3 เกมคำทหนี	เข้าใจแนวความคิดการตีตราผ่านคำเรียก PLHIV/KPs และการผลิตซ้ำของสังคม	กิจกรรมที่ 2 เกมคำทหนี	1.3 อื่นๆ (กรณีที่มีเพิ่ม)
กิจกรรมที่ 4 พยานชีวิต	เข้าใจผลกระทบ/ความกังวลจากการถูกตีตรา ในมุมมองของผู้รับบริการ		2.1 แนะนำคำเรียกกลุ่ม ประชากร
กิจกรรมที่ 5 ความกลัว และกังวล	“เรา” ในฐานะผู้ให้บริการยังมีความกลัว/ กังวลใจในการให้บริการในหลายๆ ลักษณะ	กิจกรรมที่ 3 UP	2.2 ระดมและอภิปรายคำ เรียกกลุ่มประชากร
กิจกรรมที่ 6 UP	การแก้ไขความกลัวการติดเชื้อมด้วยหลัก UP		2.3 อื่นๆ (กรณีที่มีเพิ่ม)
กิจกรรมที่ 7 การเอ่ยเรื่อง การตีตรา	มี S&D ในโรงพยาบาล ค้นหาที่มาที่ไป	กิจกรรมที่ 4 การเอ่ยเรื่อง การตีตรา และการ เลือกปฏิบัติใน โรงพยาบาล	3.1 ดูข้อมูลผลสำรวจ (ความกลัวและการใช้การป้องกันเป็น พิเศษ)
กิจกรรมที่ 8 Reflection	ทบทวนเพื่อเปลี่ยนแปลงตัวเอง		3.2 ดูรูปภาพ แล้วระบุ “เสียง” “ไม่เสียง” “ไม่แน่ใจ”
กิจกรรมที่ 9 สิทธิ มนุษยชน	หลักยึดตามสิทธิมนุษยชนในการสร้างการ เปลี่ยนแปลง (นอกจาก UP)	กิจกรรมที่ 5 แนว ปฏิบัติ/ แผนการแก้ไข	3.3 อภิปรายหลัก QQR และ UP
กิจกรรมที่ 10 แนวทาง เพื่อการแก้ไข	วางแผนการแก้ไขตามบริบทการทำงานของตนเอง		3.4 อื่นๆ (กรณีที่มีเพิ่ม)
			4.1 ดู MV กรณีตัวอย่าง ผู้รับบริการที่ถูกตีตราและ เลือกปฏิบัติ
			4.2 ระดมความคิดเห็น เกี่ยวกับรูปแบบการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล
			4.3 อื่นๆ (กรณีที่มีเพิ่ม)
			5.1 ทบทวนหลักการที่ใช้ใน การลดการตีตราและการ เลือกปฏิบัติ
			5.2 ระดมความคิดเห็น เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไข

เป็นที่น่าสังเกตว่ากิจกรรมที่ถูกตัดออกอย่างชัดเจนประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมที่ 2 เราทุกคนเคยถูกตีตรา 2) กิจกรรมที่ 4 พยายานชีวิต 3) กิจกรรมที่ 8 Reflection และ 4) กิจกรรมที่ 9 สิทธิมนุษยชน ล้วนเป็นกิจกรรมสำคัญที่ส่งผลการปรับเปลี่ยนปัจจัยภายในระดับบุคคลที่เป็นต้นเหตุของการตีตรา โดยเฉพาะสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ยากเนื่องจากถูกฝังลึกไว้ คือ ทศนคติด้านลบ และความตระหนัก ที่เกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบยาวต่อความต่อเนื่องและยั่งยืนและผลสำเร็จของการดำเนินงาน เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในอนาคต

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 2 เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

ก. ผลการศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. รายงานผลกระบวนการดำเนินงานผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ของผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม และ ไม่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

การประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลจากกลุ่มบุคลากรระดับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าฝ่าย/ผู้รับผิดชอบหลัก/ทีมแม่ข่ายของโรงพยาบาล และการสนทนากลุ่มกับผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ได้รับการอบรมในหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุด 3X4 (3*4 PACKAGE) ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีซึ่งได้รับบริการจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เช่น แกนนำ NGO แกนนำศูนย์องค์กรรวม ฯลฯ

โดยมีผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

นโยบายการดำเนินงานเรื่องลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลได้ดำเนินการมาก่อน โครงการจะเข้ามา การดำเนินงานเชื่อมโยงไปกับนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการให้บุคลากรมีวิธีคิดแบบ “จิตบริการ” “การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” และเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม ข้อมูลจาก Stigma survey เป็นข้อมูลที่ดีทำให้เราเห็นภาพได้ชัดเจน การเข้าร่วมโครงการถือเป็นโอกาสในการพัฒนาการดำเนินงานให้มีมาตรฐานมากขึ้น และข้อดีที่เห็นได้ชัดคือการดำเนินงานที่ภาคีอื่นอยากมาเชื่อมงานด้วย ในความคิดเห็นเรื่องแนวคิดและหลักการนั้นไม่ยากแต่คิดว่าการปฏิบัติจริงนั้นค่อนข้างยาก การขยายภาพใหญ่ ใช้สั่งการไม่ได้ผล ควรสร้างคุณค่า S&D ให้เหมือน HA ให้ S&D เป็นองค์ประกอบหนึ่งของ HA งาน S&D ไม่จำเป็นต้องมีงบจากส่วนกลาง โรงพยาบาลดำเนินการเองได้ ถ้าเห็นความสำคัญ

ทีมดำเนินงาน(แม่ข่าย) ของโรงพยาบาล/วิทยากรแกนหลักของพื้นที่

1) ขั้นตอนของการเตรียมการ (Preparation process)

- นโยบายการดำเนินงาน ข้อมูล survey ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ DSC HIV-STI เสนอโครงการและจัดตั้งทีม Champion

- มีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในผู้ที่มีเอชไอวี ตัวชี้วัด 4 ข้อ คือ 1) อัตราผู้ป่วยรายใหม่เข้าถึงยาต้านไวรัสใน 7 วัน มากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ 2) อัตราผู้ได้รับยาต้านกดไวรัสสำเร็จ 3) อัตราการขาดนัด น้อยกว่า 2 เปอร์เซ็นต์ และ 4) ไม่พบข้อร้องเรียน สะท้อนให้เห็นความพยายามในการดำเนินการเรื่องนี้ตามเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ และยุทธศาสตร์ RRTTR บนกรอบทิศทางการทำงานของประเทศ

2) ขั้นตอนของการอบรมหลักสูตร 3 x 4

- ในการทำให้เข้าใจทั้ง 4 ด้านอย่างลึกซึ้ง ต้องใช้วิทยากรและเวลามากกว่านี้ เพราะการอบรมโดยใช้เวลาที่จำกัดอาจทำได้แค่การให้ความรู้

- มีการจัดการอบรมเป็นรุ่น โดยแบ่งผู้เข้าอบรมกำหนดจำนวนตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล

3) การกำกับติดตามการดำเนินงานภายหลังการอบรมตามหลักสูตร

- ต้องการการขยายผล S&D ให้ครอบคลุมบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล จึงใช้หลักสูตร E-learning เข้ามาช่วยสร้างแรงจูงใจโดยนับเป็นคะแนน competency ภายหลังผ่านการอบรม มีผู้เข้าเรียน 700 คน ซึ่งแม้ว่าหลักสูตรจะมีทั้ง 5 กิจกรรม แต่มีข้อเสีย คือ ผู้เรียนอาจกดข้ามบทเรียนและไปตอบคำถามเลย จึงไม่เกิดการเรียนรู้

- การเรียนรู้ด้วยตัวเองด้วย E-learning ประเมินผลได้ยากต้องขอข้อมูลจากกองโรคเอดส์

- ส่วนกลางควรส่งเสริมและผลักดันการดำเนินงาน S&D ไปยังภาคส่วนอื่น ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขด้วย รวมถึงองค์กรท้องถิ่น เช่น สร้างความเชื่อมโยงสู่ชุมชนโดยใช้บทบาทของคณะกรรมการเอดส์จังหวัด

พบแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องในส่วนของการปรับสภาพแวดล้อมและบริการ 4 เรื่องคือ 1) การจัดลำดับการบริการผ่าตัด และทันตกรรม 2) การแบ่งโซนผู้ป่วยคลอด 3) การจัดการอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ใช้หลัก UP และ 4) การลดการป้องกันฯ มากกว่าปกติ

4) การประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการดำเนินงานโครงการ

การประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา มีข้อสรุปจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

กลุ่มผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่เข้าร่วมอบรม

ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อหลักสูตรฝึกอบรม การมีส่วนร่วมในโครงการของกลุ่มผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่เข้าร่วมอบรม จำนวน 30 คน พบว่า

- **การเข้าร่วมโครงการ**ของผู้ให้ข้อมูลมี 2 รูปแบบคือ ตามความสมัครใจที่จะเข้าอบรม และตามข้อกำหนดของโรงพยาบาลที่ให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเข้าอบรม 100 % จากการสัมภาษณ์พบปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจสมัครเข้าอบรมมาจากการประชาสัมพันธ์ที่น่าสนใจ ความเกี่ยวข้องของงานที่รับผิดชอบกับกลุ่มผู้รับบริการซึ่งเข้าใจว่าเป็นของงานเอชไอวีเอดส์จากทีมที่เป็นผู้จัดการอบรม และปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพที่ดีกับทีมผู้รับผิดชอบการจัดอบรม

- **ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดมาตรการ 3 x 4** ภายหลังเข้าอบรม กลุ่มผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่เข้าร่วมอบรมให้ข้อมูลว่า เข้าใจว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการให้บริการแบบเอาใจเขามาใส่ใจเรา การให้บริการอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่รังเกียจผู้ป่วย สร้างความเข้าใจว่าบางครั้งเราไม่ได้ระวังเรื่องพฤติกรรมในการให้บริการที่เป็นการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่แสดงออกมาในลักษณะของการป้องกันเกินความจำเป็น (Over UP) เช่น การสวมถุงมือ 2 ชั้นเมื่อให้บริการเช็ดตัว ป้อนอาหารให้กับผู้รับบริการที่มีเอชไอวี เป็นต้น

- **ความคิดเห็นที่มีต่อกระบวนการและกิจกรรมการอบรม** ผู้เข้ารับการอบรมเห็นว่าเป็นกระบวนการอบรมที่สร้างความเข้าใจโดยทำให้เห็นภาพสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำไปสู่ความตระหนัก มีการให้ความรู้ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต่อไปนี้ “การอบรมทำให้เราเข้าใจสถานการณ์การตีตราเลือกปฏิบัติ เกิดความเข้าใจคนไข้มากขึ้น” “เป็นการอบรมที่ทำให้เห็นภาพบริการของเรา เกิดความตระหนักมากขึ้น เห็นว่าเราทำอะไรแล้วเกิดผลกระทบกับผู้รับบริการบ้าง” “เห็นภาพว่าเราต้องระวังการไปตีตราคนอื่น” “การอบรมช่วยให้มีความรู้ลดความกลัว ความกังวลลดลง”

- **ความเชื่อมั่นในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการพัฒนางานและการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติงาน** พบว่า ผู้ผ่านการอบรมได้ความรู้ มีความเข้าใจและสามารถนำมาปรับใช้จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของการให้บริการ ดังตัวอย่างเช่น “เราเปลี่ยนแปลงการให้บริการโดยเราระวังที่จะไปกระทบกับผู้ป่วยมากขึ้น” “รู้สึกที่เราทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษามากขึ้น มีคนไข้บางคนไม่ยินยอมรักษาหลังจากเราพูดคุยให้ข้อมูลความรู้แล้วเขายินยอม” “การให้คำอธิบายเรื่องยาหรือเรื่องต่างๆ กับผู้ป่วยจะใส่ใจและให้เวลามากขึ้น ไม่ตำหนิเรื่องไม่กินหรือลืมกินยา ซึ่งในอดีตมักจะถามว่าทำไมไม่กิน ทำไมไม่กิน” “เกิดมุมมองในการมองผู้ป่วยมากขึ้น การเรียกค่านำหน้าผู้ป่วยก็จะเป็นคุณนำหน้าแทนนาย นางหรือนางสาว เพราะเคยเจอเรียกนาย แล้วเป็นผู้ป่วยที่เป็นสาวประเภท 2 ก็จะถูกทุกคนมองจ้อง” “ตอนนี้ใช้บัตรคิวเป็นหมายเลขแทนการเรียงชื่อแล้วจะได้ไม่ต้องเกิดปัญหาเวลาเรียก” “ยกเลิกการแบ่ง Zone การแยกของใช้หรือการติดสัญลักษณ์ที่แสดงให้เห็นว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป” “เราเลิกการ Over protection โดยไม่สวมถุงมือ 2 ชั้นเวลาทำอะไร” “ไม่จัดบริการเป็นคิวสุดท้ายจากการเป็นผู้ติดเชื้อ” “ไม่เปลี่ยนแผนการรักษา เช่น การงดทำหัตถการเมื่อทราบว่าผู้ติดเชื้อ” “ระบบการรักษาความลับในการเปิดเผยผลเลือด โดยกำหนดรหัสสำหรับผู้เข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะทีมที่เกี่ยวข้องเท่านั้น” “เกิดโครงการพัฒนาคุณภาพที่คำนึงถึงการไม่ตีตราไม่เลือกปฏิบัติ”

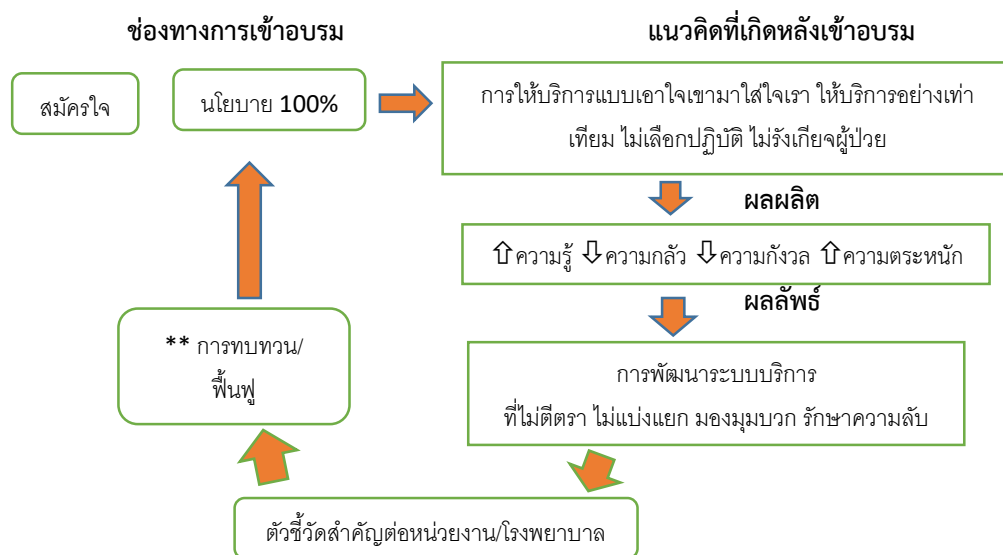
- **การนำไปขยายผลให้กับเจ้าหน้าที่ที่ไม่เข้าอบรม** ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเสนอว่า การเปลี่ยนรูปแบบหรือเปลี่ยนพฤติกรรมในการให้บริการของเราก็ถือว่าเป็นการขยายผลให้คนอื่นเห็น แต่ไม่สามารถชี้แนะ

กับผู้ที่ไม่ได้เข้าอบรมได้โดยตรง และเสนอว่าควรมีนโยบายให้ทุกคนได้เข้าอบรมเพื่อให้มีมุมมองเดียวกันในการทำงาน

- **ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงหลักสูตร** สำหรับรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินอยู่ในหลักสูตรมีความน่าสนใจ ใช้สื่อการเรียนรู้ที่ดี และสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้จริง ดังตัวอย่างการให้ข้อมูลที่กล่าวว่า “รูปแบบกิจกรรมทำให้เป็นการอบรมที่สนุก ได้ใช้สถานการณ์มาให้เกิดวิเคราะห์ความคิดความรู้สึก ให้เราได้เห็นใจเขาใจเรา ได้เกิดความคิดสะท้อนกลับที่ชัดเจน” “การใช้วิดีโอเป็นสื่อมาเสนอเคล็ดลับอย่างทำให้เห็นภาพชัดเจน อยากให้มีตัวอย่างเยอะๆ ทำให้เข้าใจผู้ปวยมากขึ้น” สำหรับข้อเสนอในการปรับหลักสูตรได้แก่ การทบทวนและการสร้างความยั่งยืน ดังตัวอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวคือ “ควรมีการอบรมฟื้นฟูเพื่อความยั่งยืน และกำหนดตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลหรือระดับหน่วยงาน”

บทสรุป การมีส่วนร่วม ผลผลิต และผลลัพธ์จากการเข้าอบรมในหลักสูตร 3x4 ของเจ้าหน้าที่และบุคลากรในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ สามารถสรุปได้ตามรูปที่ 13

รูปที่ 13 ภาพแสดงผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการเข้าอบรมในหลักสูตร 3 x 4 ของเจ้าหน้าที่และบุคลากร



ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้รับบริการจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

การประเมินผลลัพธ์และผลกระทบจากการดำเนินโครงการด้วยความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีจำนวน 32 คน จากการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบบริการของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ในเบื้องต้นผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจว่าการตีตราและการเลือกปฏิบัติหมายถึง การที่ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการยอมรับ ถูกรังเกียจ ถูกทำให้รู้สึกถูกจ้องมอง ถูกนินทา ทำให้รู้สึกตัวตนเองไม่เหมือนคนทั่วไป หรือได้รับบริการที่แตกต่างไปจากคนอื่น

- สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงการ

ให้บริการเมื่อ 2-3 ปีก่อน (ซึ่งเป็นระยะก่อนการดำเนินงานโครงการ 3 x 4) มีผู้ให้บริการบางแผนกแสดงสีหน้าท่าทาง พุดจาไม่ได้กับผู้รับบริการ มีการให้บริการโดยไม่คำนึงถึงความยากลำบากของผู้รับบริการ โดยเคยมารอทำฟันนานมากจนเมื่อถึงคิวแต่ใกล้หมดเวลาทำการกลับถูกบอกงดให้บริการเพราะหมดเวลาแล้วให้มารับบริการใหม่วันพรุ่งนี้ และมีข้อมูลประสบการณ์ที่ต้องนอนในห้องแยกเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อหลายปีก่อนทำให้รู้สึกว่าคุณจ้องจ้องว่าตนเองน่ารังเกียจเพราะเป็นผู้ติดเชื้อ มีผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลว่า การรับบริการรักษาฟัน ณ ปัจจุบันยังต้องรอเป็นคิวสุดท้ายอยู่

- การรับรู้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการและสถานการณ์การ

ตีตราและเลือกปฏิบัติ ณ ปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า ไม่รู้ว่าโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการแต่สังเกตเห็นว่าระยะหลังๆ มานี้ ผู้ให้บริการมีการให้บริการที่ดีขึ้น เช่น “เดี๋ยวนี้พุดจาดี เมื่อก่อนไม่ฟังเราเลย” “มารอตรวจไม่เรียกชื่อเรียกเป็นตัวเลขทำให้ชัดเจนดี ตอนเรียกชื่อเรียกผิดเรียกถูก ไม่น่าฟังเลย” “มีการจัดสัดส่วนคลินิกใหม่ดี ไม่ต้องเป็นเป้าสายตาของคนอื่น” “ในสมัยก่อนก็จะรู้สึกว่าคุณมอง หรือมีการให้บริการแบบพูดด้วยน้อย แต่ 2-3 ปีมานี้ เจ้าหน้าที่ดีขึ้นมาก”

- ความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับ เมื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้คะแนนความพึงพอใจด้วยการ

ประเมินอย่างง่ายด้วยไม้บรรทัดวัดความพึงพอใจ 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจ 10 หมายถึง พึงพอใจอย่างมาก จากผู้ให้ข้อมูล 32 คน ได้ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ที่ 8 คะแนน โดยเมื่อสัมภาษณ์เหตุผลของการให้คะแนนพบว่า “บริการในคลินิกดีมากอยู่แล้ว” “บริการที่ได้รับดีมาก ๆ ช่วงหลังๆ เห็นว่าเจ้าหน้าที่พุดจาดีขึ้นเยอะในทุกจุด” คะแนนที่ถูกหักไปผู้ให้ข้อมูลให้เหตุผลว่า ยังมีบางหน่วยงานที่มีการให้บริการล่าช้า จากการสังเกตของผู้ให้ข้อมูลคิดว่ามาจากความไม่ใส่ใจในการให้บริการ (การเล่นโทรศัพท์มือถือระหว่างปฏิบัติงาน) เจ้าหน้าที่ใหม่ยังมีท่าทีหรือสายตาแปลกๆ ขณะให้บริการ และมีข้อมูลเรื่องการให้บริการล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก ภาพรวมจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ไม่พบสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ มีการให้บริการอย่างเท่าเทียม มีพี่เลี้ยงที่เป็นผู้ให้การดูแลอย่างดี

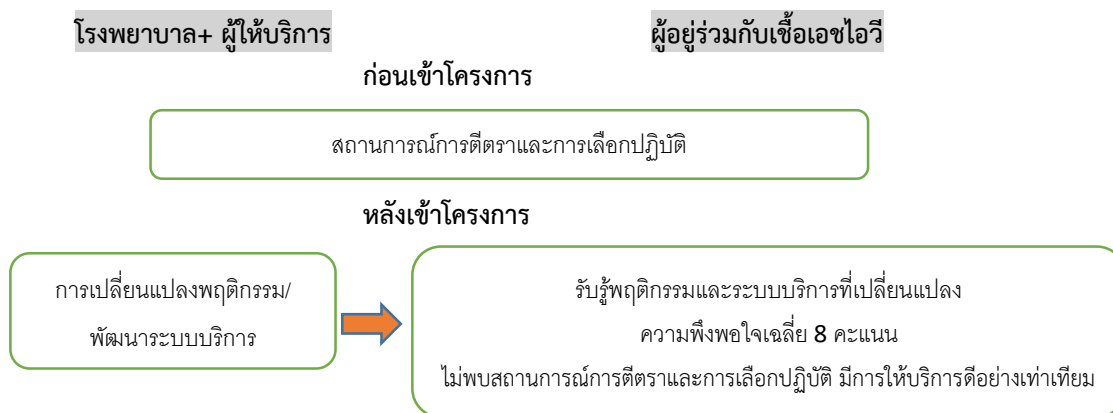
ข้อสังเกตจากการสัมภาษณ์ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ยังมีสถานการณ์การจัดคิวทำฟันให้เป็นคิวสุดท้าย แต่ยังให้คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยในระดับสูง คือ 8 คะแนน และเมื่อผู้วิจัยซักถามถึงเหตุผลในการให้คะแนนดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า “เวลาทำ (ฟัน) เขาก็ดี ยังไงเราก็ต้องมาทำกับเขา ไม่งั้นก็ไม่ได้ทำ” ซึ่งผู้วิจัยสะท้อนความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่า “คิดว่าอยู่ในภาวะจำยอมหรือ” ผู้ให้ข้อมูลตอบกลับว่า “จริง ต้องยอม”

- คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงระบบบริการเพื่อไม่ให้เกิดการตีตราหรือเลือกปฏิบัติ ผู้ให้

ข้อมูลเสนอว่า ควรทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนให้บริการเหมือนๆ กัน โดยการปรับทัศนคติคนทำงาน ให้เขามีมุมมอง และ ไม่ใช้คำพูดต่อว่าคนอื่น อีกทั้งควรมีการเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับ S&D ให้มากขึ้นรวมถึงในชุมชนด้วย เพราะเห็นว่าความรู้ในเรื่องนี้ จะช่วยทำให้คนอื่นๆ ไม่รังเกียจผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

บทสรุป การมีส่วนร่วม ผลผลิต และผลลัพธ์จากการเข้าอบรมในหลักสูตร 3x4 ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ สามารถสรุปได้ตามรูปที่ 14

รูปที่ 14 การมีส่วนร่วม ผลผลิต และผลลัพธ์จากการเข้าอบรมในหลักสูตร 3x4 ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ



****เสนอแนะให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติเหมือนกัน ขยายออกสู่ชุมชนลดการรังเกียจ**

กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เช่น แกนนำ NGO แกนนำศูนย์องค์กรรวม ฯลฯ

การประเมินผลลัพธ์และผลกระทบจากการดำเนินโครงการจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เช่น แกนนำ NGO แกนนำศูนย์องค์กรรวม จำนวน 12 คน โดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นที่มีต่อโครงการ ประเด็นความสำเร็จภายหลังการดำเนินโครงการ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านการพูดจา ความเอาใจใส่ ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายเป็นผู้ที่ได้เข้ารับการอบรมในโครงการได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ภายหลังการอบรมตนเองมีมุมมองต่อการทำงานและเพื่อนร่วมงานที่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากขึ้น เข้าใจสถานการณ์ทั้งในมุมมองของผู้ให้บริการและในมุมมองของผู้รับบริการมากขึ้น

- ความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อลดการติดตามและการเลือกปฏิบัติของโรงพยาบาล

โดยใช้การประเมินอย่างง่ายจากการให้คะแนนความสำเร็จของโครงการตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลคะแนน 0 หมายถึง ไม่ประสบความสำเร็จเลย 10 หมายถึง ประสบความสำเร็จทุกอย่าง พบคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9 คะแนน มีข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์คือ เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ปัญหาการติดตามและการเลือกปฏิบัติลดลง ไม่มีการแบ่งแยกในการให้บริการทั้งการแยกของ การทำสัญลักษณ์ต่างๆ นอกจากนี้กิจกรรมการลดการติดตามตนเองที่ได้เข้าร่วมช่วยให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น สำหรับคะแนนที่หักไปเนื่องจากยังไม่ประสบความสำเร็จทุกหน่วยงาน ยังเจอปัญหาพฤติกรรมบริการไม่ดีอยู่บ้าง

- ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการยังคงอยู่หลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ จากการให้

ข้อมูลสะท้อนให้เห็นปัญหาข้อร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริการ การติดตามและการเลือกปฏิบัติที่ลดน้อยลง การติดต่อประสานงานเป็นไปได้ดีทำงานได้สะดวก สัมพันธภาพในการทำงานที่ดีขึ้นมาก ผู้เข้าร่วมกับเชื้อ

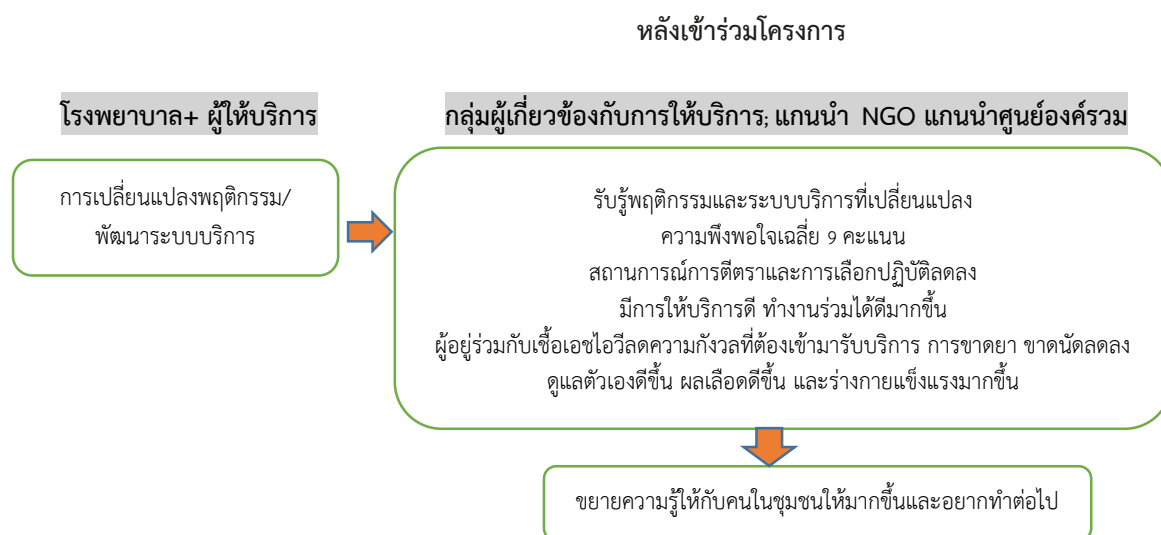
เอชไอวีลดความกังวลที่ต้องเข้ามารับบริการ การขาดยา ขาดนัดลดลง มีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีบางรายใช้สารเสพติดด้วยและได้เข้าร่วมกิจกรรมลดการตีตราตนเองที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้นทำให้สามารถหยุดใช้สารเสพติดและมีงานทำโดยมาเป็นอาสาสมัครดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีอื่นๆ และมีการให้ข้อมูลว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีดูแลตัวเองดีขึ้น ผลเลือดดีขึ้น และร่างกายแข็งแรงมากขึ้น

- **ความต่อเนื่องในการดำเนินโครงการ** ผู้ให้ข้อมูลยังคงเห็นการดำเนินงานยังคงอยู่ทั้งทางเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลและระบบที่ปรับเปลี่ยนไป และเห็นการขยายการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่ นอกจากนั้น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังคงเป็นผู้ขยายความรู้เรื่องการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติให้กับคนในชุมชนให้มากขึ้น และอยากทำต่อไป

คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงระบบบริการเพื่อไม่ให้เกิดการตีตราหรือเลือกปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลเสนอให้มีเวทีในการทบทวนปัญหาร่วมกันเพื่อการดำเนินงานที่ดียิ่งขึ้น ขยายการอบรมให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นการอบรมที่ดี และอยากให้ทำอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป การมีส่วนร่วม ผลผลิต และผลลัพธ์จากการเข้าอบรมในหลักสูตร 3x4 ของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เช่น แกนนำ NGO แกนนำศูนย์องค์รวม ฯลฯ สามารถสรุปได้ตามรูปที่ 15

รูปที่ 15 การมีส่วนร่วม ผลผลิต และผลลัพธ์จากการเข้าอบรมในหลักสูตร 3x4 ของกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เช่น แกนนำ NGO แกนนำศูนย์องค์รวม ฯลฯ

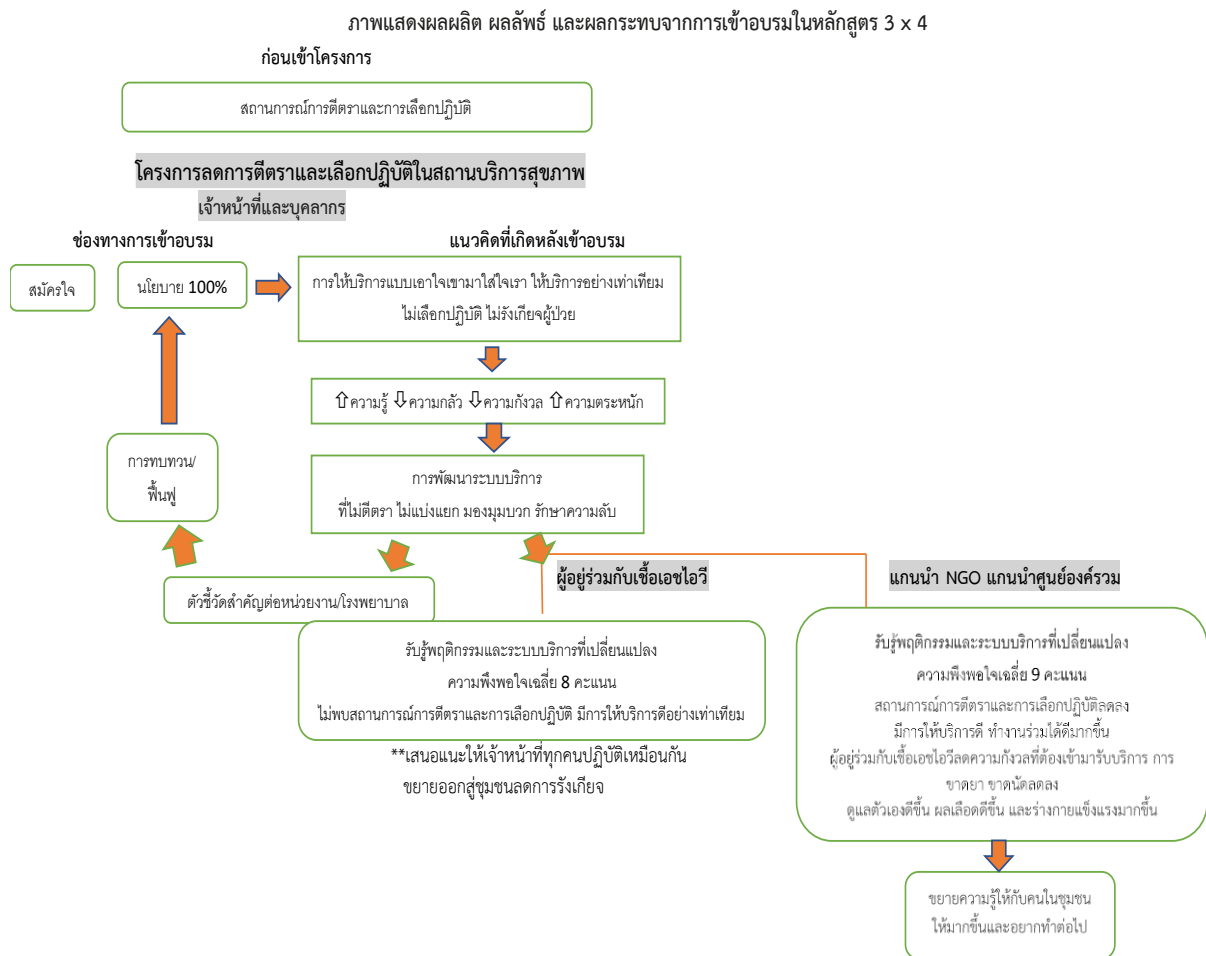


**ให้มีเวทีในการทบทวนปัญหาร่วมกันเพื่อการดำเนินงานที่ดียิ่งขึ้น ขยายความรู้ให้มากขึ้นและต่อเนื่อง

บทสรุปรวมของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องทุกระดับของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้ง 5 แห่ง สามารถสรุปเป็นภาพรวมของการเข้ามามีส่วนร่วม กระบวนการดำเนินงาน รวมทั้งผลผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ดังรูปที่ 16

รูปที่ 16 ภาพรวมการเข้ามามีส่วนร่วม กระบวนการดำเนินงาน รวมทั้งผลผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของ โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการฯ



**ให้มีเวทีในการทบทวนปัญหาร่วมกันเพื่อการดำเนินงานที่ดีขึ้น ขยายความรู้ให้มากขึ้นและต่อเนื่อง

1.2 โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานลดการติตตราและเลือกปฏิบัติ แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการลดการติตตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพฯ

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยกระบวนการที่เสนอไว้ในบทที่ 3 โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนในการศึกษาที่มีการดำเนินงานลดการติตตราและเลือกปฏิบัติ แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการตามมาตรฐาน 3 x 4 ประกอบด้วยโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง จังหวัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลเทพา อำเภเทพา จังหวัดสงขลา ประเด็นหลักของการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษากระบวนการให้บริการ ณ ปัจจุบัน โดยทีมดำเนินการของโรงพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล และความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีจากบริการที่ได้รับ ผลการศึกษามีดังนี้

ทีมดำเนินการของโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล)

การประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ จากกลุ่มบุคลากรระดับทีมดำเนินการของโรงพยาบาล มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น คน ประกอบด้วย ประธานศูนย์เอชไอวี ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สรุปได้ดังนี้

ทัศนคติที่มีต่อการมองปัญหาการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นมุมมองว่าการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีไม่ใช่ปัญหา ดังเช่น จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า “เหตุผลการตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการ สถานการณ์ปัจจุบัน มุมมองของสังคมต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเปลี่ยนไป ไม่น่ากลัว เป็นโรคที่ไม่ตาย ผู้ป่วยแข็งแรง สุขภาพจิตดี เข้าสู่สังคมได้ 100% ซึ่งมองว่าดีกว่าผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งและเบาหวาน ผู้ป่วยเริ่มมีเป้าหมายในชีวิตดีขึ้นสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ดีแล้ว ” และ “HIV เป็นเรื่องล้าสมัย เป็นการปฏิบัติปกติตามหลัก UC ไปแล้ว”

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานที่คำนึงถึงการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติอยู่แล้ว ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ ได้แก่

- “ถึงไม่ได้ร่วมโครงการแต่โรงพยาบาลมีการดำเนินงานมายาวนาน” มีคณะกรรมการงานพัฒนาคุณภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ DSC HIV-STIs เป็นการรวมกลุ่มการทำงานสหวิชาชีพประกอบด้วยอายุรแพทย์ กุมารแพทย์ สูติแพทย์ เภสัช Lab และพยาบาลจากแผนกต่าง ๆ รวมทั้งจิตเวช และเวชกรรม ซึ่งแต่ละคนจะไปแตกเป็นงานพัฒนาคุณภาพของตนเอง เช่น สูติฯ จะไปทำเรื่องการป้องกันจากแม่สู่ลูก อายุรกรรมจะทำคลินิก ARV มีการประชุมศูนย์เดือนละครั้ง มีการพัฒนาศักยภาพให้พยาบาลทุก ward ทุกจุดบริการสามารถทำ pre-test counseling ได้ เพื่อส่งเสริมนโยบายรู้เร็วรักษาได้ ถือเป็นการเปลี่ยน Mind set ของคนทั้ง รพ ให้ถือว่าการตรวจเอชไอวีเป็นเรื่องที่ต้งาม มีกิจกรรมให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันแก่บุคลากรทุกฝ่าย (เช่น คลินิก สูติแพทย์ และพยาบาลในทุกแผนก) เพื่อลดความกลัว ให้ทุกคนรู้เหมือนกับผู้ให้การรักษา ทำให้ HIV เป็นโรคปกติก็จะลดความกลัวและการรังเกียจทั้งจากผู้ให้บริการเอง รวมทั้งคนที่มีความเสี่ยง และตัวผู้ป่วยเอง (ไม่ตีตราตัวเอง)

- “Normalized HIV และได้นำหลักสูตร e-learning มาเป็นสื่อให้บุคลากรเรียนรู้ มีการกระตุ้นโดยใช้การให้รางวัลหน่วยงานที่มีผู้เรียนมากที่สุด นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้และสร้างตระหนักทั้งในบุคลากร กลุ่มผู้รับบริการและบุคคลทั่วไปอย่างต่อเนื่อง”

- “มีการทำงานที่คำนึงสิทธิของผู้ป่วย มีการจัดการเชิงระบบที่ลด S&D เช่น จัดหน่วยบริการแยกต่างหากเป็น One stop service รักษาความลับ (Coding, แพ้มแยกเฉพาะ) ไม่มีการจัดคิว PLHIV ไว้สุดท้าย”

- “คิดว่าเป็นการดำเนินงานที่ทำโดยปกติอยู่แล้ว และ PLHIV ไว้วางใจผู้ให้บริการ บางรายกล้าเปิดเผยตนเองและรับทำหน้าที่เป็นจิตอาสาใน รพ. รพ. ผ่านการรับรอง HA มาตั้งแต่ปี 40 กำลังจะเข้าสู่การรับรองรอบที่ 6 และผ่านการรับรองคุณภาพ HIV มาแล้ว และคะแนนความพึงพอใจบริการ ARV สูงสุดเป็นอันดับที่ 1 ในบริการ OPD”

ทีมผู้ให้บริการ

กระบวนการให้บริการของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง จากการสัมภาษณ์ทีมผู้ให้บริการจำนวน 14 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 7 คน เภสัชกร 2 คน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 1 คน และ NGO 4 คน ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงสถานการณ์การติดตามและการเลือกปฏิบัติว่า ณ ปัจจุบัน ไม่พบข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและการเลือกปฏิบัติ แต่เมื่อ 10 ปีก่อน เคยมีการให้บริการเป็นคิวสุดท้าย การพูดจาไม่สุภาพหรือการใช้อารมณ์ในการสื่อสาร พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องการมาตรวจยังมีความกลัวกังวลเรื่องการถูกเปิดเผยความลับ ไม่กล้าเข้ามาตรวจ เมื่อจะมาก็จะโทรศัพท์มาสอบถามว่าที่โรงพยาบาลคนเยอะไหม บางรายแสดงพฤติกรรมระแวงกลัวคนเห็นเมื่อมาตรวจที่สถานบริการ

รูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาลที่ไม่ได้ให้บริการแบบคลินิกเฉพาะนั้นกล่าวว่า การให้บริการอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก็เหมือนกับการให้บริการคนทั่วไป ใช้วิธีการกำหนดวันตรวจรักษาและนัดหมายให้ตรงกับแพทย์เฉพาะทาง ARV เพื่อได้รับการรักษาเฉพาะโรค โดยวันที่กำหนดนี้ไม่มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แต่เป็นแผนการทำงานภายในหน่วยงาน ด้านการเตรียมความพร้อมในการให้บริการแม้ไม่ได้เข้าโครงการ 3x4 ของทางส่วนกลาง แต่โรงพยาบาลที่ให้ข้อมูล 3 แห่ง มีการให้ความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการแบบไม่ตีตราและไม่เลือกปฏิบัติ มีแผนการดำเนินงานและนโยบายการให้บริการเพื่อพฤติกรรมบริการที่ดี อีกทั้งเมื่อองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จัดกิจกรรมเรื่องการติดตามและการเลือกปฏิบัติผู้ให้บริการในโรงพยาบาลได้มีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สำหรับบทบาทการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบเดียวกันอย่างชัดเจนคือ การติดตามเมื่อผู้ป่วยไม่มารับยา ขาดนัด จะมีระบบการติดตามที่ชัดเจน ทั้งการโทรศัพท์ตาม การหรือการติดตามโดยแกนนำ และการเยี่ยมบ้าน

ข้อสังเกต การมีอาสาสมัครแกนนำในระบบบริการทีมผู้ให้บริการสะท้อนว่าช่วยให้การดำเนินงานสะดวก เข้าถึงผู้รับบริการด้วยความเข้าใจ ลดปัญหาต่างๆ ลงได้

ประเด็นรูปแบบการให้บริการแม้โรงพยาบาลไม่ได้เข้าร่วมโครงการ แต่มีนโยบายหรือมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในรูปแบบที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง หรือรูปแบบ Humunize Crae มีส่วนสนับสนุนให้การให้บริการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติลงได้

อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้รับการบริการจากโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้านความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับจำนวนอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 8 ราย จาก สถานบริการ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาลเทพา อำเภอเทพ จังหวัดสงขลา โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้

ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องและไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการให้บริการและระบบบริการของโรงพยาบาลเป็นผู้สัมภาษณ์
ในเบื้องต้นได้ทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูลถึงประเด็นการสัมภาษณ์ว่าเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การตีตราและ
การเลือกปฏิบัติเมื่อมารับบริการ โดยพบว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจความหมาย
ของการตีตราและการเลือกปฏิบัติ โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เคยได้รับการบอกเล่าว่าเมื่อประมาณ 10 ปี
ก่อนหากมารับบริการอาจจะพบกับการให้บริการแบบไม่เป็นมิตร โดยมีการใช้คำพูด ท่าทางที่ไม่ดี มีการมอง
ด้วยสายตาแปลกๆ และมีการให้บริการที่ต้องรอเป็นคิวสุดท้ายในบางแผนกเนื่องจากเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ
เอชไอวี โดย ณ ปัจจุบันนี้ไม่พบปัญหาเรื่องการตีตราหรือถูกเลือกปฏิบัติเมื่อมารับบริการแล้ว แต่พบปัญหา
เรื่องระยะเวลาการรับบริการที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ต้องลงงานทั้งวันเพื่อมารับบริการ 1 ครั้ง
รูปแบบการให้บริการของสถานบริการ 3 แห่งใน 4 แห่ง มีการจัดบริการร่วมกับบริการของแผนกอื่น และมี 1
แห่งที่มีการให้บริการแบบ one stop service โดยแยกการให้บริการเป็นคลินิกเฉพาะ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลให้
ข้อคิดเห็นที่แตกต่างกันเรื่องระยะเวลาของการรอรับบริการว่า สถานบริการแห่งนี้ได้เปลี่ยนรูปแบบการ
ให้บริการจากบริการแบบร่วมแผนกมาเป็นคลินิกเฉพาะได้ประมาณ 3 ปี และให้ข้อมูลว่า “ก่อนหน้านี้ต้องร
อนานต้องรอตรวจกับคนอื่น ๆ รู้สึกไม่สะดวกไม่เป็นส่วนตัว เคยมีความกังวลเรื่องการเปิดเผยสถานะเมื่อต้อง
มารับบริการ กลัวคนรังเกียจ ภายหลังการจัดบริการแบบคลินิกเฉพาะให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียวรู้สึกพึง
พอใจ สะดวกและประหยัดเวลา จากเคยใช้เวลาครึ่งวันเปลี่ยนเป็น 2 ชม. ซึ่งกระทบกับการทำงาน/ลงงาน
น้อยลง”

คะแนนความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่รับบริการแบบร่วมแผนกเฉลี่ย คือ 8
คะแนน เนื่องจากยังต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรอรับบริการ และรูปแบบบริการทำให้รู้สึกไม่แตกต่าง
จากผู้รับบริการคนอื่นๆ ไม่ต้องกังวลกับการถูกจ้องมอง สำหรับกลุ่มที่รับบริการแบบคลินิกเฉพาะคะแนนความ
พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเฉลี่ยเท่ากับ 10 คะแนน เนื่องจากมีความรวดเร็วเป็นสัดส่วน ลดความกังวลว่าจะถูก
เปิดเผยสถานะ

ประโยชน์ของบริการที่ได้รับ นอกจากระบบการดูแลปกติในคลินิกที่จัดไว้มีโรงพยาบาล 2 แห่ง
ที่มีระบบพี่เลี้ยงโดยแกนนำ/อาสาสมัครผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเป็นผู้ทำหน้าที่ให้บริการเบื้องต้น เมื่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ
เอชไอวีมารับบริการแต่ละครั้ง เช่น การจัดคิว การซักประวัติ การประเมินสุขภาพเบื้องต้น และมีการทำ
กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว หรือทำกิจกรรมกลุ่มพูดคุยปัญหาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในรูปแบบ
เพื่อนช่วยเพื่อน จนถึงติดตามเมื่อไม่มาตรวจตามนัด การส่งยาและการติดตามเยี่ยมบ้าน กรณีที่พบผู้อย
ู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีปัญหายุ่งยากทั้งเรื่องปัญหาครอบครัว ปัญหาการรับประทานยาที่จะปรึกษาพยาบาลพี่
เลี้ยงเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน สำหรับโรงพยาบาลอีก 2 แห่งที่ไม่มีระบบพี่เลี้ยงการดูแลจะดำเนินการโดย
พยาบาลประจำคลินิกในวันที่มาตรวจ สำหรับความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาศึกษาได้
จากสื่อแผ่นพับวางเผยแพร่อยู่ สามารถนำกลับไปได้ นอกจากนี้มีผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ถ้ามีปัญหาที่ต้องการ
ปรึกษาหรืออยากได้ความรู้อะไรมีพวกสื่อแผ่นพับอยู่ข้างแต่ไม่ได้หยิบอ่าน มักจะไปสืบค้นความรู้ด้วยตัวเอง
เป็นหลัก” และมีผู้ให้ข้อมูลบางรายได้เข้าร่วมกิจกรรมกับองค์กรอื่นที่ไม่ใช่ใน รพ. เช่น MPlus และแกนนำ
เยาวชน

คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงระบบบริการเพื่อไม่ให้เกิดการตีตราหรือเลือกปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความกังวลเรื่องการรักษาความลับ ที่อาจทำให้ตนเองถูกรังเกียจหากคนในชุมชนรู้สถานะ และเสนอให้ปรับระบบบริการให้ใช้เวลาลดน้อยลงกว่านี้ เมื่อสอบถามถึงประเด็นพฤติกรรมบริการมีผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “เคยมีประสบการณ์ไปรับบริการที่รพ.อื่นพบว่าผู้ให้บริการแสดงท่าทางรังเกียจโดยให้ยืนห่างๆ น้ำเสียงการพูดจาสั้นและห้วนมาก สำหรับที่รพ.นี้ดีกว่ามาก ไม่เคยทำให้รู้สึกถูกรังเกียจ”

ข้อสังเกต การมีระบบพี่เลี้ยงอาสาสมัครแกนนำจะทำให้บริการด้านการให้ความรู้ คำปรึกษาในการดูแลตนเองและระบบการติดตามชัดเจนมากขึ้น

2. เปรียบเทียบการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการเปรียบเทียบโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล สามารถสรุปผลการสัมภาษณ์ตามมุมมองของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ดังตารางที่ 4 - 6 และทีมแชมป์ยืน/วิทยากรของโรงพยาบาล ในแต่ละภาค ดังตารางที่ 7 - 9

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคใต้ซึ่งเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ	โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ
-ดำเนินการเรื่องลด S&D มาตั้งแต่ก่อนมีโครงการนี้เพื่อลดอคติที่ชุมชนมีต่อ รพ. โดยปรับวิถีคิดคนทำงานให้เกิด “จิตบริการ” “การดูแลด้วยหัวใจความเป็มนุษย์” และเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม -เคยทำลดการตีตราในชุมชนผ่าน รพสต. และ อสม. (ไปแจกยา ARV) -เข้าร่วมโครงการเพราะถือเป็นโอกาส “เปลี่ยนจากมวยวัด..เป็นมวยมาตรฐาน” และมีข้อดีคือภาคีอื่นอยากมาเชื่อมงานด้วย... “ทำนํามา ก่อน..แต่มาเรียนรู้หลักการทีหลัง” -3x4 ทฤษฎีไม่ยาก แต่ปฏิบัติจริงยาก แม้จะมีการทำงานกับภาคีเยอะ แต่เป็นแบบตั้งรับ ภาคีเข้าหาเพราะความเชื่อถือ การเตรียมการ -ปี 60 ตั้งทีมแชมป์ยืน ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องหลักและมี QMR ร่วมด้วย ผลการดำเนินงาน -พบการปรับจิตบริการรายบุคคล -ปรับระบบเช่น มี Take home สำหรับ MMT -Clinical outcomes (CD4, VL) ดีขึ้น; Adherence>90% -มี PLHIV และ KPs เข้าถึงบริการมากขึ้น ตัวชี้วัดที่ดี: Self-stigma ความยากของ รพ. พึ่งพาตัวบุคคลมากกว่าระบบ อยากให้เกิดการพัฒนาทีมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับที่อื่น	ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการ แต่คำนึงถึงเรื่องนี้อยู่แล้ว เช่น -คำนึงสิทธิของผู้ป่วย (อยู่ใน HA) -มีการจัดการเชิงระบบที่ลด S&D เช่น จัดหน่วยบริการแยกต่างหากเป็น One stop service รักษาความลับ (Coding, แพ้มแยกเฉพาะ) -มีแนวปฏิบัติเรื่อง UP -ไม่มีการจัดคิว PLHIV ไว้สุดท้าย ข้อกังวล การเปิดเผยผลเลือดของหญิงตั้งครรภ์กับสามี (อิสลาม) ผลการดำเนินงาน -ผู้ป่วยพึงพอใจ -ARV Adherence >90%, VL< 90%

ข้อเสนอแนะ -หลักสูตร 10 และ 5 กิจกรรม ไม่ต่างกันลดทัวแต่ไม่เท่า Self-stigma ควรปรับเป็นการอบรมที่บูรณาการ 3x4 กับ Self-stigma -ปัจจัยความสำเร็จมาจาก เห็นปัญหา เครือข่ายเข้มแข็ง -การขยายภาพใหญ่ ใช้สิ่งการไม่ได้ผล ควรสร้างคุณค่า S&D ให้เหมือน HA ให้ S&D เป็นองค์ประกอบหนึ่งของ HA	
--	--

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ	โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ
รพ. ชุมชน 90 เตียง ผู้ป่วย ARV > 100 ราย มีคลินิกเฉพาะ -ดำเนินการเชิงระบบ/นโยบาย - การรักษาความลับ OPD card, ส่ง Lab, ส่งต่อแบบ paperless โยงเข้าไปอยู่ในระบบประกันคุณภาพ (ผ่าน HA 2 ครั้ง รอรับรองรอบที่ 3) -การให้บริการที่ดีที่สุดเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพกับผู้ป่วย การดำเนินการในอนาคต -ปีต่อไปจะดำเนินการต่อหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าเป็นปัญหาขององค์กรหรือไม่หากเห็นว่ามีสำคัญก็ยินดีให้การสนับสนุน ข้อเสนอแนะ -S&D ไม่จำเป็นต้องมีงบจากส่วนกลาง โรงพยาบาลดำเนินการเองได้ ถ้าเห็นความสำคัญ	หน.พยาบาล/ผู้แทน ผอ. เคยได้ยื่นโครงการ 3x4 มีหนังสือแจ้งถึงหน่วยงานแต่ยังไม่ได้เข้าร่วม เนื่องจาก -ไม่แน่ใจเรื่องนโยบาย -ไม่แน่ใจเรื่องความพร้อมของ รพ. -คิดว่าเป็นการดำเนินงานที่ทำโดยปกติอยู่แล้ว และ PLHIV ไว้วางใจผู้ให้บริการ บางรายกล้าเปิดเผยตนเองและรับทำหน้าที่เป็นจิตอาสาใน รพ. -รพ. ผ่านการรับรอง HA มาตั้งแต่ปี 40 กำลังจะเข้าสู่การรับรองรอบที่ 6 -ผ่านการรับรองคุณภาพ HIV สถานการณ์การ S&D ในโรงพยาบาล -เมื่อก่อนเกิดการตีตราในชุมชนเพราะความกลัว แต่ใน รพ. ไม่มีเหตุการณ์ ปัจจุบันสังคมมีทัศนคติที่ดีละยอมรับผู้ป่วยได้มากขึ้น การดำเนินงานลด S&D -ทำ โฆษณา spot sticker เผยแพร่ในชุมชน -จนท.: ให้ความรู้ที่ update เป็นระยะ เรื่อง HIV, UP, 2P Safety รวมทั้งการปฐมนิเทศ และ Coaching หน่วยงาน -ยึด Vision “เมตตา เสียสละ” เพื่อให้ทำงานง่ายและลดข้อร้องเรียน -ไม่มีโครงการ S&D โดยเฉพาะ เพราะอยู่ในหน่วยงานอยู่แล้ว การประเมินผลการทำงาน -คะแนนความพึงพอใจบริการ ARV สูงสุดเป็นอันดับที่ 1 ในบริการ OPD

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือซึ่งเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ	โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ
- รพ. ดูแลผู้ป่วย 4,500 – 6,000 ราย (เฉพาะสิทธิ สปสช แต่หากรวมข้อมูลทุกสิทธิทุกฐานข้อมูล =ราย) -เข้าร่วมโครงการ S&D มาประมาณ 3 ปี (เริ่ม ปี 2561) เพราะคิดว่าเป็นสิ่งที่ดี -ข้อมูล Baseline พบสถานการณ์ S&D 70% แต่มองว่าเครื่องมือประเมินยังไม่สอดคล้องกับหลักการของ Infectious control เพราะโรงพยาบาลดำเนินการเคร่งครัดในเรื่องนี้อยู่แล้ว แต่เครื่องมือเป็นการ วัดคนละ Aspect ตนมองว่าบุคลากรมีทัศนคติต่อ PLHIV ดีขึ้นเพราะมี IC Control (การจัดการเชิงระบบ) แนวทางการดำเนินงาน S&D ของ รพ. -ให้ S&D เป็นส่วนหนึ่งของ DSC -ผสมผสานกับ HIV+TB ผลการดำเนินงาน -ผลประโยชน์ S&D 3 ปีที่ผ่านมาพบว่าไม่มีความแตกต่าง -มีการปรับเปลี่ยนเชิงระบบ เช่น -ปรับระบบการรับยาให้สะดวกขึ้น -จัดคลินิกบริการ ARV ให้หลากหลายและเข้าถึงสะดวกขึ้น เช่น จันทน์-พฤษ์ นอกเวลา และวัยรุ่นอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้มารับบริการที่คลินิกผู้ใหญ่ -ผู้รับบริการพึงพอใจ และให้บริการเป็นมิตร บอกต่อปากต่อปาก ทิศทางการดำเนินงานในอนาคต -ไม่ต้องการการอบรมเพิ่ม -การปรับ attitude ที่ได้ผลของบุคลากรขึ้นอยู่กับ attitude ของผู้นำ -เพิ่มการทำงานเชิงรุกในชุมชน	-HIV เป็นเรื่องล้าสมัย เป็นการปฏิบัติปกติตามหลัก UC -S&D ที่ รพ ดำเนินการ คิดว่าแต่ละแห่งคงมีความตั้งใจทำเรื่องนี้ไม่แตกต่างกัน -การพิทักษ์สิทธิและให้ข้อมูลข่าวสารตาม Protocol แต่ละเรื่องที่มีอยู่ -ไม่มีสัญลักษณ์ที่ระบุตัว -ไม่ตำหนิ -Control ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง -ปัจจุบัน รพ ไม่ถูกร้องเรียนเรื่องเลือกปฏิบัติ (เดิมอาจมี conflict ระดับ จนท. เช่น การเปิดเผยผลเลือด แต่คลินิกนิรนามช่วยลดปัญหานี้ได้เยอะ) -ยังพบประเด็นกำแพงความกลัวเรื่องการขอตรวจเลือดตามสิทธิ -ไม่มีโครงการ S&D พิเศษ เพราะอยู่ในมาตรฐานที่ต้องทำอยู่แล้ว ของ HA (สิทธิผู้ป่วย) ซึ่ง รพ. ได้ทบทวนประเด็นเกี่ยวกับผู้ป่วยและประเด็นที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงาน -ความพึงพอใจของผู้รับบริการดีขึ้นตลอด -ทีม ARV ทำงานได้ดี ผอ ไม่ห่วง ไว้วางใจทีมงาน -ยังไม่เคยสำรวจสถานการณ์ S&D ใน รพ ข้อเสนอแนะ -HIV-Co ควรมีตำแหน่งรองรับเหมือนงานอื่นๆ และขาดการพัฒนา

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความคิดเห็นของทีมแชมป์เปียน/วิทยากรของโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคใต้ ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ	โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ
ขั้นตอนเตรียมการ 1. จัดตั้งทีมแชมป์เปียน โดยใช้คณะกรรมการบริหาร รพ. + หน QMR ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนได้จริง (QMR เข้าร่วมช่วง 59-62 แต่ 63 เป็น ผู้สนับสนุนอยู่เบื้องหลัง) 2. สำรวจสถานการณ์ ปี 58 (Baseline) พบปัญหาทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ 3. ทีมครู ข (ทีมวิทยากรของ รพ = 4 คน) ได้รับการอบรมจากทีมครู ก (ทีม วิทยากรของจังหวัด) ขั้นตอนของการอบรมหลักสูตร 3 x 4 สามารถดำเนินการอบรมแก่บุคลากรได้ 95% 1. การอบรมครั้งแรกโดยทีมวิทยากรจังหวัด มีวิทยากรจากส่วนกลาง คือ คุณนิวัตร มาสังเกตการณ์ ผู้เข้าอบรมในครั้งนี้ คัดเลือกจากผู้ที่จะมีอิทธิพล กับคนทำงาน ได้แก่ บุคลากรในทีม HA และหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน (คาดหวังว่ารุ่นแรกนี้ใช้หลักสูตร 10 กิจกรรม) ในช่วง 2. การอบรมรุ่นที่ 2 และ 3 แก่บุคลากรที่เหลือ โดยทีมวิทยากรครู ข มี วิทยากรจากส่วนกลาง คือ คุณปาริชาติ มาสังเกตการณ์ (ใช้หลักสูตร 5 กิจกรรม) การกำกับติดตามการดำเนินงานภายหลังการอบรม -ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติ เช่น การแยกปรอท การเรียกชื่อ สัญลักษณ์ใน OPD card และพยาบาลไม่เกี่ยวข้องที่จะดูแล PLHIV -ผลประเมิน End line ยังพบว่าความกลัวและวิตกกังวลของผู้ให้บริการยังไม่ค่อยเปลี่ยน ให้คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงาน - 8-9 คะแนน (เต็ม 10) ที่เหลือคืออยากเติม Self-stigma แนวทางพัฒนาต่อ ยอด -ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น TB และ NCD รวมถึง KPs เช่น PWID และ MWs ข้อเสนอแนะ - 5 กิจกรรม เหมาะสำหรับการอบรมเพื่อ Booster เป็นระยะ และการอบรม จนท ใหม่ - ต้องการงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง - ทีมวิทยากรของโรงพยาบาลอยากได้องค์ความรู้เพิ่มขึ้น ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลอื่น และ Site visit	เกสซ์ -มีทีมสหวิชาชีพดูแล PLHIV (แพทย์ เกสซ์ พยาบาลวิชาชีพ) -คลินิก ARV อังคารเช้า มีผู้ป่วย ประมาณ 25 คน/สัปดาห์ นัด ห่างทุก 3 เดือน แต่ผู้ป่วยใหม่จะ ถีกว่านั้น L/F ราว 10% -บุคลากรอื่นใน รพ ใช้หลัก UC พยาบาล HIV-Co -เคยได้ยินว่ามีโครงการ S&D สนใจ และสงสัยว่าทำไม รพ เรา ไม่ถูกเลือกเข้าโครงการ -เคยทำแบบสอบถามทั้งผู้ให้และผู้รับบริการไป 1 ครั้ง แต่ไม่รู้ผล -S&D เป็นสิ่งที่ทำในเนื้องานอยู่แล้ว ถือว่าไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่.. -ยังไม่ทราบกระบวนการที่ชัดเจน -อาจไม่รู้ว่สิ่งที่ทำอยู่เป็นการ ตีตราและเลือกปฏิบัติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความคิดเห็นของทีมแชมป์เปียน/วิทยากรของโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ	โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ
ทีมวิทยากร ประกอบด้วย 5 คน มี หน. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ เป็นหลัก ขั้นตอนเตรียมการ 1. ทราบข้อมูลจาก สสจ. มีความสนใจจึงเสนอต่อที่ประชุม กก.บริหารของ รพ. เมื่อ ได้รับความเห็นชอบจึงแจ้งความจำนงค์เข้าร่วมโครงการ ในปี 62 2. เข้าอบรมเป็นทีมวิทยากรจังหวัด (ครู ก) ที่ กทม 3-5 วัน 2.สำรวจสถานการณ์ ปี 58 (Baseline) พบปัญหาทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ 3. ทีมครู ข (ทีมวิทยากรของ รพ = 4 คน) ได้รับการอบรมจากทีมครู ก (ทีมวิทยากรของจังหวัด) ขั้นตอนของการอบรมหลักสูตร 3 x 4 ปี 2562-2563 สามารถดำเนินการอบรมแก่บุคลากรได้ 2 รุ่นๆ ละ 60 คน รวม 120 คน จากบุคลากรทั้งหมด 300 คน โดยใช้ทีมวิทยากรจังหวัด (รวมถึงวิทยากรของ รพ) ใช้หลักสูตร 5 กิจกรรม 1 วัน แบ่งทำกิจกรรมกลุ่มย่อย VDO ที่ใช้ประกอบนำเสนอ -กิจกรรมกลุ่มย่อยมีทั้งแบบคละและแยกวิชาชีฟ -พบปัญหาคนเข้า-ออกระหว่างการประชุมบ้าง และแพทย์บางคนต้องออกตรวจไม่สามารถอยู่ได้ทั้งวัน การกำกับติดตามการดำเนินงาน -คะแนน Baseline ยังพบว่ามีปัญหา -หลังการอบรมประเมินผ่าน QR Code ไม่ได้ติดตามว่าผลเป็นอย่างไร -กิจกรรมวางแผนการดำเนินงานที่ได้จากการประชุมกลุ่ม 1. การเจาะเลือด ยังมีการแสดงสีหน้า ใช้เสียงดัง หลังอบรมพบพฤติกรรมดีขึ้น 2. ปรับการใช้แฟ้มเป็น paperless 3. การจัดคิวห้องฟัน แต่เป็นปัญหาที่ยังแก้ไม่ได้ แผนงานในอนาคต -จัดอบรมเพิ่มเติมให้ครอบคลุมบุคลากรมากที่สุด ให้คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงาน - 8 คะแนน เพราะพฤติกรรมบริการยังไม่เปลี่ยนมือคตเหลืออยู่	รพ. 120 เตียง (M2) พยาบาล HIV-Co ทำงาน HIV ตั้งแต่ มค. 2546 รับผิดชอบคลินิก ARV (ผู้ป่วยประมาณ 360-370 คน) และจิตเวช -ARV คลินิกมีทุกจันทร์เช้า มีอายุรแพทย์ออกตรวจวันอื่นต้องไปที่ ER สถานการณ์ S&D -ในชุมชน ปี 2546 เด็กนักเรียนมารดาติดเชื้อไปกัดคนอื่น - เกิดความตื่นตระหนกและตีตราในชุมชน รพ.ต้องเข้าไปช่วยคลี่คลาย -ใน รพ. ไม่พบปัญหาแต่ จนท. รู้ว่าเป็น “คนไข้พี่เดือน” -ทราบเรื่องโครงการจาก สสจ. แต่คิดว่า รพ. ไม่มีปัญหา และยังไม่สะดวกเข้าร่วม อีกทั้งมีคนสมัครเต็มแล้ว มุมมองต่อโครงการ 3x4 -จะมีโครงการหรือไม่ก็ได้ เพราะให้บริการด้วยใจ มีความจริงใจ ให้การดูแลแบบพี่น้อง-ญาติ การประเมินสถานการณ์ S&D -ทำเมื่อสองปีที่แล้ว เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย 30 ราย ส่ง สสจ. แต่ไม่ได้รับ Feedback ทำให้ไม่รู้สถานการณ์ตัวเอง การประเมินคุณภาพบริการ -ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยศูนย์คุณภาพฯ -ประเมิน Clinical outcomes และคุณภาพชีวิต ข้อเสนอแนะเรื่องการสนับสนุนจากส่วนกลาง -มีงบประมาณลงมาให้ตรงๆ อาจไม่ยั่งยืน -ควรให้ S&D เข้าไปอยู่ในเนื้องาน เอาใจดูแลประชาชน เพื่อให้ได้ใจเขา

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความคิดเห็นของทีมแชมป์เปียน/วิทยากรของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ
ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ	โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ
พยาบาล HIV-Co และดูแลศูนย์เอดส์ (ปัจจุบันดูแลเรื่อง TB ด้วย) -แยกเป็นศูนย์เอดส์ ตั้งเมื่อปี 53 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเยอะมาก อยู่ภายใต้กลุ่มการพยาบาล (ตำแหน่งในศูนย์อยู่ภายใต้กลุ่มการพยาบาลจึงถือเป็นหัวหน้าศูนย์) ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัช และศูนย์องค์รวม -จำนวนผู้ป่วยของ รพ. (ลงทะเบียน = 5,700; Active case=4,500) -ศูนย์เปิดบริการทุกวัน Pt. พบแพทย์ พยาบาล และเภสัช, วันอื่น Refilled Med ตาม SOP หรือ ให้คำปรึกษาโดยพยาบาล เข้าร่วมโครงการ 3x4 ปีงบประมาณ 2561 <u>ขั้นตอนเตรียมการ</u> 1. ปลายปี 60 เข้ารับการอบรม TOT 1 ครั้ง 3 วัน 5 กิจกรรม มีทีมที่ไปรับการอบรม 2 คน คือ คุณสุภาวดี และพยาบาลให้คำปรึกษา (ตอนนี้ย้ายไปกาญจนบุรีแล้ว) 2. ข้อมูล Baseline ไม่ได้ประเมินใหม่ ใช้ผลจากการประเมินต้นปี 60 เนื่องจาก รพ เป็น site ประเมินผล S&D ของประเทศอยู่แล้ว 3. ไม่มีการจัดตั้งทีมแชมป์เปียนเพิ่ม ใช้ทีมสหวิชาชีพของศูนย์ และดำเนินการผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ DSC HIV-STI ซึ่งมีรองแพทย์เป็นประธาน ก่อนเริ่มโครงการ (มค. 61) ได้เสนอผลการประเมิน S&D และโครงการ เพื่อขอความเห็นชอบจาก กก. ชุดนี้ <u>ขั้นตอนของการอบรมหลักสูตร 3 x 4 (5 กิจกรรม)</u> -ปี 61 ดำเนินการอบรมแก่บุคลากรได้ 3 รุ่นๆ ละ 50 คน รวม 150 คน จากบุคลากรประมาณ 2,900 คน (อัตราความครอบคลุม ประมาณ 5.17%) ผู้เข้าอบรมแต่ละรุ่นจะคละกันทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัช และพนักงานผู้ช่วย -วิทยากรหลักมี 2 คน คือ คุณสุภาวดี และน้องพยาบาลอีกคน ซึ่งเคยเข้ารับการอบรมซึ่งจัดที่เชียงใหม่ ส่วนทีมของศูนย์เอดส์ร่วมเป็นวิทยากรกระบวนการ และมีแพทย์ IC จาก กก DSC เข้ามาเสริมในบางหัวข้อ -การประเมินผลหลังการอบรมพบว่าผู้เข้าร่วมรู้สึกดีใจและประทับใจในการทำกิจกรรม	แพทย์ ประธานศูนย์เอชไอวี -มีประสบการณ์ทำงาน HIV ตั้งแต่ ปี 2540 <u>สถานการณ์ S&D</u> -ไม่ตัดสินใจเข้าร่วมการประเมินสถานการณ์ S&D เพราะการประเมินสถานการณ์มีการขอข้อมูลละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละวิชาชีพด้วย เกรงว่าจะไม่ได้ได้รับความร่วมมือ -มุมมองของสังคมเอชไอวี ไม่น่ากลัวแล้ว เป็นโรคที่ไม่ตาย ผู้ป่วยแข็งแรง สุขภาพจิตดี เข้าสู่สังคมได้ 100% ดีกว่าป่วยด้วยโรคเริมและเบาหวาน ผู้ป่วยเริ่มมีเป้าหมายในชีวิตดีขึ้น (มีลูก มีครอบครัว) <u>การจัดการเชิงระบบ</u> -จัดตั้งศูนย์ HIV ประมาณปี 47 เริ่มผลักดันจากงานวิจัยเกี่ยวกับ burden of HIV ในการดูแลผู้ป่วยของคณะแพทย์ มช (Community med) ขณะนั้นแม้ผู้ป่วยไม่เยอะแต่ต่างคนต่างทำ ทำให้มีภาระงานมากซ้ำซ้อน แพทย์อยากลาออก ผู้บริหารรับทราบปัญหาจากผลการวิจัยเลขาทางออกด้วยการตั้งศูนย์เพื่อช่วยลดภาระเรื่องระบบเอกสาร มี นวก เป็นเลขา ศูนย์นี้ไม่มีอยู่ในโครงสร้าง แต่เป็นงานพัฒนาคุณภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ DSC HIV-STIs เป็นการรวมกลุ่มการทำงานสหวิชาชีพประกอบด้วยอายุรแพทย์ กุมารแพทย์ สูติแพทย์ เภสัช Lab และพยาบาลจากแผนกต่าง ๆ รวมทั้งจิตเวชและเวชกรรม ซึ่งแต่ละคนจะไปแตกเป็นงานพัฒนาคุณภาพของตัวเอง เช่น สูติฯ จะไปทำเรื่องการป้องกันจากแม่สู่ลูก อายุรกรรมจะทำคลินิก ARV มีการประชุมศูนย์เดือนละครั้ง -เลือก DSC ของ HIV-STIs ในปี 58-59 เพราะทำงานเรื่องนี้จนมีผลงานพอควร แต่กระบวนการยากไม่เก่งในการเขียน ตอนหลังเลยล้มเลิกความตั้งใจที่จะขอการรับรอง แต่กระบวนการพัฒนายังหมุนเป็นวงล้ออย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ปัจจุบันศูนย์ยังคงอยู่ (มี จนท ประจำ 2 คน) แต่ทำหน้าที่หลักเพียงการรวบรวมข้อมูลและการ reimburse เงิน จาก สปสช

ความคิดเห็นต่อ 3x4การจัดอบรมในหลักสูตร 5 กิจกรรม:

-มองเห็นภาพแต่ในทางปฏิบัติอาจเกิดได้ยาก หากจะต้องดำเนินการให้ครอบคลุมบุคลากร 100% เพราะโรงพยาบาลใหญ่มีภาระงานมากทั้งงานบริการและอื่นๆ เช่น คุณสุภาวดีต้องดำเนินงานในโครงการเองทั้งหมดทุกขั้นตอนตั้งแต่เขียนโครงการ ขออนุมัติ จัดประชุม และเป็นวิทยากร

-ในการทำให้เข้าใจทั้ง 4 ด้านอย่างลึกซึ้ง ต้องใช้วิทยากรและเวลามากกว่านี้ อาจได้แค่ความรู้

-เพื่อขยายผล S&D ให้ครอบคลุมบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล จึงใช้หลักสูตร E-learning เข้ามาช่วย สร้างแรงจูงใจโดยนับเป็นคะแนน competency ภายหลังจากการอบรม มีผู้เข้าเรียน 700 คน ซึ่งแม้ว่าหลักสูตรจะมีทั้ง 5 กิจกรรม แต่มีข้อเสีย คือ ผู้เรียนอาจกดข้ามบทเรียนและไปตอบคำถามเลย จึงไม่เกิดการเรียนรู้

การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานภายหลังการอบรม

-ปรับปรุงกิจกรรมบริการรายบุคคล

-ปรับเชิงระบบได้บางอย่างผ่าน กก DSC ซึ่งเห็นความสำคัญของ S&D อีกทั้ง กก ชุดนี้มาจากทุกวิชาชีพ จึงส่งผลดีต่อการปรับเปลี่ยนหากพบปัญหา เช่น เรื่องการสวมถุงมือสองชั้น (แพทย์ใช้กับผู้ป่วยทุกราย) ทำให้มีการหาสาเหตุและแก้ไขเรื่องการจัดซื้อถุงมือที่มีคุณภาพมากขึ้น ถือเป็นความโชคดีที่ S&D 3x4 มาพร้อมๆ กับการที่ รพ. เข้าสู่ระบบ DSC (2559) ทำให้เกิดการผลักดันเชิงนโยบายจากผู้บริหาร รพ. ผ่านการรับรองจาก สรพ.

-ยังพบปัญหาการจัดคิวในบางแผนก

-ผลการประเมิน S&D หลังดำเนินการพบว่าคะแนนในส่วนของคุณคลากรยังมีปัญหา และสวนทางกับการรับรู้ของ PLHIV ซึ่งทีมศูนย์ และ กก DSC ได้พิจารณารายละเอียดคำถามแต่ละข้อ และมีความเห็นว่าบางคำถามเป็นแบบซ้อนปฏิเสธ และบางคำถามอาจต้องดูคำตอบที่เชื่อมโยงกับบริบทหรือเหตุผลในการตัดสินใจ ส่วนคำถามเกี่ยวกับความกลัวและทัศนคติ โดยเฉพาะในข้อ 1,2,3 เป็นการใช้ความรู้สึกของตนเป็นบรรทัดฐาน อาจต้องทบทวน

แนวทางพัฒนาต่อยอด

-จูงใจให้บุคลากรที่เหลือเข้าไปเรียนหลักสูตร E-learning แต่ต้องขอผลการประเมินไปที่ Admin ของกองโรคเอดส์ฯ

-ผลักดันการดำเนินงาน S&D ผ่าน DSC

-DSC ทำให้มีการกระจายให้พยาบาลทุก ward ทุกจุดบริการ สามารถทำ pre-test counseling ได้ เพื่อส่งเสริมตามนโยบายรู้เร็วรักษาได้ เพราะ lab ไม่ยอมตรวจหากไม่ผ่านการ counseling โดยอบรมพัฒนาให้มีพยาบาล counselor ทุก ward ละ 1 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย มีการ Update ทั้งความรู้และ counseling techniques ถือเป็นการเปลี่ยน Mind set ของคนทั้งรพ. ให้ถือว่าการตรวจเอชไอวีเป็นเรื่องที่ดังมา

-รณรงค์ให้ทุก ward ส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจ HIV และเชื่อมโยงเข้าสู่การรักษาทันที มี guideline แจกให้พยาบาล counselor

-ศูนย์ฯ เป็นทีมนำในการกระจายความรู้ที่เป็นปัจจุบันแก่บุคลากรทุกฝ่าย (เช่น ศัลยแพทย์ สูติแพทย์ และพยาบาลในทุกแผนก) เพื่อลดความกลัว ให้ทุกคนรู้เหมือนกับผู้ให้การรักษา ทำให้ HIV เป็นโรคปกติก็จะลดความกลัวและการรังเกียจทั้งจากผู้ให้บริการเอง รวมทั้งคนที่มีความเสี่ยง และตัวผู้ป่วยเอง (ไม่ตีตราตัวเอง).

Normalized HIV

การดำเนินงานเพื่อลด S&D

-ปี 62 Theme ทำงานเป็นเรื่องการตีตรา โดยใช้เงินจาก สปสช. ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ ตามเป้าหมาย three Zero ซึ่งยังไม่ได้ทำและท้าทาย โดยศูนย์ฯ เป็นคน organize งานแต่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงาน เอชไอวีและ STIs เริ่มจากจัดอบรมให้ counselor ไปเจอว่ามีหลักสูตร e-learning โดยบังเอิญ จึงติดต่อเพื่อขอให้บุคลากรได้อบรมในหลักสูตรนี้ มีผู้สนใจทุกระดับเข้าร่วม 500 คน มี 10 wards ที่มีคนเข้าเรียนครบ 100% และได้รับรางวัลพิเศษ

- 1 ธค 62 มีกิจกรรมพบกับผู้ป่วย รับรางวัลคนที่เรียน e-learning เชิญผู้ที่ยอมเปิดตัวมาเล่าประสบการณ์ชีวิตให้ฟังว่าต้องเผชิญกับอะไรบ้าง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงซึ่งกินยา PrEP, PeP (ว่าไม่น่ารังเกียจ) ช่วงบ่ายมีคนจาก รักษ์ไทยมาจัดกิจกรรม S&D มินิค.พยาบาล (ไม่มีความรู้ในเรื่องนี้เลย) นศ.แพทย์เข้าร่วมด้วย

-E-learning ตีมาก เรียนให้เสร็จในครั้งเดียว หรือทิ้งไว้แล้วมาเรียนต่อได้

ข้อเสนอแนะ -สสจ และ สคร ไม่ค่อยมีบทบาทหนุนเสริมการทำงานของ รพ. -ควรมีการสนับสนุนเพิ่มเติมทั้งในแง่คน และเวลา -ส่วนกลางควรส่งเสริมและผลักดันการดำเนินงาน S&D ไปยัง ภาคส่วน อื่น ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขด้วย รวมถึงท้องถิ่น -สร้างความเชื่อมโยงสู่ชุมชนโดยใช้บทบาทของคณะกรรมการ เอ็ดส์จังหวัด	แผนการทำ S&D ตามชุด 3x4 -อยากทำ แต่ฝ่ายพยาบาลไม่ยอมทำ อยากให้ฝ่ายการ พยาบาลเป็นคนรับผิดชอบหลักเรื่องนี้ ข้อเสนอแนะ -ควรมีตำแหน่งรองรับของ HIV-Co เพราะไม่มีชื่อ ตำแหน่ง จึงไม่มีเงินประจำตำแหน่ง
--	---

3. ข้อมูลจากการสังเกตการดำเนินงานจริงในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักของแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากกิจกรรมการดำเนินโครงการที่มุ่งหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและระบบการให้บริการเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพนั้น ปัจจัยหลักหนึ่งที่เป็นสาเหตุคือ สภาพแวดล้อมในหน่วยงานหรือนโยบายที่ไม่เอื้อ/เป็นอุปสรรค (Institutional environment) ผู้วิจัยจึงวางแผนการเก็บข้อมูลจากการสังเกตการดำเนินงานจริงในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักของแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ด้วยปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID 19 ส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการลงพื้นที่จากแผนการเก็บข้อมูลที่วางไว้คือ 9 แห่ง สามารถเก็บข้อมูลจริงได้เพียง 5 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่เข้าร่วมดำเนินโครงการจำนวน 3 แห่ง ไม่เข้าร่วมโครงการ 2 แห่ง ซึ่งเสนอข้อมูลในภาพรวมได้ดังนี้

ประเด็นการสังเกต

1) มาตรการเชิงโครงสร้าง

1.1) การจัดระบบสถานที่/สิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ มีการแยกพื้นที่หน่วยบริการ/คลินิก

ให้บริการตรวจรักษาเฉพาะ ทั้ง 3 แห่ง

โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ แยกพื้นที่หน่วยบริการ และให้บริการ

ตรวจรักษาเฉพาะ 1 แห่ง มีพื้นที่หน่วยบริการเฉพาะแต่ให้บริการตรวจ

รักษารวมกับผู้ป่วยทั่วไป 1 แห่ง

1.2) การจัดระบบการนัด การจัดคิว และการเรียกเข้ารับบริการ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จัดระบบภายในหน่วยบริการทั้ง 3 แห่ง

โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ จัดระบบภายในหน่วยบริการ 1 แห่ง ใช้

ระบบร่วมกับแผนกผู้ป่วยนอก ต้องแยกตรวจเช็คการนัด การติดตามและ

จัดทำทะเบียนเฉพาะอีกครั้งหนึ่ง 1 แห่ง

1.3) การจัดระบบ Universal precaution

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ไม่พบการให้บริการ ระบบบริการ หรือการ

ทำสัญลักษณ์ที่นำไปสู่การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ไม่พบการให้บริการ ระบบบริการ หรือ
การทำสัญลักษณ์ที่นำไปสู่การติดตามและการเลือกปฏิบัติ

1.4) แนวปฏิบัติ/แผนผังในการให้บริการที่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ยึดตามรูปแบบของกรม

โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ยึดตามรูปแบบของกรม

2) มาตรการระดับบุคคล

พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ที่อาจแสดงถึงการติดตามและเลือกปฏิบัติ ได้แก่ การปฏิเสธ/ไม่ให้บริการ หรือการให้บริการล่าช้ากว่าผู้ป่วยทั่วไป การแสดงออกถึงความกลัว/ความกังวล/รังเกียจในการให้บริการ คำพูด/น้ำเสียง สีหน้า ท่าที การแสดงทัศนคติเชิงลบ เช่น การด่วนสรุป การตัดสิน และการตำหนิแบบเหมารวม การสวมถุงมือ 2 ชั้นเมื่อต้องให้บริการ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ไม่พบการปฏิบัติที่เป็นการติดตามเลือกปฏิบัติ

โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ไม่พบการปฏิบัติที่เป็นการติดตามเลือกปฏิบัติ

3) มาตรการเชื่อมประสานกับชุมชน

แนวปฏิบัติ/แผนผังในการให้บริการที่เชื่อมประสานกับชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินโครงการฯ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ไม่พบแนวปฏิบัติ/แผนผังในการให้บริการที่แสดงการเชื่อมประสานกับชุมชน แต่พบการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจนทั้งแกนนำผู้ติดเชื้อและ NGO

โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ไม่พบแนวปฏิบัติ/แผนผังในการให้บริการที่แสดงการเชื่อมประสานกับชุมชน แต่พบการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจนทั้งแกนนำผู้ติดเชื้อและ NGO เพียง 1 แห่ง

4) ความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ

พฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับบริการที่บ่งบอกความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจต่อ
บริการที่ได้รับ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ พึงพอใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงความเคารพนับถือ
และให้ความร่วมมือดีมาก

โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ พึงพอใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงความเคารพนับถือ
และให้ความร่วมมือดีมาก

เมื่อนำข้อมูลจากการสังเกตวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่นำเสนอไปเบื้องต้น
ผู้วิจัยมีข้อสังเกตดังนี้

มาตรการเชิงโครงสร้าง

1) การจัดรูปแบบบริการแบบบริการร่วมแผนก และบริการแยกหน่วยเฉพาะผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีแสดงความพึงพอใจต่อรูปแบบและให้เหตุผลประกอบที่หลากหลาย ดังตัวอย่างเช่น การแยกแผนกทำให้เป็นสัดส่วน ไม่ต้องกังวลว่าจะพบเจอคนรู้จัก แยกเป็นสัดส่วนมาอยู่ต่างหากแบบนี้ไม่เจอใครดีแล้ว หรือแยกแผนกแล้วทำให้เป็นเป้าสายตา รับบริการร่วมแผนกทำให้เหมือนคนไข้ทั่วไปดีกว่า

2) ระบบนัดและการตรวจรักษา แบบร่วมแผนกแล้ว ใช้เวลารอคิวนานมาก มาตรวจครั้งหนึ่งต้องลางานทั้งวัน หรือแบบหน่วยบริการเฉพาะ รวดเร็วดีไม่ต้องยุ่งกับใคร จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเฉพาะเจาะจงของบริบททั้งเชิงสังคมและความเป็นบุคคลของในแต่ละพื้นที่ ที่ควรมีกระบวนการสำรวจความต้องการในการจัดระบบบริการของแต่ละสถานบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น

มาตรการระดับบุคคล จากการสัมภาษณ์พบว่ายังมีผู้ให้บริการที่มีพฤติกรรมบริการซึ่งปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่แสดงถึงการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเด็นการปฏิเสธ/ไม่ให้บริการ หรือการให้บริการล่าช้ากว่าผู้ป่วยทั่วไป โดยจัดให้เป็นคิวสุดท้ายของการตรวจรักษาในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 1 แห่ง และยังพบพฤติกรรมบริการที่ใช้คำพูด/น้ำเสียง สีหน้า หรือท่าทีที่ไม่ดีต่อผู้รับบริการในบางแผนกทั้งโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัจจัยด้านความกลัว ความกังวล และความตระหนักในคุณภาพการให้บริการด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการที่อาจจะยังต้องการการปรับแผนหรือหลักสูตรในการดำเนินการเพื่อจัดการกับปัจจัยนี้ให้มากขึ้น

มาตรการเชื่อมประสานชุมชน ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า โรงพยาบาลที่มีอาสาสมัครแกนนำที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือมี NGO เข้าร่วมให้บริการในแผนกเมื่อสัมภาษณ์ผู้รับบริการจะเห็นถึงความสะดวกรวดเร็วในการได้รับบริการ และมีกิจกรรมการดูแลต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เช่น การทำกลุ่มกิจกรรมให้ความรู้ การโทรศัพท์ติดตามเมื่อขาดนัด การเยี่ยมบ้าน การดูแลช่วยเหลือปัญหาอื่นๆ ที่นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพ โดยจากการสัมภาษณ์มีการให้ข้อมูลว่า พี่เลี้ยงดูแลดีมาก มีอะไรปรึกษาได้ทุกอย่าง และเอาใจใส่ช่วยเหลือเสมอ ภาพของการเชื่อมประสานชุมชนจากการสัมภาษณ์แกนนำอาสาสมัครพบว่าเป็นการดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และประเมินปัญหาในครอบครัวหากเคยมีปัญหาอยู่ยากก็จะนำมาปรึกษาพยาบาลประจำคลินิก

เมื่อสัมภาษณ์อาสาสมัครแกนนำเพิ่มเติมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเชื่อมประสานชุมชนว่าหมายถึงอะไรตามความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลพบว่า การดำเนินงานเชื่อมประสานชุมชนหมายถึง การดูแลคนนอกโรงพยาบาล การไปติดตามเยี่ยมบ้านนั่นเอง เมื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการดูแลช่วยเหลือภายนอกสถานบริการสุขภาพผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีความต้องการอะไรบ้าง ผู้ให้ข้อมูลเสนอเกี่ยวกับการดูแลทุกอย่างที่จะทำให้เขามีชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพ งาน การอยู่ร่วมกับชุมชน ตัวอย่างการช่วยเหลือได้แก่ การช่วยหางาน แนะนำงานให้ การชักชวนเข้าอบรมหากโรงพยาบาลหรือส่วนราชการจัดอบรมเกี่ยวกับอาชีพ การประสานให้ได้รับเงินสนับสนุนจากอบต. เป็นต้น

4. ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ช่องว่าง ความท้าทาย และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

4.1 ช่องว่างและความท้าทายในอนาคต: มุมมองจากผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลาง

- 1) การพัฒนาเครื่องมือและวิธีการที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องในการประเมินผลลัพธ์/ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการ เช่น ผลลัพธ์ทางคลินิก ที่จะเชื่อมโยงไปยังเป้าประสงค์อีก 2 ตัวที่เหลือของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ คือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และลดการเสียชีวิตจากเอดส์
- 2) การเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่ดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 ให้ได้อย่างครอบคลุมทั่วประเทศ และมีคุณภาพ
- 3) การขาดแคลนทีมในการติดตามกำกับ และโค้ช การดำเนินงานของโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ
- 4) การเชื่อมประสานกับชุมชน
- 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการลด S&D อาจทำได้ง่ายกว่าการปรับ Mindset ของคนในชุมชน (ใช้มาตรการในสังคมสร้าง norm ก่อให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดเป็นความเคยชิน)
- 6) การสนับสนุนต่อยอดโรงพยาบาลที่มี Passion ในเรื่องนี้เพื่อขยายการดำเนินงานไปยังกลุ่ม KPs

4.2 ช่องว่างและความท้าทายในอนาคต: มุมมองของผู้พัฒนาหลักสูตร/วิทยากรระดับประเทศ

- 1) การขยายผลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดย
 - สร้างแรงจูงใจให้จังหวัดเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน
 - สนับสนุนกำลังคน บทบาทหน้าที่การหนุนเสริมในทุกระดับ (กอง สคร. จังหวัด)
- 2) การบูรณาการกับงานคุณภาพต่างๆ เช่น CQI, DSC, HA
- 3) การทำ S&D ให้เป็น routine ในทุกระบบ (การศึกษา บริการ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ) และ Normalized S&D (เชื่อมโยงกับ “โลก” ไม่ใช่ “โรค” ของผู้รับบริการ)
- 4) เพิ่มคุณภาพการดำเนินงานตามของ S&D packages ด้วยการ
 - Coaching สม่่าเสมอให้เข้าใจอย่างลึกซึ้งจนเกิดทักษะในการปฏิบัติให้ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ ไม่ใช่แค่ทำกิจกรรมฝึกอบรม
 - สนับสนุนกิจกรรมในหลักสูตรที่ทำให้ผู้เรียนเกิดทัศนคติที่ถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จากการมองเห็นรูปแบบและผลกระทบจาก S&D จริงๆ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนที่เหมาะสมและได้ผล
 - ปรับหลักสูตรอบรมและการดำเนินงานโครงการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการอย่างจริงจัง
 - สนับสนุนให้ผู้บริหาร/หัวหน้างาน ในทุกระดับมีความรู้ เข้าใจ ทัศนคติที่ดี และ

เห็นความสำคัญของการ ดำเนินงาน S&D

5) สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมประสานกับชุมชน และสร้าง Public awareness ด้วยกลยุทธ์ใหม่ๆ (ทำน้อยแต่ได้มาก และเกิดความยั่งยืน)

4.2 ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ช่องว่าง และข้อเสนอแนะ: มุมมองของโรงพยาบาล ที่เข้าร่วมโครงการ

ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ

1. วัฒนธรรมและภูมิหลังขององค์กรเรื่องการมี “จิตบริการ”
2. สัมพันธภาพที่ดีของทีมแหมเปี่ยนในโรงพยาบาล และการมีแบบอย่างที่ดี
3. มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งกับภาครัฐ NGOs ภาคประชาสังคม (ทั้งเครือข่ายเดิม และเครือข่ายใหม่ที่เกิดขึ้นเพราะความเชื่อถือในโรงพยาบาล)
4. ผู้บริหารเข้าใจ เห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และให้อิสระในการทำงาน

5. ขยายการดำเนินงานไปยัง KPs อื่น ๆ เช่น MSM, PWID

ช่องว่าง/ข้อเสนอแนะ

1. ปรับ 3*4 ให้รวมถึง Self-stigma
2. ปรับการดำเนินงานในเชิงระบบ ลดการพึ่งพาตัวบุคคล
3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับโรงพยาบาลอื่น
4. สร้าง S&D ให้มีคุณค่าเหมือนงาน HA
5. การพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ศักยภาพทีมวิทยากร ชี้นี้อต/กระตุ้นเป็นจุดๆ (ER, Ward, OPD)

4.2 ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ และข้อเสนอแนะ: มุมมองของ สำนักงานควบคุมโรค และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานควบคุมโรคระดับเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นหน่วยงานในส่วนภูมิภาคซึ่งถือเป็นระบบสนับสนุน ผลักดัน และติดตามกำกับ การดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3x4 ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของสำนักงานควบคุมโรคเขต จำนวน 3 คน และหัวหน้าฝ่ายโรคติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 2 คน ทำให้ได้ข้อสรุปถึงปัจจัยเงื่อนไขต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ ดังนี้

ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน ทั้งในแง่ของนโยบาย งบประมาณ และการกำหนดให้งาน S&D เป็นตัวชี้วัดประเมินผลงาน ฯลฯ เป็นต้น
2. เครือข่ายสนใจ เข้าใจนโยบาย ตระหนักในความสำคัญ ว่า S&D ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับ prevention and treatment/care

3. พัฒนางาน S&D ผ่านเครือข่ายโดยเชื่อมโยงกับงาน/องค์กรอื่นๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่ เช่น CQI จิตเวช ยาเสพติด เรือนจำ องค์กรท่งไยใส่ใจเอตส์ วิทยาลัยพยาบาล
4. มีสร้างแรงจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมและปรับปรุงคุณภาพ เช่น การให้รางวัลหน่วยงานที่ได้มาตรฐาน DIC

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลมีการประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของตนเองเป็นระยะๆ ทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจริง อันจะนำไปสู่การพัฒนาบริการเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบจากผลการประเมินตนเอง
2. ควรมีการขยายการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3x4 ให้เต็มพื้นที่โดยเร็ว เพื่อให้เกิดการฝังตัวในพื้นที่ และให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการเองได้อย่างยั่งยืน
3. ควรมีมาตรการดำเนินงานเพื่อลด S&D ในชุมชนโดยใช้ Drop-in Center (DIC) เป็นฐานในการบูรณาการระหว่างงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ HIV, TB, HCV/HBV รวมถึง DIC ในเรือนจำ
4. ควรมีการปรับหลักสูตรการอบรม 3*4 ให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการลดการตีตราตนเอง (Self-stigma)
5. ควรมีการสนับสนุน หนุนเสริมจากส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง (ไม่ใช่หมดงบประมาณแล้วหายไปเลย)

ข. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (สถานการณ์การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติ และผลลัพธ์ทางคลินิกของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการลดการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ)

1. เปรียบเทียบสถานการณ์การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติ

1.1 เปรียบเทียบสถานการณ์การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติในระยะต่าง ๆ ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบการรับรู้การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติของผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ก่อนการดำเนินงาน (base line) หลังการดำเนินงาน (post intervention) และในระยะยาว (long term)

เปรียบเทียบข้อมูลผลสำรวจ PLHIV ใน 48 รพ. ที่เข้าร่วมโครงการ										
รายด้าน	รายข้อคำถาม	Base Line (59) N=6,160			Post Intervention (62) N=4,615			Long Term (63) N=4,624		
		ใช่/เคย n (%)	ไม่ใช่/ไม่เคย n (%)	Composite Scale N (%)	ใช่/เคย n (%)	ไม่ใช่/ไม่เคย n (%)	Composite Scale N (%)	ใช่/เคย n (%)	ไม่ใช่/ไม่เคย n (%)	Composite Scale N (%)
ประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ	1.ถูกปฏิเสธ	146 (2.30)	5,867 (95.24)	658/6,030 (10.91%)	86 (1.86)	4,464 (96.73)	348/4,562 (7.63%)	63 (1.36)	4,540 (97.80)	304/4,613 (6.59%)
	2.จัดบริการเป็นลำดับท้าย	319 (5.18)	5,671 (92.06)		182 (3.94)	4,363 (94.54)		139 (2.99)	4,459 (96.06)	
	3.ได้รับการดูแลแยกว่าผู้ป่วยอื่น	5,867 (95.24)	5,867 (95.24)		173 (3.75)	4,368 (94.65)		151 (3.25)	4,441 (95.67)	
	4.แยกกังถึงสิ่งเสื่อผ้า	123 (14.47)	2,231 (62.47)		56 (9.40)	529 (88.76)		66 (11.66)	496 (87.630)	
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการ/รพ. เนื่องจากการติดเชื้อของตนเอง	1.อายที่ติดเชื้อเอชไอวี	1,179 (19.14)	4,869 (79.04)	2,509/6,073 (41.31%)	525 (11.38)	4,019 (87.09)	991/4,562 (21.72%)	588 (12.67)	4,003 (86.23)	1,100/4,618 (23.82%)
	2.รู้สึกผิดที่ติดเชื้อเอชไอวี	2,268 (36.82)	3,764 (60.81)		292 (6.33)	3,672 (79.57)		916 (19.73)	3,681 (79.30)	
การถูกละเมิดสิทธิ์	1.เปิดเผยสถานะการติดเชื้อโดยไม่ได้รับความยินยอม	643 (10.44)	4,744 (77.01)	887/6,057 (14.64%)	292 (6.33)	3,818 (82.73)	410/4,556 (9.00%)	256 (5.51)	3,956 (85.22)	341/4,615 (7.39%)
	2.ถูกทำสัญญาลักษณะว่าติดเชื้อ	389 (6.31)	4,157 (67.48)		183 (3.97)	3,589 (77.77)		161 (3.47)	3,728 (80.31)	
ถูกคุกคามสิทธิ์ด้านการมีบุตรและอนามัยเจริญพันธุ์	1.แนะนำให้มีเพศสัมพันธ์	354 (6.21)	4,759 (83.55)	634/5,778 (10.97%)	198 (4.60)	3,693 (85.72)	310/4,390 (7.06%)	193 (4.46)	3,746 (86.61)	312/4,436 (7.03%)
	2.แนะนำให้มีบุตร	350 (6.45)	4,070 (74.98)		159 (3.92)	3,245 (80.04)		183 (4.45)	3,380 (82.14)	
	3.ตั้งเงื่อนไขรับยา ART (ทำหมันก่อน)	90 (1.65)	5,021 (92.06)		46 (1.11)	3,869 (93.73)		75 (1.78)	3,931 (93.22)	
	4.แนะนำให้ยุติการตั้งครรภ์	157 (3.11)	4,379 (86.76)		65 (1.73)	3,342 (88.69)		90 (2.40)	3,346 (89.39)	

จากตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดรวม (composite indicator) การรับรู้การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติของผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ พบว่าหลังการดำเนินงาน (post intervention) ผู้รับบริการฯ มีการรับรู้การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติทุกด้านต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (base line) ได้แก่ ประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการ/โรงพยาบาลเนื่องจากการติดเชื้อตนเอง การถูกละเมิดสิทธิ์ และการถูกคุกคามสิทธิ์ด้านการมีบุตรและอนามัยเจริญพันธุ์ และมีการรับรู้การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติเกือบทุกด้านในระยะยาว (long term) ต่ำกว่าหลังการดำเนินงาน (post intervention) ยกเว้น ด้านเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการ/โรงพยาบาลเนื่องจากการติดเชื้อตนเอง

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบผลการสำรวจการติตราและเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพใน
ระยะต่าง ๆ ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการติตราและเลือกปฏิบัติในสถาน
บริการสุขภาพ และระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

เปรียบเทียบผลการสำรวจการติตราและเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ และยังไม่เข้าร่วมโครงการ						
No.	Composite Indicator	Base Line (2559) N = 7,417	รพ. ที่เข้าโครงการ (48 แห่ง) Post intervention (2562)		Long Term (2563) N=4,291	รพ. ที่ไม่เข้าโครงการ ปี 2562 (40 แห่ง) N= 524
			N=5,545	N* = 542		
1	กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี จากการ ให้บริการ PLHIV (ข้อ 5.1,6.1,7.1)	2,881/5,234 (55.04%)	1,818/3,893 (46.70%)	170/542 (31.37%)	1,148/2,864 (40.08%)	189/524 (36.07%)
2	ทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (ข้อ 15,16,17,19)	6,155/7,386 (83.33%)	4,050/5,533 (73.20%)	398/542 (73.43%)	2,937/4,286 (68.53%)	425/524 (81.11%)
3	การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติ ระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ (ข้อ 8.1, 8.2)	2,489/4,084 (60.95%)	1,319/3,052 (43.22%)	119/542 (21.96%)	858/2,363 (36.31%)	175/524 (33.40%)
4	สังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติ ระหว่างการให้บริการ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ข้อ 9.1, 9.2)	1,358/5,329 (25.48%)	887/3,965 (22.37%)	160/542 (29.52%)	554/3,054 (18.14%)	80/524 (15.27%)
5	สังเกตเห็น จนท. ไม่เต็มใจ ให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยที่เป็น หรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลัก ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ข้อ 20.1,21.1,22.1,23.1,24.1)	1,489/6,350 (23.45%)	939/4,734 (19.84%)	130/542 (23.99%)	580/3,690 (15.72%)	185/524 (35.31%)
6	ทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อเพื่อน ร่วมงาน ที่ติดเชื้อเอชไอวี (ข้อ 10)	2,245/7,366 (30.48%)	1,337/5,529 (24.18%)	834/4,271 (19.53%)	734/2,462 (29.81%)	105/524 (20.04%)

*สุ่มเลือก 10% จากจำนวนทั้งหมด คือ 5,545 คน เพื่อให้มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามใกล้เคียงกับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการในปีเดียวกัน

จากตารางที่ 11 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีของผู้วิจัย โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการสำรวจ
สถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติระดับประเทศ ซึ่งได้รับอนุญาตให้เข้าถึงได้จากกองโรคเอดส์และ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดรวม (composite indicator) การติตราและเลือก
ปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 48 แห่งที่เข้าร่วมโครงการลดการติตราและเลือกปฏิบัติใน
สถานบริการสุขภาพในระยะขยายผล พบว่า ในระยะยาว (long term) ผู้ให้บริการมีการรับรู้การติตราและ
เลือกปฏิบัติทุกด้านต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (base line) และต่ำกว่าหลังการดำเนินงาน (post
intervention) ยกเว้น ด้านทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อเพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบมีคะแนนสูงขึ้นกว่า
หลังการดำเนินงาน

1.2 เปรียบเทียบสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่ เข้าร่วมโครงการลดการติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

จากตารางที่ 11 ดังข้างต้น เพื่อเปรียบเทียบการติตราและเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ
สุขภาพระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการลดการติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการ
สุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้ข้อมูลทฤษฎีจากการสำรวจของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งการสำรวจ
เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์ในระดับประเทศ และการสำรวจในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ แต่เนื่องจาก
ข้อมูลของโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการจะมีเฉพาะในปี พ.ศ. 2562 ดังนั้น จึงสามารถเปรียบเทียบ

สถานการณ์ได้เฉพาะในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นระยะหลังดำเนินโครงการ (post intervention) ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยใช้การสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) จากฐานข้อมูลที่มีอยู่ออกมา 10% ของจำนวนข้อมูลทั้งหมด ได้จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามจาก 48 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 542 ราย เปรียบเทียบกับข้อมูลทั้งหมดของโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ในปีเดียวกัน จำนวน 524 คน

ข้อมูลจากตารางที่ 11 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดรวม (composite indicator) การตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ มีการรับรู้ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทุกด้านสูงกว่าการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ “กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทศติดต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” “การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” “สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา” และ “ทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อเพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอชไอวี” ยกเว้นเพียงด้านเดียว คือ “สังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” (คำถามข้อ 9.1 และ 9.2) ซึ่งพบว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ มีการรับรู้ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ต่ำกว่าการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบผลการสำรวจการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัส ปี พ.ศ. 2562 ระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

เปรียบเทียบผลสำรวจการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัส ปี พ.ศ. 2562 ระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วม และไม่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ							
รายด้าน	รายชื่อ	โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 48 แห่ง Post Intervention ปี 2562 (n = 728*)			โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 40 แห่ง ปี 2562 (N = 676)		
		ใช่/เคย n/N (%)	ไม่ใช่/ไม่เคย n/N (%)	Composite Scale n/N (%)	ใช่/เคย n/N (%)	ไม่ใช่/ไม่เคย n/N (%)	Composite Scale N (%)
ประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ	1. ถูกปฏิเสธ	21/728 (2.88%)	696/728 (95.60%)	65/728 (8.93%)	13/676 (1.92%)	660/676 (97.63%)	65/676 (9.62%)
	2. จัดบริการเป็นลำดับท้าย	32/728 (4.40%)	685/728 (94.09%)		26/676 (3.85%)	646/676 (94.57%)	
	3. ได้รับการดูแลแย่กว่าผู้ป่วยอื่น	33/728 (4.53%)	684/728 (93.96%)		36/676 (5.33%)	634/676 (93.79%)	
	4. แยกตั้งห้องเสียผ้า	11/85 (12.94%)	74/85 (87.06%)		11/142 (7.75%)	131/142 (92.25%)	
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการ/รพ. เนื่องจากการตีตราตนเอง	1. อายที่ติดเชื้อเอชไอวี	74/728 (10.16%)	641/728 (88.05%)	146/728 (20.05%)	106/676 (15.68%)	565/676 (83.58%)	229/676 (33.81%)
	2. รู้สึกผิดที่ติดเชื้อเอชไอวี	132/728 (18.13%)	583/728 (80.08%)		209/676 (30.92%)	461/676 (68.20%)	
การถูกละเมิดสิทธิ์	1. เปิดสถานประกอบการติดเชื้อโดยไม่ได้รับความยินยอม	53/728 (7.28%)	590/728 (81.04%)	69/728 (9.48%)	47/676 (6.95%)	560/676 (82.84%)	71/676 (10.50%)
	2. ถูกทำสัญญาลักขโมยว่าติดเชื้อเอชไอวี	33/728 (4.53%)	562/728 (77.20%)		32/676 (4.73%)	521/676 (77.07%)	
ถูกคุกคามสิทธิ์ด้านการมีบุตรและอนามัยเจริญพันธุ์	1. แนะนำให้มีเพศสัมพันธ์	80/728 (10.99%)	596/728 (81.87%)	49/728 (6.73%)	95/676 (14.05%)	532/676 (78.70%)	56/676 (8.28%)
	2. แนะนำให้มีบุตร	106/728 (14.56%)	512/728 (70.33%)		132/676 (19.53%)	482/676 (71.31%)	
	3. ตั้งเงื่อนไขรับยา ART (ทำหมันก่อน)	28/728 (3.85%)	611/728 (83.93%)		23/676 (3.40%)	573/676 (84.76%)	
	4. แนะนำให้ยุติการตั้งครรภ์	46/728 (6.32%)	524/728 (71.98%)		36/676 (5.34%)	539/676 (79.73%)	

จากตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดรวม (composite indicator) การรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม และไม่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในสถานบริการสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นปีหลังการดำเนินงาน (post intervention) ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ พบว่าผู้รับบริการฯ ในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ มีการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติทุกด้านสูงกว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้แก่ ด้านประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการ/โรงพยาบาลเนื่องจากการตีตราตนเอง ด้านการถูกละเมิดสิทธิ์ และด้านการถูกคุกคามสิทธิด้านการมีบุตรและอนามัยเจริญพันธุ์

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก

2.1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในระยะต่าง ๆ ของการดำเนินงานโครงการ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลทุติยภูมิซึ่ง สอวพ. ได้รวบรวมมาจากรายงานผู้รับบริการยาต้านไวรัส จากฐานข้อมูล NAP ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในระยะต่าง ๆ ของการดำเนินงานโครงการ และเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ ดังนี้

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Clinical Outcomes ในผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ระหว่างก่อนเริ่มโครงการ หลังดำเนินโครงการเสร็จสิ้น และผลในระยะยาว

Paired Samples Test									
เปรียบเทียบ Clinical Outcomes ระหว่าง Base Line (59, 60), Post Intervention (61,62), และ Long term (63) ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ S&D (48 แห่ง)		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	HIVpos59 - HIVpos60	-2.41104	19.03567	2.74756	-7.93843	3.11634	-.878	47	.385
Pair 2	HIVpos59 - HIVpos61	4.34813	18.23081	2.63139	-.94555	9.64180	1.652	47	.105
Pair 3	HIVpos59 - HIVpos62	6.50813	21.19112	3.05867	.35487	12.66138	2.128	47	.039
Pair 4	HIVpos59 - HIVpos63	6.82417	22.76770	3.28623	.21312	13.43522	2.077	47	.043
Pair 5	ART59 - ART60	-.56250	2.82328	.40751	-1.38229	.25729	-1.380	47	.174
Pair 6	ART59 - ART61	-1.19792	4.68894	.67679	-2.55944	.16361	-1.770	47	.083
Pair 7	ART59 - ART62	-1.61875	5.49745	.79349	-3.21504	-.02246	-2.040	47	.047
Pair 8	ART59 - ART63	-1.18958	6.64694	.95940	-3.11965	.74049	-1.240	47	.221
Pair 9	VLsup59 - VLsup60	-2.29583	7.00428	1.01098	-4.32967	-.26200	-2.271	47	.028
Pair 10	VLsup59 - VLsup61	-2.72917	7.69003	1.10996	-4.96212	-.49621	-2.459	47	.018
Pair 11	VLsup59 - VLsup62	-3.00208	9.46875	1.36670	-5.75152	-.25264	-2.197	47	.033
Pair 12	VLsup59 - VLsup63	-1.00833	10.89643	1.57276	-4.17233	2.15566	-.641	47	.525
Pair 13	MedCD462 - MedCD463	-9.44792	201.31417	29.05720	-67.90346	49.00763	-.325	47	.747

จากตารางที่ 13 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Clinical Outcomes ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ระหว่างก่อนเริ่มโครงการ (base line) หลังดำเนินโครงการเสร็จสิ้น (post intervention) และผลในระยะยาว (long term) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ในตัวแปรผลการตรวจพบเชื้อเอชไอวี (HIV Positive) ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัส (ART coverage) และการกดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี (viral load suppression) โดยพบว่าหลังเสร็จสิ้นโครงการและผลในระยะยาวมีแนวโน้มดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Clinical Outcomes ระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

	participate	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
HIVpos59	Participated	48	12.0917	23.35836	3.37149	.278	94	.782
	Non-Participated	48	10.8146	21.66972	3.12775	.278	9.348E1	.782
HIVpos60	Participated	48	14.5027	24.47587	3.53279	1.302	94	.196
	Non-Participated	48	8.5812	19.85945	2.86647	1.302	9.017E1	.196
HIVpos61	Participated	48	7.7435	16.88408	2.43701	.337	94	.737
	Non-Participated	48	6.6508	14.77126	2.13205	.337	9.237E1	.737
HIVpos62	Participated	48	5.5835	8.69955	1.25567	-.815	94	.417
	Non-Participated	48	7.7600	16.32910	2.35690	-.815	7.169E1	.418
HIVpos63	Participated	48	5.2675	9.78920	1.41295	-1.296E0	94	.198
	Non-Participated	48	10.1417	24.13889	3.48415	-1.296E0	6.205E1	.200
ART59	Participated	48	79.9604	7.98186	1.15208	.004	94	.997
	Non-Participated	48	79.9542	7.53881	1.08813	.004	9.370E1	.997
ART60	Participated	48	80.5229	7.69065	1.11005	.789	94	.432
	Non-Participated	48	78.9063	11.93551	1.72274	.789	8.029E1	.433
ART61	Participated	48	81.1583	7.12102	1.02783	-.539	94	.591
	Non-Participated	48	81.9062	6.45236	.93132	-.539	9.310E1	.591
ART62	Participated	48	81.5792	6.77059	.97725	-.222	94	.825
	Non-Participated	48	81.8604	5.57554	.80476	-.222	9.066E1	.825
ART63	Participated	48	81.1500	6.57435	.94893	-.660	94	.511
	Non-Participated	48	81.9542	5.30082	.76511	-.660	8.996E1	.511
VLsup59	Participated	48	84.5354	12.40605	1.79066	1.320	94	.190
	Non-Participated	48	81.0563	13.40198	1.93441	1.320	9.345E1	.190
VLsup60	Participated	48	86.8313	7.63706	1.10232	1.123	94	.264
	Non-Participated	48	84.9875	8.43613	1.21765	1.123	9.308E1	.265
VLsup61	Participated	48	87.2646	7.42166	1.07122	.456	94	.649
	Non-Participated	48	86.5354	8.21246	1.18537	.456	9.305E1	.649
VLsup62	Participated	48	87.5375	7.07223	1.02079	-.091	94	.928
	Non-Participated	48	87.6812	8.35939	1.20657	-.091	9.149E1	.928
VLsup63	Participated	48	85.5438	9.17264	1.32396	.005	94	.996
	Non-Participated	48	85.5354	8.25891	1.19207	.005	9.298E1	.996
MedCD462	Participated	48	207.5104	124.56804	17.97985	.143	92	.887
	Non-Participated	46	204.0109	112.80403	16.63205	.143	9.171E1	.887
MedCD463	Participated	48	216.9583	154.38140	22.28304	-.719	88	.474
	Non-Participated	42	250.1190	273.92552	42.26763	-.694	6.273E1	.490

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย Clinical Outcomes ระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม
โครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

Group Statistics							
participate		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	Sig. (2-tailed)
Change of HIV positive (59-62)	Participated	48	6.5081	21.19112	3.05867	.701	.485
	Non-Participated	48	3.0546	26.78734	3.86642	.701	.485
Change of HIV positive (59-63)	Participated	48	6.8242	22.76770	3.28623	1.054	.295
	Non-Participated	48	.6729	33.43506	4.82594	1.054	.295
Change of ART Coverage (59-62) 2nd 90%	Participated	48	1.6187	5.49745	.79349	-.261	.795
	Non-Participated	48	1.9062	5.28955	.76348	-.261	.795
Change of ART Coverage (59-63) 2nd 90%	Participated	48	1.1896	6.64694	.95940	-.512	.610
	Non-Participated	47	1.8532	5.95592	.86876	-.513	.609
Change of VL Suppression (59-62) 3rd 90%	Participated	48	3.0021	9.46875	1.36670	-1.410E0	.162
	Non-Participated	47	6.3957	13.64997	1.99105	-1.405E0	.164
Change of VL Suppression (59-63) 3rd 90%	Participated	48	1.0083	10.89643	1.57276	-1.501E0	.137
	Non-Participated	48	4.4792	11.73732	1.69414	-1.501E0	.137
Change of Median CD4 (52-63)	Participated	48	9.4479	201.31417	29.05720	-.692	.491
	Non-Participated	42	44.6190	278.98422	43.04820	-.677	.500

จากตารางที่ 14 และตารางที่ 15 พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสที่สามารถกดปริมาณเชื้อไวรัสได้ (Viral suppression) และค่าระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ระหว่างระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งค่าคะแนนเฉลี่ย และผลต่างค่าเฉลี่ย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในบทที่ 5 นี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอสรุปผลการศึกษาและอภิปรายผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้ง 2 ข้อ และกรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการครั้งนี้ จำแนกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สรุปผลการศึกษาและการอภิปรายผลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 คือ “เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม”

ผลการวิจัยพบว่าโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เป็นโครงการที่มีความสำคัญและตอบโจทย์ยุทธศาสตร์ของประเทศ จึงมีกระบวนการออกแบบ/พัฒนาโครงการอย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากแรงผลักดันในการพัฒนาโครงการ 3 ส่วน ซึ่งเกิดขึ้นตามลำดับ คือ **“มียุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศเป็นใบเบิกทาง”** ได้แก่ ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 – 2559 และยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573 ซึ่งล้วนให้ความสำคัญและมุ่งเป้าหมายในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ประกอบกับ มีการ **“ทำปัญหาให้ประจักษ์ จากการผลักดันของภาคี”** โดยเกิดความร่วมมือระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและนานาชาติเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ เริ่มจากการประเมินทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการในสถานบริการสุขภาพ ทำให้ทราบถึงสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination: S&D) ที่เกิดขึ้นจริงในบริบทของการให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ทำให้มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงขนาดและความสำคัญของปัญหา S&D นำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม ถือเป็น การ **“Drive ด้วยข้อมูล”** ซึ่งข้อมูลปัญหาสถานการณ์ S&D ที่เกิดขึ้นจริงของสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลทั่วประเทศ ทำให้ **“เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมจากการผลักดันของผู้นำ”** โดยผู้บริหารในส่วนกลางซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายของประเทศเกิดความสนใจและตระหนักในความสำคัญนี้ นำไปสู่การกำหนดนโยบายและแนวทางการสนับสนุนรองรับ จนเกิดเป็นมาตรการและโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เกิดขึ้น

ผู้วิจัยเห็นว่าแรงผลักดันทั้งสามส่วนนี้ ถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จเบื้องต้นของโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย สอดคล้องกับคำแนะนำของ UNAIDS (2008) ในการดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศที่จำเป็นต้องรู้สถานการณ์ที่แท้จริงของตนเองก่อน จึงจะรู้ว่าต้องรับมือกับสถานการณ์นั้นอย่างไร หรือ “Know your epidemic, know your response” นั่นคือ การดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต้องอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์จากการประเมินโดยเครื่องมือที่มีคุณภาพด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่น่าเชื่อถือและ

ถูกต้อง ไม่ใช่จากการรับรู้เท่านั้น ทำให้ได้ข้อมูลสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ในภาพรวมของประเทศและระดับสถานบริการ จนเกิดความเข้าใจและตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้น นำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม ประกอบกับการมีใบเบิกทางจากยุทธศาสตร์ของประเทศรองรับและการให้ความสำคัญของผู้กำหนดนโยบายจากส่วนกลาง ส่งผลให้โครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาและผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน

การสร้างกรอบแนวคิด

โครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 ถือเป็นโครงการที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มจากการสร้างกรอบแนวคิดซึ่งถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการสร้างและการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจากทำให้เกิดกรอบในการดำเนินงานโครงการฯ ที่ชัดเจนและสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานได้อย่างมีทิศทางและมีประสิทธิผล เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาด้วยการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนแนวคิดและการปฏิบัติที่ได้ผลของต่างประเทศแล้วนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย ด้วยการ “Adoption – Adaption – ปรับปรุง (Improvement)” โดย “การเรียนรู้จากบทเรียนของนานาชาติ ประเทศอื่น แล้วพัฒนาต่อยอดให้ได้กรอบเป็นหลักคิดในการทำงานที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย” (นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ) จึงถือเป็นจุดตั้งต้นของการดำเนินงานอย่างมีแนวคิดและทิศทางรองรับ

กรอบแนวคิดหลักของโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ เป็นการดำเนินการให้ครอบคลุม 3 มาตรการ ทั้งในระดับบุคคล ระดับโครงสร้าง/เชิงระบบ และการเชื่อมประสานกับชุมชนและกลไกระดับจังหวัด ซึ่งมาตรการทั้งหมดนี้ให้ความสำคัญกับการจัดการกับ 4 ปัจจัยหลัก ที่พบว่าเป็นสาเหตุของการตีตราและเลือกปฏิบัติ ได้แก่ 1) ความกลัว กังวลการติดเชื้อเอชไอวี (fear of transmission) 2) ความไม่ตระหนักหรือไม่รู้ว่ากำลังตีตราและเลือกปฏิบัติ (Awareness of stigma) 3) ทศนคติเชิงลบที่เป็นการด่าทอ รุ้ รีด และตำหนิแบบเหมารวม (Attitude) และ 4) สภาพแวดล้อมในหน่วยงานหรือนโยบายที่ไม่เอื้อ/เป็นอุปสรรค (Institutional environment) ซึ่งเป็นที่มาของการตั้งชื่อโครงการให้มีความสอดคล้องและสะท้อนแนวคิดหลักของโครงการ อีกทั้งสามารถจำได้ง่าย ในชื่อว่า “โครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE)”

พัฒนาการของการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3 x 4 (3*4 PACKAGE)

โครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE)” ในขอบเขตของการประเมินผลครั้งนี้ มีพัฒนาการของโครงการแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การดำเนินการในระยะแรก (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 – 2560) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน
 - 1) ขั้นตอนการเตรียมความพร้อม ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2559 ประกอบด้วย

1.1) การพัฒนาเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ (10 กิจกรรม) คู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ และเครื่องมือประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

1.2) การทดลองใช้เครื่องมือ ในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง และนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้ในการอบรมเพื่อสร้างวิทยากรระดับจังหวัด (Training for Trainer Workshop: TOT) สำหรับ 3 จังหวัดนำร่อง

1.3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน โดย สอวพ. มีการผลักดันเชิงนโยบายด้วยการเข้าพบเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการฯ แก่ผู้บริหารของโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 6 แห่ง และผู้บริหารของสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 3 จังหวัด ที่โรงพยาบาล นำร่องสังกัดอยู่

2) ขั้นตอนการโครงการ (Implementation process) ปี พ.ศ. 2560 ในโรงพยาบาลนำร่องซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง ใน 3 จังหวัด โดยมีการดำเนินการที่ชัดเจนในมาตรการ 2 ระดับ คือ

2.1) **มาตรการระดับบุคคล** ด้วยการจัดอบรมแก่บุคลากรของโรงพยาบาลตามหลักสูตรเต็มรูปแบบ 10 กิจกรรม จำนวน 12 ชั่วโมง โดยวิทยากรระดับจังหวัดใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้นตั้งข้างต้น ซึ่งแม้ว่าในภาพรวมจะสามารถดำเนินการได้สำเร็จครอบคลุมมากกว่า ร้อยละ 50 ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือการดำเนินงาน แต่พบปัญหาบางประการที่อาจส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของหลักสูตร เช่น มีจำนวนผู้เข้ารับการอบรมแต่ละครั้งมากกว่า 30 คน ตามที่กำหนดไว้ในคู่มือฯ นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลว่าผู้เข้ารับการอบรมมีการกระจายอย่างครอบคลุมบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลหรือไม่ และขาดข้อมูลจำนวนตัวแทนจากภาคประชาสังคมที่เข้าร่วมการอบรม

2.2) **มาตรการเชิงโครงสร้าง** พบการดำเนินงานในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่

2.2.1) มีการสร้างทีมวิทยากรจังหวัด หรือ Champion Team แม้ไม่ได้มีการกำหนดกิจกรรมนี้อยู่ภายใต้มาตรการเชิงโครงสร้างในคู่มือการดำเนินงานฯ แต่พบว่าทีมงานชุดนี้มีบทบาทสำคัญมากในการผลักดัน สนับสนุน ขับเคลื่อน และติดตามกำกับกับการดำเนินงานในกิจกรรมหลัก ๆ ที่ถูกกำหนดไว้ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล Baseline และ Endline การจัดทำแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล การจัดประชุมกรณีศึกษาเพื่อปรับปรุงระบบบริการ/การทำงาน การกำหนดแนวปฏิบัติเรื่องเอดส์ในที่ทำงานและการให้บริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึงการประชุมทีมเป็นประจำ

2.2.2) โรงพยาบาลที่ดำเนินการมีการรวบรวมข้อมูล Baseline และ Endline ครบตามแผนที่กำหนดไว้ และมีการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

2.2.3) สอวพ. ร่วมกับสำนักงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และทีม

วิทยาการ/แขนงแขนงของจังหวัด มีการหนุนเสริม และโค้ชการดำเนินงานแก่โรงพยาบาลนาร่อง เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ประชุมกรณีศึกษาเพื่อปรับปรุงระบบบริการ/การทำงาน และกำหนดแนวปฏิบัติในการให้บริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ

2.2.4) หลังเสร็จสิ้นการดำเนินงาน สอวพ. ได้จัดประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลนาร่อง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวมทั้งสำนักงานควบคุมโรคที่เกี่ยวข้อง ตามกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามหลัก Participatory learning นำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงาน การสร้างขวัญ กำลังใจ และความยึดมั่นผูกพันและเห็นคุณค่าในงานที่ปฏิบัติ อีกทั้งการเผยแพร่ผลงานที่ประสบความสำเร็จเป็นการสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลอื่น ๆ สนใจเข้าร่วมโครงการในอนาคต

อย่างไรก็ตามพบว่าผลการดำเนินการในมาตรการเชื่อมประสานกับชุมชนและกลไกระดับจังหวัด ของโรงพยาบาลนาร่องส่วนใหญ่ ยังไม่มีความชัดเจนนัก มีเพียงทีมวิทยาการของจังหวัดสงขลา ที่ได้รับการหนุนเสริมจากสำนักงานควบคุมโรคเขต 12 ให้พัฒนาการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยเชื่อมโยงกับเครือข่ายการทำงานที่มีอยู่ในระดับจังหวัด เช่น วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์

3) ขั้นตอนการประเมินผลการดำเนินงาน จากการประเมินผลการดำเนินงานในช่วง 3 ปีแรก (พ.ศ. 2558 – 2560) ของโรงพยาบาลนาร่อง 6 แห่ง พบว่าสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติหลังการดำเนินงานลดลงกว่าก่อนการดำเนินงาน โดยผลการสำรวจในบุคลากรพบว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี การใช้อุปกรณ์ป้องกันเกินความจำเป็น ทักษะคิดด้านลบ และการปฏิบัติที่สะท้อนการตีตราและเลือกปฏิบัติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 93.18, 108.93, 125.41, 3.64, p < .05$ ตามลำดับ) อีกทั้งพบการเปลี่ยนแปลงมาตรการเชิงโครงสร้าง เช่น มีการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารในระดับจังหวัดและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เกิดทีมวิทยาการ/ทีมแชมป์เปี้ยนซึ่งมีทัศนคติที่ดีและมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงาน S&D และถือเป็นกลไกการประสานงานในระดับจังหวัด มีการประชุมระดมสมองเพื่อใช้ข้อมูลผลการประเมินสถานการณ์ S&D ของโรงพยาบาลในการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน และการพัฒนาแนวปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อลด S&D ในการให้บริการ และให้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าการดำเนินงานในโรงพยาบาลนาร่องโดยใช้หลักสูตรเต็มรูปแบบ 10 กิจกรรม ในการอบรมแก่บุคลากร มีจุดเด่นหลายประการ เช่น มีเวลาพอในการพัฒนาทักษะเชิงลึกที่มีผลต่อการปรับทัศนคติและเพิ่มความตระหนัก แก่นนำและภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ และมีการ coaching ใกล้ชิดของวิทยาการจากส่วนกลาง แต่มีค่าใช้จ่ายในการอบรมสูงเฉลี่ย 2,186 บาท/บุคลากร 1 คน (สุรเดช ดวงทิพย์ และคณะ, 2561) อีกทั้งการให้บริการที่สูงและอัตราค่าจ้างที่น้อยทำให้บุคลากรบางวิชาชีพไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ครบทั้ง 10 กิจกรรม

2. การดำเนินโครงการในระยะที่สอง (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561) หรือ “**ระยะขยายผล**” มีเป้าหมายเพื่อขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลต่อเขตสุขภาพ โดยมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 48 แห่ง ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นโรงพยาบาลนาร่องเดิม 4 แห่ง และโรงพยาบาลใหม่ 44 แห่ง จาก 16 จังหวัด ใน 11 เขต ส่วนใหญ่สังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (46 แห่ง) ที่เหลือคือ

สังกัดกรุงเทพมหานคร และกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม อย่างละ 1 แห่ง โครงการระยะนี้ต้องการพัฒนาให้เชื่อมโยงกับกระบวนการคุณภาพจึงปรับชื่อเป็น “โครงการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก”

การดำเนินงานโครงการในระยะขยายผลนี้พบว่าประสบความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมแทรกแซงระดับบุคคลเพื่อจัดการกับปัจจัยด้านความตระหนัก ความกลัว/กังวล และทัศนคติลบ/เหมารวม/ตำหนิ ทำให้สถานการณ์ S&D ในภาพรวมลดลงจากก่อนดำเนินโครงการ ร้อยละ 10 และเกิดการแทรกแซงในระบบ/โครงสร้าง เช่น มีการเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพ (CQI) เกิดทีม Champion ที่เข้มแข็งและมุ่งมั่นในการดำเนินงานอย่างบูรณาการและครอบคลุม ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกบางประการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปในทิศทางที่ดี อย่างไรก็ตามพบช่องว่างหลายประการ โดยเฉพาะการปรับหลักสูตรอบรมบุคลากรให้เหลือเพียง 5 กิจกรรม จำนวน 6 ชั่วโมง ทำให้ไม่มีเวลาวิเคราะห์หาปัจจัยเหตุแท้จริงของ S&D และความเชื่อมโยงกับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล อีกทั้งทีมวิทยากรของโรงพยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องความชำนาญและทักษะการถ่ายทอดชุดกิจกรรมในหลักสูตรได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญขาดการ coaching จากวิทยากรระดับจังหวัดและระดับประเทศ นอกจากนี้ยังมีมุมมองที่แตกต่างกันในการเชื่อมโยง CQI กับ S&D ว่าเป็นการ “ใช้กระบวนการ CQI เพื่อเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน S&D” หรือ “การผสมผสาน (integrate) CQI เข้าไปในมาตรการ 3X4”

เปรียบเทียบหลักสูตรอบรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุด 3X4 (3*4 PACKAGE) ในรูปแบบ 10 และ 5 กิจกรรม

จากพัฒนาการของการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุด 3X4 (3*4 PACKAGE) ที่กล่าวข้างต้น พบว่าในโครงการฯ จะมีการดำเนินกิจกรรมแทรกแซงระดับบุคคลด้วยการอบรมบุคลากรในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้หลักสูตรเต็มรูปแบบ คือ 10 กิจกรรม จำนวน 12 ชั่วโมง สำหรับโรงพยาบาลชุมชนนาร่อง 6 แห่ง และมีการปรับลดเหลือ 5 กิจกรรม จำนวน 6 ชั่วโมงจำนวน เพื่อให้กระชับและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 48 แห่ง ในระยะที่สองหรือระยะขยายผล ซึ่งหลักสูตรที่ปรับเปลี่ยนยึดโครงสร้างที่ครอบคลุมหลักการ 3*4 PACKAGE โดยตัดบางกิจกรรมออกและผสมผสานบางกิจกรรมเข้าด้วยกัน ดังรูปที่ 12

รูปที่ 12 เปรียบเทียบกิจกรรมในหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุด 3X4 (3*4 PACKAGE) ในรูปแบบ 10 และ 5 กิจกรรม



ตอนที่ 2 สรุปผลการศึกษาและการอภิปรายผลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 2 คือ “เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงาน โครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ” มีสรุปผลการศึกษา ดังนี้

ก. สรุปและอภิปรายผลการประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตรา และเลือกปฏิบัติ และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ: ผลการศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3X4 และโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติแต่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน หัวหน้า

ฝ่ายหรือผู้รับผิดชอบหลักของงานเอชไอวี/เอดส์ ทีมแชนเปียน/วิทยากรของโรงพยาบาล ผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ได้รับการอบรมในหลักสูตรโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีซึ่งได้รับการบริการจากโรงพยาบาล และแกนนำศูนย์องค์กรรวม หรือตัวแทน NGO

สรุปผลการศึกษาในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ

ผลการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเพราะให้ความสำคัญเรื่องนี้เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว และเป็นโอกาสในการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น จากทีมงานที่มีความเข้มแข็งอยู่แล้ว อีกทั้งโรงพยาบาลเป็นหน่วยเก็บข้อมูลเฝ้าระวังสถานการณ์ S&D ของประเทศ ทำให้รู้สถานการณ์ S&D ที่แท้จริงว่ายังเป็นปัญหาของโรงพยาบาล ทั้งนี้ยินดีให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการนี้ต่อหากยังพบปัญหาอยู่โดยไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลาง

ผลการสนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบหลักของงานเอชไอวี/เอดส์และทีมแชนเปียน/วิทยากรของโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการ พบว่ารับทราบเรื่องโครงการนี้จากหนังสือแจ้งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเพราะผู้อำนวยการโรงพยาบาลเห็นความสำคัญอีกทั้งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการนโยบายของโรงพยาบาลเมื่อเห็นปัญหาจากผลการประเมินสถานการณ์ S&D ของบุคลากรและผู้รับบริการ โดยเริ่มจากตัวแทนทีมหลักหรือทีมแชนเปียนของโรงพยาบาล (ทีมนี้ไม่ได้ตั้งขึ้นใหม่แต่ใช้ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เดิมที่มีอยู่) และทีมวิทยากรจังหวัด (ประกอบด้วยตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนภาคีเครือข่ายในจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก และผู้รับผิดชอบงานหลักของ สคร.) ได้เข้ารับการอบรม TOT (ครู ก.) จากวิทยากรส่วนกลาง จากนั้นทีมวิทยากรจังหวัดดำเนินการจัดอบรมให้ทีมวิทยากรของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ หรือ ครู ข. เพื่อให้มีความเข้าใจและสามารถนำคู่มือการอบรมฯ ตามหลักสูตร 5 กิจกรรม พร้อมคู่มือการปฏิบัติงาน ไปจัดอบรมให้บุคลากรและดำเนินงานในโรงพยาบาลของตนต่อไป โดยการจัดอบรมให้บุคลากรของโรงพยาบาลนั้นบางแห่งใช้วิทยากรจังหวัด (ครู ก.) เป็นหลักและวิทยาของโรงพยาบาล (ครู ข.) เป็นส่วนเสริม แต่บางแห่งใช้วิทยากรของโรงพยาบาลเท่านั้น ขึ้นอยู่กับความมั่นใจในทักษะของตัววิทยากรเองและปฏิสัมพันธ์ของเครือข่ายการทำงานภายในจังหวัด แต่ละแห่งสามารถจัดอบรมให้บุคลากรในโรงพยาบาลได้ตามเป้าหมาย คือ มากกว่าร้อยละ 50 แต่อาจมีปัญหากการกระจายให้ครอบคลุมทุกวิชาชีพและทุกระดับ และบางวิชาชีพที่ขาดแคลนซึ่งมีภาระงานมาก เช่น แพทย์ และทันตแพทย์ ไม่สามารถอยู่ร่วมการอบรมได้ครบทั้ง 5 กิจกรรม และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิบางแห่งซึ่งมีบุคลากรจำนวนมากไม่สามารถจัดอบรมแบบ face to face ได้ตามเป้าหมาย จึงใช้หลักสูตร E-learning เข้ามาช่วยขยายผล S&D ให้ครอบคลุมบุคลากรส่วนใหญ่ โดยสร้างแรงจูงใจด้วยการนับเป็นคะแนน competency แต่พบข้อจำกัด คือ อาจไม่สามารถเปลี่ยนทัศนคติได้เท่าที่ควรหากผู้เรียนไม่ตั้งใจเรียนเนื้อหาอย่างจริงจัง หลังการอบรมโรงพยาบาลมีการนำแผนงานที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ S&D และปัจจัยเหตุ ไปดำเนินการ บางแห่งใช้กระบวนการของการพัฒนาคุณภาพมา

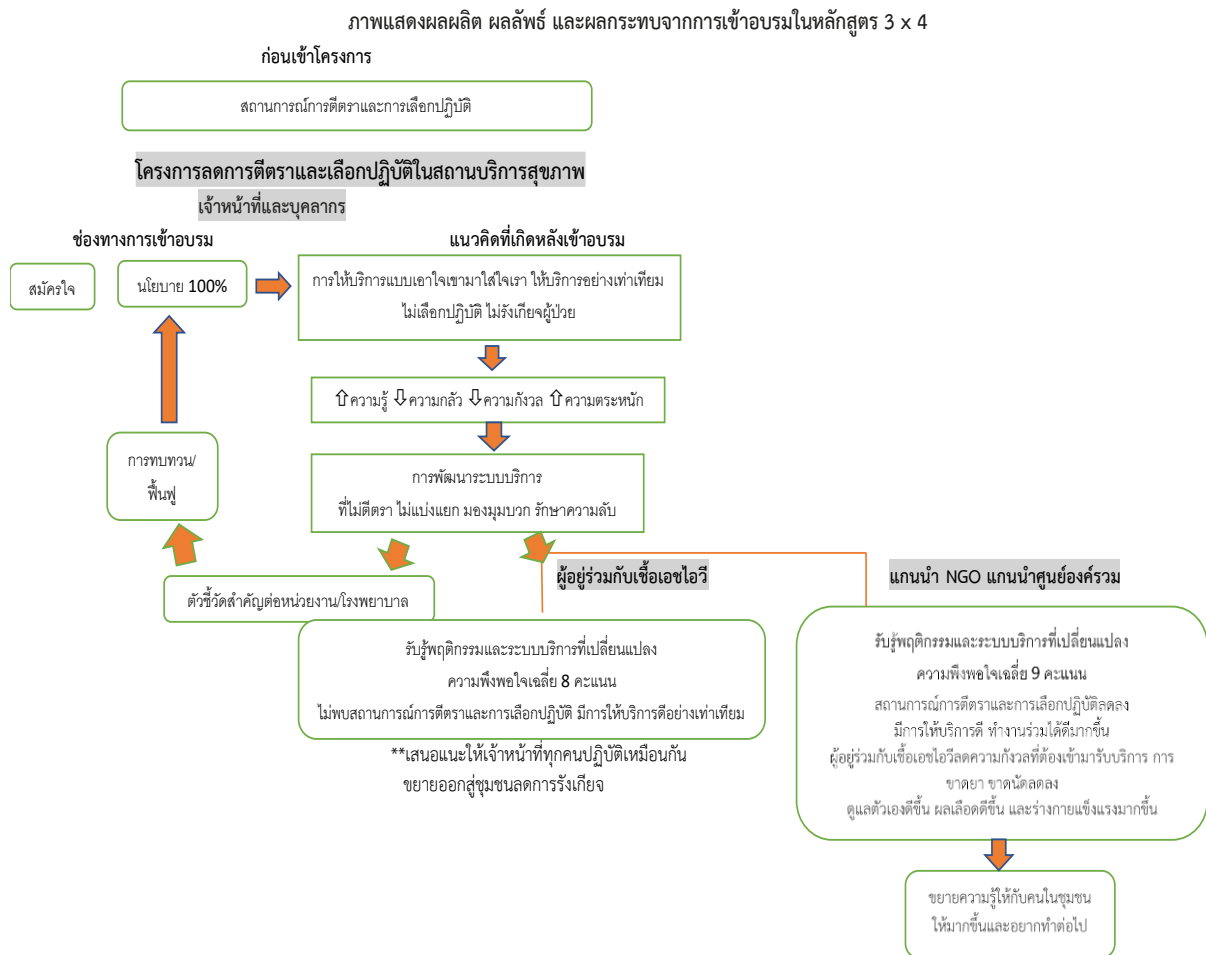
เป็นตัวขับเคลื่อน เช่น การรับรองคุณภาพบริการ (Hospital Accreditation_HA) หรือ การรับรองคุณภาพบริการเฉพาะโรคเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Disease Specific Certified_DSC-HIV/STI) แต่บางแห่งขับเคลื่อนโดยทีมวิทยากร/ทีมแชมป์เปี้ยน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการสหวิชาชีพด้านเอดส์ของโรงพยาบาล แม้จะพบว่าหลังดำเนินการสถานการณ์ S&D อาจไม่เปลี่ยนแปลงชัดเจน แต่มีการปรับระบบบริการในลักษณะต่าง ๆ เพื่อป้องกันและลด S&D เช่น เชื่อมโยงงาน S&D กับระบบประกันคุณภาพ ปรับรูปแบบและเวลาบริการของคลินิก ARV ให้หลากหลายและสะดวกในการเข้าถึง ปรับระบบการรับยาให้สะดวกและใช้เวลาน้อย ปรับวิธีการเรียกชื่อผู้รับบริการ และลดการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การใช้สัญลักษณ์ใน OPD card การแยกปรอท แยกเตียงทำคลอด ฯลฯ เป็นต้น และโรงพยาบาลบางแห่งพบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้รับบริการมีแนวโน้มดีขึ้นกว่าก่อนทำโครงการ เช่น CD4, Viral load และ Drug adherence ทั้งนี้ทีมให้คะแนนความพึงพอใจในการดำเนินงานโครงการระหว่าง 8-9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 เนื่องจากบางแห่งยังไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรบางวิชาชีพได้ เช่น การจัดคิวห้องทำฟัน

ผลการสนทนากลุ่มตัวแทนบุคลากรที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตร 5 กิจกรรม พบว่าส่วนใหญ่พึงพอใจและเห็นว่ากระบวนการอบรมทำให้เห็นภาพสถานการณ์ S&D ที่เกิดขึ้นจริงจนเกิดความเข้าใจและความตระหนัก นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการของตนได้ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถขยายผลไปให้คนที่ไม่ผ่านการอบรมคิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามได้ จึงเสนอว่าควรกำหนดเป็นนโยบายให้บุคลากรทุกคนได้เข้าอบรมในหลักสูตรนี้ เช่นเดียวกับผลการสนทนากลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ รวมถึงแกนนำของศูนย์องค์กรวม ซึ่งสังเกตเห็นว่าโรงพยาบาลมีการให้บริการที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงสองสามปีที่ผ่านมา (ช่วงที่โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการฯ) ทั้งรูปแบบบริการและพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติลดลงกว่าเดิม โดยให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ 8-9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 อาจมีปัญหาบ้างเรื่องความล่าช้าและพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ใหม่ จึงอยากให้มีการปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ทุกคนให้ดีขึ้นและทำอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความรู้และปรับทัศนคติเรื่อง S&D ที่มีต่อเอชไอวี/เอดส์ ของคนในชุมชนด้วย

บทสรุปรวมของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องทุกระดับของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้ง 5 แห่ง สามารถสรุปเป็นภาพรวมของการเข้ามามีส่วนร่วม กระบวนการดำเนินงาน รวมทั้งผลผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ดังรูปที่ 16

รูปที่ 16 ภาพรวมการเข้ามามีส่วนร่วม กระบวนการดำเนินงาน รวมทั้งผลผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของ
โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการฯ



**ให้เวทีในการทบทวนปัญหาพร้อมกันเพื่อการดำเนินงานที่ดีขึ้น ขยายความรู้ให้มากขึ้นและต่อเนื่อง

สรุปผลการศึกษาในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่มีการดำเนินงานลดการติดตามและการเลือกปฏิบัติ แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ

ผลการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทนของโรงพยาบาลซึ่งยังไม่เข้าร่วมโครงการฯ พบว่าส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าการ Normalized HIV ทำให้ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ไม่มีปัญหา S&D เหมือนสมัยก่อน อีกทั้งโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพบริการหลายครั้ง หรืออยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพ DSC-HIV/STI จึงมีแนวปฏิบัติในการทำงานที่มองว่าเป็นการป้องกัน S&D อยู่แล้ว เช่น การป้องกันอย่างรอบด้าน (universal precaution) การพิทักษ์สิทธิ์/ไม่เปิดเผยความลับ การ อีกทั้งไม่เคยถูกร้องเรียน ในขณะที่บางโรงพยาบาลยังไม่เข้าร่วมเพราะไม่แน่ใจในนโยบาย ไม่พร้อม และขาดผู้ประสานงานเอชไอวี มีเพียงโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งแห่งให้ข้อมูลว่าสนใจเข้าร่วมโครงการแต่ไม่ถูกเลือกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ผลการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพซึ่งเป็นคณะทำงานดูแลผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีพบว่าโรงพยาบาลไม่ได้จัดทำโครงการเฉพาะเพื่อลดการติดตามและการเลือกปฏิบัติ ยกเว้นในกรณีรณรงค์วันเอดส์โลก เนื่องจากเป็น

สิ่งที่ปฏิบัติตามนโยบายโดยปกติอยู่แล้ว อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง หรือ Humunize Crae ซึ่งช่วยลด S&D ในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้ ไม่ว่าจะเป็นจัดบริการในรูปแบบคลินิกยาต้านไวรัสที่เป็น one stop service หรือในรูปแบบที่รวมกับผู้ป่วยนอกอื่น ๆ นอกจากนี้ทีมสหวิชาชีพมีความเห็นว่าแม้จะไม่ได้เข้าร่วมโครงการ แต่มีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการลด S&D ด้วยการส่งเสริมให้เรียนหลักสูตร e-learning และการจัดการเชิงระบบ เช่น พัฒนาให้ทุกหน่วยบริการสามารถให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจได้อย่างไรก็ตามทีมผู้ให้บริการก็ยังไม่ค่อยแน่ใจว่าสิ่งที่ดำเนินการอยู่เป็นไปตามหลักการที่ถูกต้องในการลด S&D หรือไม่ เพราะยังไม่รู้สถานการณ์ S&D ที่แท้จริงในโรงพยาบาลของตน บางโรงพยาบาลเคยเก็บข้อมูลส่งให้สอวพ. แต่ไม่ได้ข้อมูลย้อนกลับว่าเจอปัญหาอะไรบ้าง

จากการสนทนากลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้รับบริการจากโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับ 8 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คือ โดยปัจจุบันไม่เคยเจอการให้บริการที่เป็นการตีตราและเลือกปฏิบัติ อีกทั้งผู้รับบริการในคลินิกเฉพาะมีแนวโน้มที่จะพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากกว่า เพราะได้รับบริการที่รวดเร็วเป็นสัดส่วน ลดความกังวลว่าจะถูกเปิดเผยสถานะ

ข. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ: ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ และผลลัพธ์ทางคลินิกของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการตั้งข้างต้นชี้ให้เห็นว่าทุกแห่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยในภาพรวมพบว่า สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในระยะหลังการดำเนินงาน (post intervention) และในระยะยาว (long term) ดีขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงาน (base line) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิเพื่อเปรียบเทียบตัวชี้วัดรวม (composite indicator) การตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 48 แห่งที่เข้าร่วมโครงการฯ พบว่า ในระยะยาว (long term) ผู้ให้บริการมีการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติทุกด้านต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (base line) และต่ำกว่าหลังการดำเนินงาน (post intervention) ยกเว้น ด้านทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อเพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบมีคะแนนสูงขึ้นกว่าหลังการดำเนินงาน เช่นเดียวกับผลการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้รับบริการ คลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งพบว่าในระยะยาว (long term) ผู้รับบริการฯ มีการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติทุกด้านต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (base line) และหลังการดำเนินงาน (post intervention) ยกเว้น ด้านเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการ/โรงพยาบาลเนื่องจากการตีตราตนเอง ซึ่งพบมีคะแนนสูงขึ้นกว่าหลังการดำเนินงาน

เมื่อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ ในปีเดียวกัน คือ ปีพ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นระยะหลังการดำเนินงาน (post intervention) ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ โดยผลการประเมินตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ มีการรับรู้การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติเกือบทุกด้านต่ำกว่าการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ยกเว้นเพียงด้านเดียว คือ “สังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” เช่นเดียวกับผลการประเมินตามการรับรู้ของผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ มีการรับรู้การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติทุกด้านต่ำกว่าการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ

ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล NAP พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในระยะต่าง ๆ ของการดำเนินงาน พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการดำเนินงาน (post intervention) และในระยะยาว (long term) มีแนวโน้มดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินงานโครงการ (base line) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $<.05$ ทั้งในตัวแปรผลการตรวจพบเชื้อเอชไอวี (HIV Positive) ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัส (ART coverage) และการกดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี (viral load suppression) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย CD4 (Median CD4) แล้วพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่จากการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกทั้งสามตัวของผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ และโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ในปีเดียวกัน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE)

ผลการวิจัยทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ ชี้ให้เห็นว่าโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) มีประสิทธิผลในการลดการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี นั่นคือ เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ในแง่สถานการณ์การติดเชื้อและเลือกปฏิบัติ รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้รับบริการ เนื่องจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้งในระยะนำร่อง และระยะขยายผล สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการดำเนินกิจกรรมแทรกแซงที่ชัดเจนในเชิงระบบ/

โครงสร้าง เริ่มจากมีข้อมูลผลการประเมินสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทำให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลมีหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจให้การสนับสนุนเชิงนโยบายในการดำเนินโครงการนี้ ซึ่งการสนับสนุนเชิงนโยบายนี้ถือเป็นองค์ประกอบหลักหนึ่งในสามของกิจกรรมแทรกแซง 3 ระดับ ถือเป็นปัจจัยความสำเร็จที่เอื้อให้เกิดการดำเนินกิจกรรมแทรกแซงตามมาทั้งกิจกรรมในระดับบุคคลด้วยการจัดอบรมให้บุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลมีความรู้ ปรับทัศนคติ และสร้างความตระหนัก ถึงปัญหาและความสำคัญของปัญหา S&D ตามหลักสูตรที่มีการพัฒนาขึ้น ทั้งในรูปแบบ 10 กิจกรรม จำนวน 12 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลนาร์่อง และ 5 กิจกรรม 6 ชั่วโมง สำหรับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในระยะขยายผล โดยเป้าหมายของการอบรมมุ่งจัดการกับ 3 ปัจจัยเหตุของ S&D ในระดับบุคคล ได้แก่ ขาดความตระหนัก ความกลัว/กังวลเรื่องการติดเชื้อ และทัศนคติด้านลบ/เหมารวม นอกจากนี้กิจกรรมระดมสมองในกลุ่มยังทำให้มีการวางแผนดำเนินการแก้ไขปัจจัยเหตุต่าง ๆ ในเชิงระบบหรือโครงสร้างการให้บริการของโรงพยาบาลที่วิเคราะห์พบว่าเป็นสาเหตุของ S&D นำไปสู่การขอความเห็นชอบจากผู้บริหารในการปรับเปลี่ยนกระบวนการหรือแนวปฏิบัติที่เกิดขึ้นเพื่อลดและป้องกัน S&D ในการให้บริการได้อย่างเป็นรูปธรรม

มาตรการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ถูกออกแบบโดยใช้แนวคิดที่สามารถส่งผลต่อความสำเร็จในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพได้จริง ด้วยการดำเนินกิจกรรมแทรกแซง 3 ระดับ เพื่อให้สามารถจัดกระทำหรือจัดการกับ 4 ปัจจัยเหตุของการเกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nyblade et al. (2019) ซึ่งทำการทบทวนอย่างเป็นระบบถึงกิจกรรมแทรกแซงเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จากผลการศึกษาที่เข้าเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 42 เรื่อง พบว่า กิจกรรมแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพในการลดการตีตรา ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์สำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้

- 1) การให้ข้อมูล (Provision of information) เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความหมายและลักษณะของการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้น และผลกระทบที่ตามมาจากปัญหานี้
- 2) กิจกรรมเสริมทักษะ (Skills-building activities) เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้พัฒนาทักษะที่เหมาะสมในการทำงานโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ
- 3) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) โดยกำหนดให้ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจริงจังในกิจกรรมการแทรกแซงของโครงการ
- 4) การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของกลุ่มผู้รับบริการที่ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ (Contact with stigmatized group) ในการดำเนินกิจกรรมการแทรกแซง ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจ (empathy) การเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการที่ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ (humanize the stigmatized individual) และการจัดการกับทัศนคติแบบเหมารวม (stereotypes)
- 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการผู้รับบริการที่ถูก

ติตราและเลือกปฏิบัติ มีทักษะในการใช้กลไกการจัดการกับความเครียด (coping mechanisms) เพื่อเอาชนะปัญหาของตนเองซึ่งเกี่ยวข้องกับการถูกติตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสุขภาพ

6) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง หรือ การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย (Structural or policy change) เพื่อลดและป้องกันการติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดหาวัสดุทางการแพทย์ การปรับปรุงระบบบริการ รวมถึงการปรับโครงสร้างสถานที่

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าในภาพรวมสามารถสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ได้ดังรูปที่ 17

รูปที่ 17 สรุปภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จของโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

นโยบายชัด ผู้บริหารเล่น ทีมเด่น กระบวนการชัด ลงมือทั้งทีมในบ้าน-นอกบ้าน มีการกระตุ้น เห็นผลลัพธ์ด้วยกัน



“ปรับเชิงระบบได้ มีกก. DSC ซึ่งเห็นความสำคัญของ S&D อีกทั้ง กก ชุดนี้มาจากทุกวิชาชีพ จึงส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนหากพบปัญหา เช่น เรื่องการสวมถุงมือสองชั้น (แพทย์ใช้กับผู้ป่วยทุกราย) ทำให้มีการหาสาเหตุและแก้ไขเรื่องการจัดซื้อถุงมือที่มีคุณภาพมากขึ้น ถือเป็นความโชคดีที่ S&D 3x4 มาพร้อมๆ กับการที่ รพ. เข้าสู่ระบบ DSC ทำให้เกิดการผลักดันเชิงนโยบายจากผู้บริหาร และ รพ. ได้ผ่านการรับรองจาก สรพ.

ช่องว่างของการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE)

จะเห็นได้ว่าโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ถูกออกแบบมาให้ครอบคลุมการใช้กลยุทธ์การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเกือบทุกกลยุทธ์ จึงส่งผลให้โครงการนี้เกิดประสิทธิผลในแง่ของผลลัพธ์ทั้งสองด้านดังที่กล่าวไปแล้ว แต่อย่างไรก็ตามพบช่องว่างที่ควรต้องมีการพัฒนาต่อเนื่องในการดำเนินการกับกลยุทธ์ที่ขาดหายไปซึ่งเป็นการจัดกระทำกับตัวผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายโดยตรง คือ การสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ ยังมีช่องว่างในการดำเนินการกับอีก 5 กลยุทธ์ที่เหลือซึ่งมีการดำเนินการบ้างแล้วแต่อาจไม่ครบถ้วนและสมบูรณ์ โดยเฉพาะในกลยุทธ์ที่ 1-4 ซึ่งมีจุดตั้งต้นจากการ

ดำเนินกิจกรรมแทรกแซงในระดับบุคคล ผ่านกระบวนการอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลตามหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น ว่าได้ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความรู้ มีการปรับทัศนคติ และเกิดทักษะในการปฏิบัติได้มากขึ้นเพียงใด เนื่องจากกระบวนการปรับทัศนคติจนถึงขั้นนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างเป็นอัตโนมัติและถาวรนั้นต้องใช้เวลาพัฒนาหลายขั้นตอน ดังที่ McGuire (1985) เสนอว่าการเปลี่ยนทัศนคติของบุคคล ต้องผ่านกระบวนการและขั้นตอนที่แบ่งเป็น 5 ระดับ จากระดับที่เป็นการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ไปถึงระดับที่แสดงว่าทัศนคติเปลี่ยนแปลงอย่าง ชัดเจน ดังนี้

- 1) ความใส่ใจ (Attention) คือ การที่ผู้ฟังให้ความสนใจจะรับรู้ รับฟัง สิ่งที่เสนอมา
- 2) ความเข้าใจ (Comprehension) คือ การที่ผู้ฟังเกิดความเข้าใจจากวิธีการที่ผู้เสนอเสนอมาน้อยเพียงใด การสื่อที่ได้ผลจะต้องทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย
- 3) การยอมรับ (Yielding) คือ การที่ผู้ฟังเข้าใจและเห็นประโยชน์ของสิ่งนั้น จนพอใจที่จะทำตามข้อมูลและผู้เสนอให้ทำ
- 4) การเก็บจำ (Retention) คือ การที่ผู้ฟังสามารถจดจำสิ่งนั้นได้หลังจากที่เกิดความเข้าใจและยอมรับแล้ว ดังนั้น ผู้สื่อต้องนำเสนอในสิ่งที่เด่นชัด หรือเห็นภาพให้มากที่สุด เพราะหากผู้เรียนจำสิ่งที่ต้องการเน้นไม่ได้ก็ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
- 5) การกระทำ (Action) คือ การที่ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมใหม่ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็น หรือเกิดทัศนคติใหม่

จะเห็นได้ว่า McGuire (1985) ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้อย่างจริงจัง แต่จากผลการประเมินผู้วิจัยพบว่าการปรับลดหลักสูตรอบรมให้แก่บุคลากร/เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจากที่เต็มรูปแบบ จำนวน 10 กิจกรรม ใช้เวลา 12 ชั่วโมง เหลือ 5 กิจกรรม ใช้เวลา 6 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมที่ถูกตัดออกอย่างชัดเจน 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมที่ 2 เราทุกคนเคยถูกตีตรา 2) กิจกรรมที่ 4 พยายานชีวิต 3) กิจกรรมที่ 8 Reflection และ 4) กิจกรรมที่ 9 สิทธิมนุษยชน ซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมสำคัญที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในลำดับที่สูง ๆ ตามแนวคิดของ McGuire (1985) ทั้งความเข้าใจ การยอมรับ และการเก็บจำ ดังนั้น จึงอาจเกิดผลการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในระดับต้นๆ เท่านั้น ไม่สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนปัจจัยภายในระดับบุคคลที่เป็นต้นเหตุของการตีตรา โดยเฉพาะสิ่งที่ปรับเปลี่ยนได้ยากเนื่องจากถูกฝังลึกไว้ คือ ทัศนคติด้านลบ ความกลัว และความตระหนัก ที่เกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบยาวต่อความต่อเนื่องและยั่งยืนและผลสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในอนาคต หากบุคลากรที่เข้ารับการอบรมไม่ได้รับการพัฒนาให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติไปจนถึงขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการให้บริการเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ช่องว่างของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว สะท้อนให้เห็นได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างบางแห่งยังมีการจัดบริการที่เป็นการตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น การจัดคิวทำฟันให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเป็นรายสุดท้าย อีกทั้งข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่าผลการประเมินในระยะยาว (long term) บุคลากรมีทัศนคติด้านลบต่อเพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอชไอวี สูงขึ้น

กว่าหลังการดำเนินโครงการทันที (post intervention) ผลการวิจัยที่พบอาจชี้ให้เห็นว่า **ชุดความรู้และกระบวนการเรียนรู้ในหลักสูตรแบบ 5 กิจกรรม** อาจจะยังไม่สามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานได้ถึงระดับสูงสุด คือ การกระทำ (action) นั่นคือการให้บริการที่สะท้อนการเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี จึงควรมีการวิเคราะห์ช่องว่างนี้ให้ชัดเจนเพื่อปรับปรุงกิจกรรมในหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในระดับสูงจนถึงขั้นการกระทำได้อย่างแท้จริง **รูปแบบกิจกรรมเพิ่มเติม** แม้ในระยะต่อมากจะมีการปรับหลักสูตรให้มีการเรียนรู้ในรูปแบบ e – learning เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ร่วมกิจกรรมอย่างครอบคลุมก็ตาม แต่ยังพบช่องว่างเช่นกัน ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ผู้พัฒนาหลักสูตรในส่วนกลางที่มีข้อสังเกตจุดอ่อนของชุดการอบรม 5 กิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ ณ ปัจจุบัน และถูกพัฒนาเป็นการเรียนรู้ด้วย e – learning ด้วยนั้น ได้ตัดกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับทัศนคติโดยตรงออก ได้แก่ กิจกรรมพยานชีวิต ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สร้างการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาจากประสบการณ์ตรงของผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องมีการดำเนินการอย่างละเอียดอ่อน จนเกิดการเปิดใจในการรับฟังมุมมองหรือความคิดที่แตกต่าง ทำให้ผู้ให้บริการและผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เหตุผลที่ต้องตัดสินใจตัดกิจกรรมนี้ออก เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ นอกเหนือจากเวลาการอบรมที่ลดลงจาก 12 ชั่วโมงเป็น 6 ชั่วโมง เช่น วิทยากรต้องมีการประเมินผลและความเชี่ยวชาญจนเกิดเป็นทักษะในการควบคุมกำกับกิจกรรมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้สึกเชิงลึก รวมถึงสามารถจัดการกับสถานการณ์ในกรณีที่เกิดอารมณ์และความรู้สึกอย่างท่วมท้นได้ เช่น การร้องไห้ อีกทั้งมีข้อจำกัดในการหาอาสาสมัครที่จะมาเป็นเคสตัวอย่าง จะเห็นได้ว่าตัวอย่างกิจกรรมที่ถูกตัดออกไปนี้ น่าจะเป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติสูงถึงขั้นการเก็บจำ (Retention) ตามแนวคิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของ McGuire (1985) ดังข้างต้น

ช่องว่างของการดำเนินงานในมาตรการความเชื่อมโยงกับชุมชน (Community linkage)

จากกรอบแนวคิดของมาตรการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ระบุไว้ว่า “กิจกรรมการเชื่อมประสานกับชุมชน” เป็นหนึ่งในสามของกิจกรรมแทรกแซงที่โรงพยาบาลซึ่งเข้าร่วมโครงการต้องดำเนินการ ทั้งนี้ในคู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ปี 2559 ของ สอวพ. (เล่มสี่ฟ้า) ระบุว่ามาตรการเชื่อมประสานกับชุมชน และกลไกระดับจังหวัด ประกอบด้วย 1) การเปิดพื้นที่ให้กลุ่มองค์กรผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีเข้ามามีส่วนร่วมทั้งในระดับการร่วมวางแผนและการจัดกิจกรรม 2) การจัดประชุมปรึกษาหารือ (consultative meeting) ในประเด็นเฉพาะกับองค์กรหรือเครือข่ายระดับจังหวัดที่ทำงานเรื่องการคุ้มครองสิทธิ และ 3) การเชื่อมประสานกับชุมชนที่กลุ่มประชากรหลัก/เครือข่ายผู้มีเชื้อเอชไอวีทำงาน เพื่อทำงานร่วมกันแก้ไขประเด็นที่เป็นปัญหาอย่างรอบด้านและเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยใช้การประชุมกรณีศึกษา (case conference) มาตรการนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nyblade et al. (2019) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของกลุ่ม

ผู้รับบริการที่ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ (Contact with stigmatized group) เป็นหนึ่งในหกกลยุทธ์สำคัญที่มีประสิทธิภาพในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า “กิจกรรมการเชื่อมประสานกับชุมชน” ได้รับความสำคัญเฉพาะโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องซึ่งบุคลากรได้รับการอบรมในหลักสูตร 10 กิจกรรม เท่านั้น โดยทีม Champion ของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกแห่งให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า มีตัวแทนของเครือข่ายผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเข้าร่วมกิจกรรมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานโครงการ อีกทั้งมีการประชุมกรณีศึกษา (case conference) แต่หลังการประชุม ส่วนใหญ่พบช่องว่างในการสานต่อ คือ ยังขาดการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน ด้วยข้อจำกัดเรื่องการการพิทักษ์สิทธิในการเปิดเผยสถานะของกลุ่มประกรผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ทั้งต่อครอบครัวและชุมชน แต่สำหรับโครงการในระยะขยายผลซึ่งใช้การอบรมบุคลากรด้วยหลักสูตร 5 กิจกรรม ผู้วิจัยไม่พบหลักฐานหรือผลการประเมินที่ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้เข้ามามีส่วนร่วมมากนักเลยเพียงใด นอกจากนี้จากการสังเกตของผู้วิจัยที่ได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมกับภาคีเครือข่ายการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในส่วนกลาง ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในการตีความและให้นิยามของคำว่า “ชุมชน” ตามมาตรการภายใต้โครงการนี้ ว่าควรจะหมายถึงเฉพาะกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเท่านั้น หรือควรมีขอบเขตที่กว้างและขยายไปถึงชุมชนในเชิงพื้นที่การดำเนินงานด้วย ดังนั้น มาตรการในข้อนี้จึงยังมีช่องว่างและความท้าทายที่ต้องดำเนินงานต่อหลายประการ

ช่องว่างของการดำเนินงานต่อเนื่องภายใต้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

แม้ว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิดการดำเนินงานจะนำไปสู่แรงจูงใจในการดำเนินโครงการ และทำให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องยั่งยืน สามารถปรับเข้าสู่ระบบการดูแลปกติเป็นเนื้อเดียวกันได้ และการดำเนินโครงการในระยะขยายผลได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้อย่างที่ปรากฏอยู่ในชื่อโครงการที่มีการปรับเปลี่ยนใหม่ แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยพบจุดอ่อนของการบูรณาการแนวคิดคุณภาพบริการเข้าไปในการดำเนินงานโครงการ เนื่องจากพบช่องว่างตั้งแต่ผู้เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและแนวทางในส่วนกลาง ซึ่งมีมุมมองที่แตกต่างกันในการเชื่อมโยง CQI กับ S&D ว่าเป็นการ “ใช้กระบวนการ CQI เพื่อเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน S&D” หรือ “การผสมผสาน (integrate) CQI เข้าไปในมาตรการ 3X4” ทำให้ CQI ยังไม่ได้รับการออกแบบให้มีบทบาทที่ชัดเจนภายใต้โครงการในระยะขยายผลนี้ ดังจะเห็นได้จากไม่ได้ถูกออกแบบให้ผสมผสานเป็นเนื้อเดียวกันในหลักสูตรการฝึกอบรม 5 กิจกรรม แต่มีการนำ CQI เข้ามาเป็นกิจกรรมเพิ่มในตอนท้ายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการ 5 กิจกรรม ทั้งในการอบรมวิทยากร TOT (ครู ก.) วิทยากรระดับโรงพยาบาล (ครู ข.) และการอบรมบุคลากรในโรงพยาบาล จึงเป็นเหมือนการขายความคิดในเรื่องความเชื่อมโยงระหว่างคุณภาพบริการกับ S&D ทำให้อาจเกิดความยากลำบากและไม่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติจริงของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

ช่องว่างในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการฯ

ในคู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ปี 2559 ของ สอวพ. (เล่มสี่ฟ้า) ได้เสนอแนะแนวทางการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ไว้ว่าควรเป็นบทบาทของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการติดตามกำกับและประเมินความสำเร็จของโครงการว่าสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยหลัก 4 ด้าน ที่เป็นต้นเหตุของการตีตราและเลือกปฏิบัติ หรือไม่ และนำไปสู่การปฏิบัติจริงในการให้บริการโดยปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติหรือไม่เพียงใด โดยเสนอเครื่องมือและวิธีการติดตามประเมินผล 3 ลักษณะ ได้แก่

1) การประเมินผลโครงการในภาพรวม โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ (Baseline and Endline) ซึ่งศูนย์อำนวยการบริการจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (NAMAC) ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์เรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติจากเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าในภาคผนวก 4 ของคู่มือฯ เล่มนี้ มีเฉพาะเครื่องมือประเมินในบุคลากรเท่านั้น ไม่มีเครื่องมือชุดที่ใช้ประเมินในผู้รับบริการ

2) การประเมินผลการอบรม โดยใช้แบบประเมิน Pre-post test training โดยข้อคำถามถูกพัฒนาให้สอดคล้องกับเนื้อหาการอบรมเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการอบรมว่าสามารถเปลี่ยนแปลงในปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการเกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะใน 3 ปัจจัยแรก คือ ความตระหนักรู้ ความกลัว และทัศนคติ แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือที่กล่าวถึงนี้ไม่ได้มีการใส่ตัวอย่างไว้ในคู่มือการดำเนินงานฯ อีกทั้งผู้วิจัยไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนของการประเมินผลโดยใช้เครื่องมือดังกล่าวนี้ แต่มีข้อสังเกตว่าผลของการประเมินหลังการอบรมเสร็จสิ้นทันที (pot test training) อาจสะท้อนเพียงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในระดับต้น ๆ คือ ความรู้ ความเข้าใจ เท่านั้น แต่ยังไม่บรรลุประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่แท้จริงในระดับสูง ๆ ตามคิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลตามแนวคิดของ McGuire (1985)

3) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสังเกตและบันทึกกระบวนการที่ทำ การสรุปบทเรียนของโรงพยาบาลและจังหวัด การสัมภาษณ์กลุ่ม/รายบุคคล โดยสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลผู้ร่วมให้บริการ (ผู้มีเชื้อเอชไอวีหรือกลุ่มประชากรหลัก) และผู้รับบริการ โดยให้เน้นการรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่สามารถตอบโจทย์คำถามการประเมินผลโครงการในภาพรวมข้างต้น ซึ่งจากการทบทวนคู่มือฯ ผู้วิจัยไม่พบเครื่องมือที่เป็นแนวทางหรือแนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพตามที่กล่าวถึงนี้ พบเพียงแบบฟอร์มการรายงานผลภาพรวมการดำเนินงาน วงที่ 2 ซึ่งให้บันทึกชื่อหน่วยงาน ทีมผู้รับผิดชอบโครงการ สรุปกิจกรรมที่ดำเนินการ สรุปผลการดำเนินงาน จุดควรพัฒนาของโครงการ/กิจกรรม และปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโครงการ/กิจกรรม ดังภาคผนวก 2 และแบบฟอร์มสรุปผลการจัดกิจกรรม ในภาคผนวก 3

อย่างไรก็ตามจากเอกสารที่เกี่ยวข้องซึ่งได้รับเพิ่มเติมจาก สอวพ. พบว่ามี “แบบรายงานผลการดำเนินงานระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน 2562” ซึ่งคาดว่าถูกพัฒนาเพิ่มเติมให้สามารถประเมินผลโครงการในภาพรวมว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติตามปัจจัยหลัก 4 ด้านหรือไม่ โดยแบบรายงานนี้ถูกออกแบบเพื่อประเมินการดำเนินงานให้ครอบคลุมหลักการของ 3X4 และ CQI เป็นแนวคำถามแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ และผู้ประสานงาน/ผู้รายงาน

ส่วนที่ 2 การเก็บข้อมูล Baseline ในแง่ของวิธีการ การสรุปผลและใช้ประโยชน์จากข้อมูล และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 3 การจัดอบรมบุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วยจำนวนรุ่น และจำนวนคนที่เข้าอบรม คุณลักษณะผู้เข้ารับการอบรม ปัญหาอุปสรรคที่พบและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินการอบรมในภาพรวม

ส่วนที่ 4 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ (CQI) เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานและกิจกรรมดำเนินการในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสังเกตว่าไม่มีคำถามเฉพาะเจาะจงที่เชื่อมโยงกับโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ส่วนที่ 5 แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลในการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ (code of conduct) ทั้งที่เกิดขึ้นก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ส่วนที่ 6 การนำหลักสูตรอบรมบุคลากรไปใช้จริง โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนกิจกรรมที่ทำระยะเวลาที่ใช้จริง รวมถึงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมรวมถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องนับถึงวันที่ได้รับข้อมูลส่งต่อจาก สอวพ. (เดือนกรกฎาคม 2563) พบว่ามีโรงพยาบาลเพียง 9 โรงพยาบาล จาก 48 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งส่งรายงานผลการดำเนินงานนี้มายัง สอวพ. อย่างไรก็ตามทั้งจากการทบทวนเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องและข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ยังไม่พบบทบาทที่ชัดเจนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิซึ่งรวบรวมโดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ เพื่อเปรียบเทียบตัวชี้วัดรวม (composite indicator) การตีตราและเลือกปฏิบัติของโรงพยาบาล 48 แห่งที่เข้าร่วมโครงการฯ ในระยะขยายผล โดยใช้หลักสูตรอบรม 5 กิจกรรม พบว่า ในภาพรวมสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้ให้บริการ ในระยะหลังการดำเนินงาน (post intervention) และในระยะยาว (long term) ดีขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงาน (base line)

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณของโรงพยาบาล 48 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ จากแบบสำรวจ สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ พบว่าในระยะยาว (long term ประเมินในปี พ.ศ. 2563) ผู้ให้บริการมีการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติทุกด้านต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (base line ประเมินในปี พ.ศ.) และต่ำกว่าหลังการดำเนินงาน (post intervention) ยกเว้น ด้านทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อเพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบมีคะแนนสูงขึ้นกว่าหลังการดำเนินงาน ทั้งนี้ก็อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากโรงพยาบาลทั้ง 48 แห่ง เข้าร่วมโครงการในระยะขยายผล ซึ่งใช้หลักสูตรที่ปรับลดให้เหลือ 5 กิจกรรม เป็นหลักในการจัดอบรมให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล ทำให้เกิดข้อจำกัดในการจัดกระทำให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติได้อย่างจริงจังและถาวรในระยะยาว ดังที่ได้อภิปรายถึงข้อจำกัดนี้ไว้แล้วในตอนต้น

สำหรับผลการวิเคราะห์การรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติตามการรับรู้ของผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งพบว่าในระยะยาว (long term) ผู้รับบริการฯ มีการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติทุกด้านต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (base line) และหลังการดำเนินงาน (post intervention) ยกเว้น ด้านเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการ/โรงพยาบาลเนื่องจากการตีตราตนเอง ซึ่งพบมีคะแนนสูงขึ้นกว่าหลังการดำเนินงาน นั้น เมื่อวิเคราะห์ในข้อคำถามย่อยของด้านนี้ พบว่า รายชื่อที่ผลการประเมินในระยะยาว สูงขึ้นกว่าหลังดำเนินการ คือ “รู้สึกผิดที่ติดเชื้อเอชไอวี” ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากใน ปี พ.ศ. 2563 มีผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นผู้รับบริการของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลายแห่ง ได้เข้าอบรมการจัดการกับการตีตราตนเอง (Self-stigma) ซึ่งดำเนินการโดย สอวพ. ร่วมกับมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ทำให้ประชากรกลุ่มนี้ได้มีการทบทวนและวิเคราะห์การรับรู้การตีตราภายในที่เกิดขึ้นของตนเองอย่างละเอียด จึงอาจมีการประเมินการรับรู้ของตนเองอย่างใส่ใจ จนสามารถเข้าใจสถานการณ์ปัญหาการตีตราภายในของตนเองได้อย่างลึกซึ้งและถูกต้องตามความเป็นจริงมากกว่าที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามเหตุผลที่แท้จริงสำหรับข้อค้นพบนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาโดยละเอียดเพื่อทำความเข้าใจและหาคำตอบที่สามารถอธิบายได้ต่อไป

สำหรับผลการเปรียบเทียบสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ ในปีเดียวกัน คือ ปีพ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นระยะหลังการดำเนินงาน (post intervention) ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ มีการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติเกือบทุกด้านต่ำกว่าการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ยกเว้นเพียงด้านเดียว คือ “สังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” ผลที่พบนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งยังไม่เคยผ่านการอบรมในหลักสูตร 3X4 จึงอาจไม่เข้าใจและตระหนักว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัติในการให้บริการ เข้าข่ายของการตีตราและเลือกปฏิบัติ ดังข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จะตีความและให้ความสำคัญกับเรื่องของการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ที่เน้นไปในเรื่องของการรักษาความลับของผู้รับบริการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นเพียงแค่ประเด็นเดียวของการปฏิบัติในการป้องกันการตีตราต่อผู้รับบริการ ทำให้ยังขาดความเข้าใจและตระหนักถึงพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เข้าข่ายการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เป็นผลมาจากปัจจัยเหตุทั้ง 3 ปัจจัย คือ ความตระหนัก ความกลัว/กังวลการติดเชื้อ ทัศนคติลบ/ตำหนิ/เหมารวม ทำให้ไม่ทราบว่าจะแนวทางการดำเนินงานที่ปฏิบัติอยู่

สะท้อนถึงการตีตราและเลือกปฏิบัติ จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการมีการประเมินว่าสังเกตเห็นมีการเลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี น้อยกว่าผลการประเมินของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

ในส่วนผลการประเมินตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ที่พบว่าในระยะยาว ผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ มีการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติทุกด้านต่ำกว่าการรับรู้ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ผลการวิจัยที่พบนี้สนับสนุนการอธิบายข้างต้นที่ชี้ให้เห็นว่าโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 package) มีประสิทธิผลในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes)

สำหรับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อตอบประสิทธิผลของการดำเนินโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) นั้น แม้จะไม่ได้มีการกำหนดให้มีการประเมินไว้ในคู่มือการดำเนินงาน แต่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายและผู้พัฒนาหลักสูตรจากส่วนกลาง พบว่า ในระยะเริ่มต้นของการวางแผนทางการดำเนินโครงการนั้น นอกจากตัวชี้วัดหลักในการประเมินความสำเร็จ คือ สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติโดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ที่กล่าวถึงข้างต้นแล้ว ยังมีข้อเสนอในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ ซึ่งอาจมีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดทางคลินิกที่เป็นไปได้ 3 ตัว คือ

- 1) ผู้มีเชื้อเอชไอวีรายใหม่เข้ารับการรักษาที่ระดับ CD 4 > 200 มีจำนวนเพิ่มขึ้น
- 2) ผู้มีเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน มีจำนวนเพิ่มขึ้น
- 3) ผู้มีเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและมาติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนอยู่ในสภาวะกดไวรัส หรือตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือดไม่เจอมียาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น

ซึ่งจากการประเมินพบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเพียงแห่งเดียว ซึ่งให้ข้อมูลว่ามีการติดตามประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้รับบริการบางตัวและพบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นในทิศทางที่พึงประสงค์ แต่โรงพยาบาลที่เหลือไม่ได้มีการวิเคราะห์และประเมินในเรื่องนี้ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางชี้แนะจากส่วนกลาง อีกทั้งยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมถึงมีภาระงานที่หนักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี จึงไม่มีเวลาสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีข้อโต้แย้งจากหลายฝ่ายว่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นมาจากคุณภาพบริการในภาพรวม ไม่ใช่ผลจากการดำเนินโครงการการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ในชุดบริการ 3X4 เพียงอย่างเดียว จึงไม่ควรกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิกดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการ ฯ

แม้ว่ายังไม่มีข้อสรุปในการใช้ผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิผลของการดำเนินโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ผู้วิจัยในฐานะผู้ประเมินภายนอก มองว่าการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่มีการแทรกแซงด้วยการดำเนินงานของโครงการที่มีกระบวนการพัฒนามาอย่างเป็นขั้นตอนและในเชิงระบบเช่นเดียวกับโครงการฯ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 นี้ น่าจะเป็นข้อมูลที่จะช่วยสะท้อนให้เห็นว่าโครงการมีส่วนในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิจากฐานข้อมูล NAP ด้วยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในระยะต่าง ๆ ของการดำเนินงานโครงการ พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการดำเนินงาน (post intervention) และในระยะยาว (long term) มีแนวโน้มดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินงานโครงการ (base line) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $<.05$ ทั้งในตัวแปรผลการตรวจพบเชื้อเอชไอวี (HIV Positive) ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัส (ART coverage) และการกดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี (viral load suppression) แต่พบว่าค่าเฉลี่ย CD4 (Median CD4) ในช่วง 2 ปีหลังการดำเนินงาน คือ ระหว่างปี พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยถึงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า เป็นแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น และอาจเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์หนึ่งซึ่งชี้ให้เห็นว่าโครงการฯ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 น่าจะมีส่วนสำคัญซึ่งส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งผลลัพธ์ที่ดีขึ้นภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานโครงการทันที และผลลัพธ์ที่ยังคงอยู่ในระยะยาว เมื่อเทียบกับการให้บริการตามปกติที่ผ่านมา เนื่องจากการดำเนินงานที่ทำให้ผู้ให้บริการในทุกระดับเกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัย 3 ด้าน อันเป็นสาเหตุของการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ ความตระหนัก ความกลัว/กังวล และทัศนคติด้านลบ/เหมารวม/ตำหนิ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ชัดเจน คือ การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติด้วยการให้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้น จนผู้รับบริการสังเกตเห็นได้และบอกต่อ ๆ ส่งผลต่อการเข้าถึง ความร่วมมือ ความสม่ำเสมอ และการคงอยู่ในการรับบริการมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องผลการวิจัยด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน ของ Rueda et al. (2016) จากงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 62 เรื่อง ซึ่งสนับสนุนว่าการตีตราที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี (HIV-related stigma) ส่งผลกระทบที่หลากหลายต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้มีเชื้อเอชไอวี โดยงานวิจัยเรื่องนี้พบว่าการตีตราที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีที่สูง มีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความครบถ้วนสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในระดับที่ต่ำ (lower levels of adherence to antiretroviral medications) รวมถึงการเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมในระดับที่ต่ำ (lower levels access to and usage of health and social services)

สำหรับผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย CD4 (Median CD4) แล้วพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในเรื่องความสมบูรณ์ ครบถ้วน และการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทาง สอวพ. เพิ่งเริ่มมีการวิเคราะห์และรายงานข้อมูลตัวแปรนี้ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา ทำให้ไม่มีข้อมูล

เปรียบเทียบกับผลก่อนการดำเนินงานโครงการ (base line) และหลังดำเนินโครงการ (post intervention) แต่สามารถเปรียบเทียบได้เฉพาะความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างปี พ.ศ. 2562 และ 2563 ซึ่งอยู่ในระยะเดียวกัน คือ การประเมินในช่วงระยะยาว (long term) หลังการดำเนินโครงการ จึงอาจพบว่ามีผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกัน

สำหรับผลการวิจัยที่พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกทั้งสามตัวของผู้รับบริการคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ และโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ในปีพ.ศ. 2562 (ซึ่งเป็นปีในระยะหลังดำเนินการ หรือ post intervention ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น สามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าจะไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 แต่โรงพยาบาลเหล่านั้น ก็มีการดำเนินงานเพื่อลดและป้องกันความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการ รวมถึงผู้มีเชื้อเอชไอวี ตามนโยบายและแนวทางในยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ของประเทศอยู่แล้ว โดยเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ของโรงพยาบาลทุกระดับ หรือการดำเนินงานในกระบวนการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพเฉพาะโรคเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV-STIs-Disease-Specific Certification: HIV-STIs-DSC) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งกระบวนการพัฒนาคุณภาพเหล่านี้ทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร จนทำให้ผู้มีเชื้อเอชไอวีเกิดแรงจูงใจในการเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องและมีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2559)

ข้อเสนอแนะ

จากสรุปผลการศึกษาข้างต้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนและขยายผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE)**

เนื่องจากผลการประเมินพบว่า ในภาพรวมโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) มีประสิทธิผลในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ในแง่สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้รับบริการ แต่อาจมีข้อจำกัดและความท้าทายบางประการที่ทำให้การดำเนินงานโครงการไม่ต่อเนื่องจนส่งผลความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ดังกล่าว ดังนั้น กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) อย่างต่อเนื่อง โดยมีทางเลือกในการพัฒนาเพื่อลดช่องว่างและความท้าทายที่พบจากการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 ขยายการดำเนินงานโครงการให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้บริการแก่ผู้มีเชื้อเอชไอวี ด้วยการสนับสนุนงบประมาณและการสนับสนุนทางวิชาการ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลเกิดความสนใจและรับมาตรการตามแนวคิดในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ไปดำเนินการต่อ และสนับสนุนงบประมาณแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานควบคุมโรค ในการทำบทบาทผู้ให้การนิเทศ ติดตาม และหนุนเสริมการดำเนินงานของโรงพยาบาลอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยใช้คู่มือหรือแนวทางการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ที่ควรมีการพัฒนาขึ้น

1.2 ใช้การผลักดันเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) แล้ว มีการดำเนินการโดยใช้แนวคิดนี้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนี้

1.2.1 ผลักดันให้มีการบูรณาการแนวคิดผ่านระบบและกลไกการดำเนินงานที่มีอยู่ โดยเฉพาะการบูรณาการให้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ดังนี้

1) ผลักดันให้มาตรการ 3X4 เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล (Hospital Accreditation_HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยสนับสนุนให้การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เป็นหนึ่งในความเสี่ยงต่อบริการสุขภาพ ที่จำเป็นต้องมีการสำรวจและหาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหานี้ ในกระบวนการรับรอง HA ชั้น 1

2) กำหนดให้การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานในมาตรฐานการประเมินและรับรองโรคเฉพาะเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV and STIs DSC) โดยผลักดันให้มาตรการ 3X4 เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในระบบงานสนับสนุน และกระบวนการดูแลของมาตรฐานนี้

3) สนับสนุนให้โครงการนำร่องการพัฒนาแบบการขับเคลื่อนคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เครือข่ายระดับจังหวัด ด้วยการบูรณาการมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (HNA) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) นำแนวคิดการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ไปบูรณาการเป็นแนวคิดพื้นฐานหนึ่งในกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการนี้

1.2.2 อํารงรักษาทีมวิทยากรระดับจังหวัด และทีมแชมป์เปี้ยน/วิทยากรระดับโรงพยาบาล ด้วยการสนับสนุนให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพและทักษะในการเป็นวิทยากรถ่ายทอดแนวคิดการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการ

ดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคนทำงานในกลุ่มนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นผูกพันและการคงอยู่ในบทบาทของการเป็นวิทยากรในเรื่องนี้

1.3 บูรณาการแนวคิดลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ในยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงานของโรคที่อาจเกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติหรือมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับเอชไอวี/เอดส์ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี ผู้ใช้สารเสพติด และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ฯลฯ เป็นต้น

1.4 สนับสนุนให้คณะกรรมการเอดส์ระดับจังหวัดเห็นความสำคัญของมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติตามแนวคิดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) เพื่อผลักดันนโยบายที่เอื้อหรือให้การสนับสนุนการขยายแนวคิดนี้ ไปยังหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำแนวคิดนี้ไปบูรณาการในโครงการ “องค์กร ดูแล ห่วงใย ใส่ใจ ป้องกันเอดส์ในที่ทำงาน” เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการลดช่องว่างของการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE)

2.1 การปรับปรุงหลักสูตรอบรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากผลการวิจัยที่พบว่าชุดความรู้และกระบวนการเรียนรู้ในหลักสูตรอบรมแบบ 5 กิจกรรม ถูกปรับลดโดยตัดกิจกรรมซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมสำคัญที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในขั้นสูงสุดของผู้ปฏิบัติงาน คือ ขั้นตอนมือกระทำ (action) ด้วยการให้บริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี นั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่เป็นทางเลือก ดังนี้

2.1.1 ใช้หลักสูตรอบรมแบบ 5 กิจกรรม และหลักสูตร E-learning ที่ถูกพัฒนาไว้แล้วในการอบรมเบื้องต้นแก่บุคลากรของโรงพยาบาลใหม่ที่เพิ่งเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) หรือการอบรมบุคลากรใหม่ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการแล้ว เพื่อสร้างการปรับเปลี่ยนทัศนคติในขั้นต้น ๆ ได้แก่ ความใส่ใจ ความเข้าใจ และการยอมรับ โดยออกแบบเครื่องมือในการประเมิน/วัดระดับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่เกิดขึ้นของผู้เข้ารับการอบรมแบบออนไลน์ ที่สามารถประมวลผลและทำให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบระดับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเองได้ทันทีหลังเสร็จสิ้นการอบรม

2.1.2 พัฒนาชุด (Module) การเรียนรู้ด้วยตนเองในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเสริมให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีโอกาสและทางเลือกในการศึกษาเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติไปจนถึงขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการให้บริการเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ขาดหายไปของหลักสูตร 5 กิจกรรม เช่น การพัฒนา MOOC (Massive Open

Online Courses) ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ที่สนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองในประเด็นที่สนใจ และสามารถมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ในการเรียนได้ ทั้งนี้ โดยโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการอาจออกแบบวิธีการสนับสนุนและติดตามกำกับให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้เพิ่มเติมนี้ ด้วยการมอบหมายเป็นการบ้านให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติม ในส่วนที่ตนเองขาดตามผลการประเมินตนเองข้างต้น จนกว่าจะมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติถึงขั้นสูงสุด ในระยะเวลาที่กำหนด และถือเป็นส่วนหนึ่งในตัวชี้วัดการพัฒนาสมรรถนะของคณาจารย์ นอกจากนี้ ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของ 3x4 นี้ ยังสามารถใช้ประโยชน์ในการเผยแพร่ให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับนิสิต นักศึกษา ในวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องนี้

2.1.3 เนื่องจากการตีตราตนเอง (self-stigma) ของผู้มีเชื้อเอชไอวี พบเป็นอุปสรรคและช่องว่างสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของโครงการฯ โดยเฉพาะผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ทั้งผลลัพธ์ในเชิงการรับรู้การตีตราและเลือกปฏิบัติในการเข้ารับบริการ และผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนั้น จึงควรพัฒนาให้มีการดำเนินการเพื่อลดและแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้รับบริการที่เป็นผู้มีเชื้อเอชไอวี เป็นกิจกรรมสำคัญกิจกรรมหนึ่งภายใต้ชุดการดำเนินงาน 3x4

2.2 การปรับปรุงการดำเนินงานในมาตรการเชื่อมประสานกับชุมชน (Community linkage) และกลไกระดับจังหวัด ให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

จากผลการวิจัยพบช่องว่างเกี่ยวกับ “กิจกรรมการเชื่อมประสานกับชุมชน” ภายใต้การดำเนินงานโครงการ ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

2.2.1 ปรับกระบวนการดำเนินกิจกรรมการอบรมเพื่อให้ความสำคัญของการเชื่อมประสานกับชุมชนที่เป็นกลุ่มประชากรผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ 4 ซึ่งเป็นกระบวนการกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ให้เห็นรูปแบบการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้น และกิจกรรมที่ 5 การระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างรอบด้าน และมีกลไกในการขับเคลื่อนแผนการแก้ไขปัญหาไปสู่การปฏิบัติจริงหลังเสร็จสิ้นการอบรม รวมทั้งมีการติดตามกำกับกับการดำเนินงานและประเมินผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ซึ่งในทุกขั้นตอนนี้ต้องจัดกิจกรรมให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีรวมถึงเครือข่ายการทำงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ในการจัดอบรมแต่ละครั้งต้องมีจำนวนตัวแทนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและเครือข่ายการทำงานที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมการอบรมในสัดส่วนที่มากพอ

2.2.2 ควรมีการทบทวนการให้นิยามของคำว่า “ชุมชน” ให้ขยายขอบเขตกว้างออกไปมากกว่าชุมชนที่เป็นกลุ่มประชากรผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี แต่รวมถึงชุมชนในเชิงพื้นที่การดำเนินงานด้วย เนื่องจากการตีตราและเลือกปฏิบัติอาจเกิดขึ้นในบริบทของชุมชนภายนอกโรงพยาบาล แต่ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ดังนั้น การดำเนินงานของโครงการฯ ในชุดการดำเนินงาน 3x4 จึงควรมีความเชื่อมโยงกับกลไกการดำเนินงานที่มีอยู่ในระดับจังหวัดด้วย

2.2.3 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ควรดำเนินการร่วมกับอาสาสมัครแกนนำ และ NGO ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้มีเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรเปราะบางอื่นๆ อย่างจริงจัง เพื่อพัฒนา แนวทางการดำเนินงานเชื่อมโยงกับชุมชน โดยมีการนิยามความหมายให้ชัดเจนว่าหมายถึงอะไร มีขอบเขตการ ดำเนินงานเพียงใด พร้อมทั้งกำหนดวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดการประสานและการทำงานร่วมกับเครือข่าย ชุมชนที่ชัดเจน และเนื่องจากประชากรผู้มีเชื้อเอชไอวี ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือที่มากกว่าภาวะสุขภาพ แต่เป็นคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกด้าน ดังนั้น จึงควรนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบคุณภาพ ชีวิตทั้ง 6 ด้าน ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ มาใช้เป็นกรอบในการพิจารณา ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในองค์ประกอบแต่ละด้าน ที่อาจเกิดกับประชากรกลุ่มนี้ พร้อมแนวทางในการแก้ไข

2.3 การปรับปรุงการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจาก การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ให้เชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

นอกจากข้อเสนอแนะเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงานส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตี ตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) โดยการ ผลักดันให้มีการบูรณาการแนวคิด 3x4 ให้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ลักษณะต่าง ๆ ดังข้างต้นแล้ว เพื่อลดช่องว่างในการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพบริการกับโครงการส่งเสริม สถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะซึ่งเป็นทางเลือก ดังนี้

2.3.1 มีการกำหนดกรอบแนวคิดที่มีการตกผลึกร่วมกันในส่วนกลาง เพื่อให้เห็น บทบาทที่ชัดเจนของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ CQI ที่มีต่อการดำเนินงานโครงการฯ ในชุดการดำเนินงาน 3x4 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ

2.3.2 มีการถอดบทเรียนความสำเร็จของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อ วิเคราะห์และสังเคราะห์หารูปแบบที่มีประสิทธิผลของการบูรณาการ CQI กับ 3x4 ในลักษณะต่าง ๆ และ จัดทำเป็นแนวทางในการพัฒนาให้สำหรับโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้เลือกใช้ตามความเหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาล ต่อไป

2.4 การปรับปรุงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการฯ

จากช่องว่างที่พบในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในชุดการดำเนินงาน 3X4 (3*4 PACKAGE) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

2.4.1 พัฒนาเครื่องมือประเมินผลการอบรม ซึ่งสามารถประเมิน/วัดระดับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่เกิดขึ้นของบุคลากรในโรงพยาบาลที่เข้ารับการอบรมได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว เช่น พัฒนาเป็นแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้ application ที่ผู้เข้ารับการอบรมสามารถประเมินและมีการประมวลผลโดยอัตโนมัติ ทำให้ทราบระดับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเองได้ทันทีหลังเสร็จสิ้นการอบรม นอกจากนี้ เครื่องมือชุดนี้ยังสามารถใช้ประโยชน์สำหรับบุคลากรในการประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ของตนเองเป็นระยะ ๆ

2.4.2 ปรับปรุงรายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ เพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ครอบคลุมหลักการของ 3X4 โดยออกแบบให้กระชับและสะดวกสำหรับการรายงานของโรงพยาบาล เช่น ใช้แบบฟอร์มสำรวจแบบออนไลน์ ที่สามารถประมวลผลได้ในเวลารวดเร็วและโดยอัตโนมัติ ทำให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากทำให้เห็นข้อมูลผลการประเมินของตนเองและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการดำเนินงานได้ทันทั่วทั้ง

2.4.3 พัฒนาระบบการวิเคราะห์และประมวลผลแบบสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งง่ายและสะดวกต่อการใช้งานของโรงพยาบาล เช่น สามารถประมวลผลค่าคะแนนออกมาเป็น Pivot table ได้โดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ เพื่อให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการสามารถรู้สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของตนเองได้ทันทีหลังการทำแบบสำรวจ นำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาก็พบได้อย่างเป็นปัจจุบัน อีกทั้งสามารถนำคะแนนมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงานโครงการ (Baseline and Endline) เพื่อการประเมินผลการดำเนินงานโครงการของตนเองในภาพรวมได้ อีกทั้งทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานควบคุมโรคเขตสามารถติดตามกำกับสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในพื้นที่รับผิดชอบได้

2.4.4 สนับสนุนการติดตามกำกับการดำเนินโครงการแบบเสริมแรงด้วยกระบวนการโค้ช (coaching) ในทุกระดับ ดังนี้

1) วิทยากรระดับประเทศและผู้รับผิดชอบงานจากส่วนกลาง ดำเนินการโค้ชทีมวิทยากรระดับภาค และ/หรือ ทีมวิทยากรระดับจังหวัด ทั้งในหน้างานและแบบออนไลน์ เพื่อพัฒนาศักยภาพและทักษะของทีมวิทยากรในการจัดอบรมหลักสูตร 3 x4 และขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการ

2) ทีมวิทยากรระดับระดับภาค และ/หรือ ทีมวิทยากรระดับจังหวัด ดำเนินการโค้ชทีมวิทยากรของโรงพยาบาลแบบหน้างาน และให้คำปรึกษาชี้แนะผ่านออนไลน์

2.4.5 ส่งเสริมศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานควบคุมโรคระดับเขตในการทำบทบาทหน้าที่ติดตามกำกับความก้าวหน้าการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน พัฒนาศักยภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ และพัฒนาคู่มือหรือแนวทางในการนิเทศติดตามการดำเนินงาน รวมถึงการโค้ชจากวิทยากรระดับประเทศและผู้รับผิดชอบงานจากสอวพ.

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข (2562). (ร่าง) รายงานบันทึกกระบวนการดำเนินงานโครงการพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2561. แหล่งที่มา <http://www.royin.go.th/dictionary/>
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. (2557). การพัฒนาเครื่องมือและวิธีการ เพื่อสำรวจการตีตรา และการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย. บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด: นนทบุรี.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2559). มาตรฐานการประเมินและรับรองเฉพาะโรค ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฉบับครบรอบ 52 ปี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2559). คู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์. กรุงเทพฯ: เจ.เอส. การพิมพ์.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2559). คู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์. กรุงเทพฯ: เจ.เอส. การพิมพ์.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2561). คู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ 5 กิจกรรม. กรุงเทพฯ: เจ.เอส. การพิมพ์.
- สุรเดช ดวงทิพย์ สิริกุล ศุภวรรณ เพิ่มผลสุข จิตติ วิสัยพรม และ สุธาสนี คำหลวง. (2561). การวิเคราะห์ต้นทุนโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.

ภาษาอังกฤษ

- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.
- Dong, X., & et al. (2018). HIV-related stigma and discrimination amongst healthcare providers in Guangzhou, China. *BMC Public Health*, 18:738. Retrieved January 15, 2020 from: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5654-8>
- Feyissa, G.T., Lockwood, C., Woldie. M., & Munn. Z. (2019). Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: A systematic review of quantitative evidence. *PLoS ONE*, 14 (1): e0211298. Retrieved January 15, 2020 from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211298>
- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and Schuster.
- Ikeda, D.J, Nyblade, L., Srithanaviboonchai K, et al. (2019). A quality improvement approach to the reduction of HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings. *BMJ Global Health*, 4: e001587. doi:10.1136/bmjgh-2019-001587
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- McGuire, W.J. (1985). Attitudes and attitude change. In *The Handbook of Social Psychology*, ed. G Lindzey, E Aronson, 2: 233–346. New York: Random House. 3rd ed.
- Nyblade, L. et al. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC medicine*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
- Rueda, S. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: A series of meta-analyses. *BMJ Open*, 6:e011453. doi:10.1136/bmjopen-2016-011453
- Srithanaviboonchai, K. et al. (2017). Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. *BMC Public Health*, 17: 245.
- UNAIDS. (2013). Conducting Mixed-Method Evaluations. *Technical note*, June. Retrieved February 20, 2020 from: https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/Mixed_Methods_Evaluations_Technical_Note.pdf

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เกรียงไกร ศรีธวัช	รองผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์	ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. สุคนธา คงศีล	ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม และประเด็นในการสังเกต ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม สำหรับผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักในระดับต่าง ๆ ประกอบด้วย ส่วน

- ส่วนที่ 1 แนวคำถามสำหรับตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1
- ส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2

ชุดที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

ชุดที่ 3 แบบสังเกตกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured observation) เพื่อใช้เป็นแนวทางสังเกตการดำเนินงานจริงในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ของแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
การสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลมาตรการการการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ
 ของประเทศไทย”

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ☐ สัมภาษณ์ ☐ สนทนากลุ่ม

วันที่สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม.....เวลาเริ่มต้น.....เวลาสิ้นสุด.....

สถานที่สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ลำดับที่	เพศ	อายุ	ตำแหน่ง/กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	ระยะเวลาที่มีส่วนร่วม/เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานโครงการฯ

สิ่งที่สังเกตได้ขณะทำการสัมภาษณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึก บรรยากาศ และเหตุการณ์แวดล้อม และอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม และประเด็นในการสังเกต

ชุดที่ 1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม สำหรับผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักระดับ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามสำหรับตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ รูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	หัวข้อการประเมิน	แนวคำถาม
ผู้กำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบหลักของโครงการฯ ในส่วนกลาง จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	การสร้างและการกำหนดนโยบาย รวมทั้งการติดตามประเมินผล (Policy initiation, advocacy, M&E)	1. ปัจจุบันประเทศไทยมีมาตรการเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพอย่างไรบ้าง มีแนวคิดในการกำหนดมาตรการและการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกันอย่างไร 2. มาตรการที่กำหนดขึ้นจะนำไปสู่การบรรลุนโยบาย/ยุทธศาสตร์ของประเทศไทยได้อย่างไร 3. มีการผลักดันให้เกิดการนำนโยบาย/มาตรการที่กำหนดขึ้นสู่การปฏิบัติอย่างไร ทั้งในแง่การสนับสนุนงบประมาณ การบริหารจัดการ การกำกับติดตาม และการประเมินผล 4. ที่ผ่านมามาตรการฯ ข้างต้น มีการดำเนินการที่ใดบ้าง ใครเป็นผู้รับผิดชอบ มีความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานอย่างไร ประสพผลสำเร็จหรือไม่ (ประเมินอย่างไร) มีปัญหาอุปสรรค/ความท้าทายในการดำเนินงาน หรือไม่ อย่างไรบ้าง 5. มีการประเมินความสำเร็จของการดำเนินการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพประเทศไทยหรือไม่ อย่างไร พบว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ด้วยปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้าง 6. มีการปรับปรุงนโยบาย/มาตรการเพื่อเอื้อต่อการขยายการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร 7. มาตรการเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ มีความเชื่อมโยงกับมาตรการอื่น ๆ อะไรบ้าง อย่างไร (เช่น CQI, คุณภาพบริการ หรือ Self-stigma) 8. แนวนโยบายและการสนับสนุนการดำเนินมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ในอนาคตจะเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	หัวข้อการประเมิน	แนวคำถาม
ผู้พัฒนาหลักสูตร 3 x 4 และทีม วิทยากรจาก ส่วนกลาง	กระบวนการพัฒนา โครงการฯ และ หลักสูตร 3 x 4	1. โครงการลดการติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการ สุขภาพที่ปราศจากการติตราและเลือกปฏิบัติ (3x4 Participatory training) เกิดขึ้นได้อย่างไร มีหลักการ/แนวคิดที่ สำคัญอย่างไร มีกระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนาและ เตรียมการอย่างไรบ้าง 2. เหตุใดต้องมีการพัฒนาหลักสูตรแตกต่างกัน 2 รูปแบบ (10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม) มีความแตกต่างกันอย่างไร ทั้งในแง่ ของหลักสูตร (ได้แก่ เนื้อหาสาระ กิจกรรม กระบวนการ ดำเนินงาน การบริหารจัดการ) การนำลงสู่การปฏิบัติ การติดตาม กำกับ และการประเมินผล รวมทั้งเกณฑ์ในการคัดเลือก โรงพยาบาลที่เข้าร่วมในแต่ละหลักสูตร 3. สามารถเปรียบเทียบจุดเด่นและข้อจำกัดของทั้งสองหลักสูตร ได้หรือไม่ อย่างไร 4. โครงการลดการติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ มีความเชื่อมโยงกับมาตรการอื่น ๆ อะไรบ้าง อย่างไร (เช่น CQI หรือ Self-stigma) ข้อดี และความท้าทายของการดำเนินการ ร่วมกันมีอะไรบ้าง อย่างไร 5. พบปัญหาอุปสรรค และความท้าทาย ของการดำเนินงานตาม มาตรการ 3X4 อย่างไรบ้าง โดยเฉพาะประเด็นความครบถ้วน และความเชื่อมโยง ตามแนวคิด 6. มีปัจจัยเงื่อนไขต่อความสำเร็จของแต่ละหลักสูตรอะไรบ้าง ทั้ง ในแง่ของปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ ผลผลิต และ ผลลัพธ์/ผลกระทบที่เกิดขึ้น 7. มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตรในอนาคตอย่างไรบ้าง ควรดำเนินการต่อไปอย่างไร ในรูปแบบใด และใครควรร่วม รับผิดชอบดำเนินการ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	หัวข้อการประเมิน	แนวคำถาม
ประสานงาน โครงการระดับ สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคเขต และระดับ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด	การสนับสนุนการ ดำเนินงานโครงการฯ ในระดับเขตและ ระดับจังหวัด	1. ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพอย่างไรบ้าง 2. ท่านเห็นว่ามาตรการที่กำหนดขึ้นจะนำไปสู่การบรรลุการยุติปัญหาเอดส์ได้หรือไม่ อย่างไร 3. เขต/จังหวัดของท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ เพราะเหตุใด 4. เขต/จังหวัดของท่านมีการผลักดัน/สนับสนุนให้เกิดการนำนโยบายตามมาตรการการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ลงสู่การปฏิบัติจริงอย่างไรบ้าง ทั้งในแง่การสนับสนุนงบประมาณ การบริหารจัดการ การกำกับติดตาม และ การประเมินผล 5. ที่ผ่านมาในเขต/จังหวัดของท่าน มีสถานบริการสุขภาพที่ร่วมดำเนินงานโครงการตามมาตรการฯ กี่แห่ง ที่ใดบ้าง ใครเป็นผู้รับผิดชอบ มีความคืบหน้า/ผลการดำเนินงานอย่างไร ประสพผลสำเร็จหรือไม่ (ประเมินอย่างไร) มีปัญหาอุปสรรค/ความท้าทายในการดำเนินงาน หรือไม่ อย่างไรบ้าง 6. มีการประเมินความสำเร็จของการดำเนินการลดตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพในเขต/จังหวัดของท่านหรือไม่ อย่างไร ใครเป็นผู้ดำเนินการ พบว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ด้วยปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้าง 7. เขต/จังหวัดของท่านมีการปรับปรุงนโยบาย/มาตรการเพื่อเอื้อต่อการขยายการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร 8. มาตรการเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพในเขต/จังหวัดของท่านมีความเชื่อมโยงกับมาตรการอื่น ๆ อะไรบ้าง อย่างไร 9. สคร. เขต/สสจ. มีบทบาทความรับผิดชอบอย่างไรบ้างในการดำเนินการตามมาตรการการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ท่านทำได้หรือไม่ เพียงใด และต้องการการการสนับสนุนใดๆ บ้าง 10. มีข้อเสนอแนะต่อการปรับเปลี่ยนการดำเนินมาตรการการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ในอนาคตจะเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	หัวข้อการประเมิน	แนวคำถาม
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล/ หัวหน้าฝ่าย/ ผู้รับผิดชอบหลัก/ ทีมแผนก/ทีมของ โรงพยาบาลที่นำ หลักสูตรฯ ไปใช้	การสนับสนุนและ ผลักดันการนำ นโยบายสู่การปฏิบัติ ในโรงพยาบาล	1. สถานการณ์เรื่องการติดตามและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของท่านเป็นอย่างไรบ้าง ทั้งในอดีตที่ผ่านมา และในปัจจุบัน 2. เหตุใดโรงพยาบาลของท่านจึงเข้าร่วมโครงการลดการติดตามและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ท่านมีนโยบายในเรื่องนี้อย่างไร 3. ท่านมีความเข้าใจแนวคิดของมาตรการ 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติดตามและเลือกปฏิบัติอย่างไร และท่านมีความเห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร 4. โรงพยาบาลของท่านเลือกใช้หลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติดตามและเลือกปฏิบัติรูปแบบใด (10 กิจกรรม หรือ 5 กิจกรรม) เพราะเหตุใด 5. โรงพยาบาลของท่านมีการเตรียมการเพื่อรองรับการดำเนินงานอย่างไรบ้าง ทั้งในแง่ ผู้รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ การสร้างการมีส่วนร่วม การบริหารจัดการ และการติดตามประเมินผล 6. ท่านได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานโครงการลดการติดตามและเลือกปฏิบัติจากแหล่งใด 7. ภายหลังเข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลของท่านมีการปรับ เปลี่ยน แนวนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติดตามและเลือกปฏิบัติ หรือไม่ อย่างไร 8. สำหรับโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ใช้หลักสูตรทั้งสองรูปแบบ 8.1 ท่านพบว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไรบ้าง ทั้งในแง่ของปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ ผลผลิต และผลลัพธ์/ผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงความพึงพอใจของบุคลากรและผู้ให้บริการ 8.2 ท่านสามารถเปรียบเทียบจุดเด่นและข้อจำกัดของทั้งสองหลักสูตร ได้หรือไม่ อย่างไร 8.3 มีปัจจัยเงื่อนไขต่อความสำเร็จของแต่ละหลักสูตรอะไรบ้าง ทั้งในแง่ของปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ ผลผลิต และผลลัพธ์/ผลกระทบที่เกิดขึ้น 9. ท่านมีแผนจะดำเนินโครงการต่อเนื่องใน 1-2 ปีข้างหน้าหรือไม่ และหากมีแผนดำเนินการต่อ ท่านได้รับงบประมาณสนับสนุนจากที่ใด 10. ท่านมีข้อเสนอแนะภายหลังการดำเนินโครงการฯ อย่างไร มีผลตอบรับทั้งทางด้านบวกและด้านลบจากผู้เข้าร่วมโครงการหรือไม่อย่างไร และท่านมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตรในอนาคตอย่างไรบ้าง

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	หัวข้อการประเมิน	แนวคำถาม
ทีมดำเนินงาน (แชมป์เปี้ยน) ของโรงพยาบาล/วิทยากรแกนหลักของพื้นที่	1. กระบวนการดำเนินงานในขั้นตอนการเตรียมการก่อนเริ่มโครงการ	ภายหลังจากโรงพยาบาลของท่านได้รับการติดต่อให้เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามขั้นตอนต่อไปนี้อย่างไรบ้าง 1. ในขั้นตอนของการเตรียมการ (Preparation process) 1.1 โรงพยาบาลของท่านมีการเตรียมการก่อนดำเนินงานโครงการอย่างไรบ้าง เช่น การสำรวจสถานการณ์ S&D การเลือกคนรับผิดชอบหรือทีมงาน และการวางแผนงาน 1.2 มีการเตรียมทรัพยากรอย่างไรบ้าง สามารถบริหารจัดการได้เองหรือต้องรับการสนับสนุนจากภายนอก 2. ในขั้นตอนของการอบรมหลักสูตร 3 x 4 2.1 วิทยากรประกอบด้วยใครบ้าง (ผ่าน/ไม่ผ่านการอบรมจากส่วนกลาง) 2.2 ผู้เข้าร่วมเป็นใครบ้าง คัดเลือกอย่างไร (เป็นไปตามที่ระบุในคู่มือการอบรมหรือไม่) 2.3 มีการปรับเนื้อหา กระบวนการ กิจกรรม และระยะเวลา ฯลฯ ในการอบรมหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด 2.4 ผู้เข้าร่วมอบรมอยู่ได้ครบกระบวนการหรือไม่ 2.5 ผู้เข้าร่วมอบรมมีความสนใจ ตั้งใจ มีส่วนร่วม และมีความพึงพอใจในกระบวนการฝึกอบรมหรือไม่ ประเมินผลอย่างไร 2.6 มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้นระหว่างการฝึกอบรมหรือไม่ แก้ไขปัญหานั้นอย่างไร 2.7 มีการวางแผนการดำเนินงานโครงการร่วมกันระหว่างผู้เข้าร่วมอบรมหรือไม่ อย่างไร 3. การกำกับติดตามการดำเนินงานภายหลังการอบรมตามหลักสูตร 3.1 มีการดำเนินงานลด S&D ตามแผนที่วางร่วมกันหรือไม่ อย่างไร 3.2 เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อลด S&D อย่างไรบ้างทั้งในภาพรวม และแต่ละแผนกที่เกี่ยวข้อง 3.3 มีการดำเนินงานลด S&D ที่เชื่อมโยงและบูรณาการกับโครงสร้างงานคุณภาพอื่นๆ ใน รพ.หรือไม่ (เช่น งาน PCT, Risk management, CQI) รวมถึงมีการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับชุมชนหรือไม่ ในรูปแบบใด

		3.4 มีการกำกับติดตามการดำเนินงานภายหลังการอบรมตามหลักสูตรอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ พบความคืบหน้าในการดำเนินงานอย่างไรบ้าง มีภาพความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคใดบ้าง 3.5 มี Best practice หรือ success story จากการดำเนินงานอย่างไรบ้าง มีปัจจัยแห่งความสำเร็จอย่างไร 3.6 มีปัญหา/ความท้าทาย ที่ยังต้องดำเนินการต่ออะไรบ้าง 3.7 มีบทเรียนอะไรบ้าง เช่น ผู้รับผิดชอบและผู้ช่วยงาน/ทีมงาน การวางแผนงาน 3.8 มีข้อเสนอแนะต่อไปหรือไม่ อย่างไร 3.8.1 การประสานงานและการสนับสนุนจากส่วนกลาง 3.8.2 การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องยั่งยืน
	2. การประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการดำเนินงาน โครงการ	<u>คำถามนำ</u> ระยะ 1 ปีที่ผ่านมาหลังจากดำเนินโครงการ 3 x 4 คุณคิดว่าโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่ ประเมินความสำเร็จอย่างไร <u>คำถามหลัก</u> 1. ถ้าให้คุณให้คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงาน 0 ถึง 10 คะแนน 0 คือ ไม่ประสบความสำเร็จเลย 10 คือ ประสบความสำเร็จทุกอย่าง คุณจะให้กี่คะแนน เพราะอะไร คะแนนที่หายไปไม่เต็ม 10 เพราะอะไร 2. ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการยังมีการคงอยู่หลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการหรือไม่ และ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายเดียวกันได้หรือไม่ เพียงใด 3. โรงพยาบาลมีการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ จากการดำเนินโครงการหรือไม่ อย่างไร <u>คำถามรอง</u> 1. โครงการได้ดำเนินการจนบรรลุวัตถุประสงค์/ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับหรือไม่ อย่างไร 2. ผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างไร ณ ปัจจุบันนี้ กลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างไร 3. ยังคงมีการดำเนินงานตามโครงการอยู่หรือไม่ มีการขยายการปฏิบัติออกไปในกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร 4. ผลที่เกิดขึ้นกับตัวคุณ ผู้ให้บริการ ระบบบริการ และโรงพยาบาลเป็นอย่างไร 5. โรงพยาบาลมีการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ จากการดำเนินโครงการหรือไม่ อย่างไร ใช้เครื่องมือใดในการประเมิน สามารถเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินโครงการได้หรือไม่ อย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	หัวข้อการประเมิน	แนวคำถาม
กลุ่มผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่เข้าร่วมอบรม	1. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรฝึกอบรม 2. การมีส่วนร่วมในโครงการ	1. ท่านเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อย่างไร 2. ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของมาตรการ 3X4 อย่างไรบ้าง 3. ท่านมีความคิดเห็นต่อกระบวนการ และกิจกรรม ที่ได้รับการอบรมในหลักสูตรที่เข้าร่วมอย่างไร มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงอย่างไรบ้าง 4. ท่านเกิดความเชื่อมั่นในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการพัฒนางานหรือขยายผลให้บุคลากรในแผนกของท่านหรือไม่ 5. ท่านได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานในแผนกของท่านหรือไม่ อย่างไร
ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้รับบริการจากโรงพยาบาล ที่เข้าร่วมโครงการ	ความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับ	<u>คำถามนำ</u> ระยะ 1 ปีที่ผ่านมาคุณคิดว่าการเปลี่ยนแปลงการให้บริการเกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร (ประเด็นการติดตาม/เลือกปฏิบัติในการให้บริการ) <u>คำถามหลัก</u> การบริการที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติ/การติดตามในการให้บริการเป็นอย่างไร มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง <u>คำถามรอง</u> 1. คุณพึงพอใจกับบริการที่ได้รับหรือไม่ อย่างไร ถ้าให้คุณให้คะแนนความพึงพอใจ 0 ถึง 10 คะแนน 0 คือ ไม่พึงพอใจเลย 10 คือ พึงพอใจที่สุด คุณจะให้กี่คะแนน เพราะอะไร คะแนนที่หายไปไม่เต็ม 10 เพราะอะไร 2. บริการที่ได้รับมีประโยชน์ต่อคุณ หรือผู้ใช้บริการคนอื่น ๆ หรือไม่ อย่างไร 3. คุณมีคำแนะนำเพื่อการปรับปรุงระบบบริการเพื่อไม่ให้เกิดการตีตราหรือเลือกปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร
กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เช่น แกนนำ NGO ฯลฯ	ความคิดเห็นต่อโครงการฯ	<u>คำถามนำ</u> ระยะ 1 ปีที่ผ่านมาหลังจากดำเนินโครงการ 3 x 4 คุณคิดว่าโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่ <u>คำถามหลัก</u> 1. ถ้าให้คุณให้คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงาน 0 ถึง 10 คะแนน 0 คือ ไม่ประสบความสำเร็จเลย 10 คือ ประสบความสำเร็จทุกอย่าง คุณจะให้กี่คะแนน เพราะอะไร คะแนนที่หายไปไม่เต็ม 10 เพราะอะไร 2. ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการยังมีการคงอยู่หลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการหรือไม่ และ สามารถนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายเดียวกันได้หรือไม่ เพียงใด <u>คำถามรอง</u> 1. โครงการได้ดำเนินการจนบรรลุวัตถุประสงค์/ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับหรือไม่ อย่างไร

		2. ผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างไร ณ ปัจจุบันนี้ กลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างไร 3. ยังคงมีการดำเนินงานตามโครงการอยู่หรือไม่ มีการขยายการปฏิบัติออกไปในกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร 4. ผลของการดำเนินโครงการที่เกิดขึ้นกับตัวคุณ ผู้ให้บริการ ระบบบริการ และโรงพยาบาลมีหรือไม่ เป็นอย่างไร 5. คุณมีคำแนะนำเพื่อการปรับปรุงระบบบริการเพื่อไม่ให้เกิดการตีตราหรือเลือกปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร
--	--	---

ชุดที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพฯ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	หัวข้อการประเมิน	แนวคำถาม
ทีมดำเนินงานของโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการ ผู้รับผิดชอบงาน พัฒนาคุณภาพ บริการของ โรงพยาบาล)	1. สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ 2. การให้บริการเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ	<u>คำถามนำ</u> ท่านคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติในการให้บริการ ท่านทราบเกี่ยวกับโครงการสถานบริการปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร <u>คำถามหลัก</u> 1. สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติจะเกิดขึ้นในการให้บริการของโรงพยาบาลท่านหรือไม่ อย่างไร 2. ผู้รับบริการที่จะมีปัญหาเรื่องการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นกลุ่มใด 3. ระยะ 1 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลของท่านมีการให้บริการแบบตีตราหรือเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นบ้างหรือไม่ 3.1 ถ้ามี สถานการณ์ที่เกิดการตีตราหรือเลือกปฏิบัติเป็นอย่างไร 3.2 ถ้าไม่มี ท่านคิดว่าอะไรที่ทำให้สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติไม่เกิดขึ้นในระบบบริการ และการให้บริการของท่าน 4. ท่านมีแผนที่จะทำโครงการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในระบบบริการหรือไม่ 4.1 ถ้ามี เพราะอะไรท่านจึงจะทำ ขอให้ท่านบอกรายละเอียดแนวทางการทำโครงการที่คิดวางแผนไว้ว่าเป็นอย่างไร และท่านคิดว่าจะได้อะไรจากการทำโครงการ 4.2 ถ้าไม่มี เพราะอะไรท่านถึงไม่คิดจะทำโครงการนี้ 5. ณ ปัจจุบันนี้ ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของท่านมีผลลัพธ์การให้บริการกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือไม่ และต่างจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติแล้วหรือไม่ อย่างไร
ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้รับการบริการจากโรงพยาบาล	ความพึงพอใจจากบริการที่ได้รับ	<u>คำถามนำ</u> ระยะ 1 ปีที่ผ่านมาคุณคิดว่าการเปลี่ยนแปลงการให้บริการเกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร (ประเด็นการตีตรา/เลือกปฏิบัติในการให้บริการ) <u>คำถามหลัก</u> การบริการที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติ/การตีตราในการให้บริการเป็นอย่างไร มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง <u>คำถามรอง</u> 1. คุณพึงพอใจกับบริการที่ได้รับหรือไม่ อย่างไร ถ้าให้คุณให้คะแนนความพึงพอใจ 0 ถึง 10 คะแนน 0 คือ ไม่พึงพอใจเลย 10 คือ พึงพอใจที่สุด คุณจะให้กี่คะแนน เพราะอะไร คะแนนที่หายไปไม่เต็ม 10 เพราะอะไร 2. บริการที่ได้รับมีประโยชน์ต่อคุณ หรือผู้ใช้บริการคนอื่น ๆ หรือไม่ อย่างไร 3. คุณมีคำแนะนำเพื่อการปรับปรุงระบบบริการเพื่อไม่ให้เกิดการตีตราหรือเลือกปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร

ชุดที่ 3 แบบสังเกตกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured observation) เพื่อใช้เป็นแนวทางสังเกตการดำเนินงานจริงในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ของแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สถานที่สังเกต	ประเด็นที่สังเกต	รายละเอียดในการสังเกต
แผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่	1. มาตรการเชิงโครงสร้าง	1. การจัดระบบสถานที่/สิ่งแวดล้อมในการให้บริการ 2. การจัดระบบการนัด การจัดคิว และการเรียกเข้ารับบริการ 3. การจัดระบบ Universal precaution 4. แนวปฏิบัติ/แผนผังในการให้บริการที่เกี่ยวข้อง
	2. มาตรการเชิงบุคคล	พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ซึ่ง ปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ที่อาจแสดงถึงการตีตราและเลือกปฏิบัติ ได้แก่ 1. การปฏิเสธ/ไม่ให้บริการ หรือการให้บริการล่าช้ากว่าผู้ป่วยทั่วไป 2. การแสดงออกถึงความกลัว/ความกังวล/รังเกียจในการให้บริการ 2.1 คำพูด/น้ำเสียง สีหน้า ท่าที 2.2 การแสดงทัศนคติเชิงลบ เช่น การด่วนสรุป การตัดสิน และการตำหนิแบบเหมารวม 2.3 การสวมถุงมือ 2 ชั้นเมื่อต้องให้บริการ
	3. มาตรการเชื่อมประสานกับชุมชน	1. แนวปฏิบัติ/แผนผังในการให้บริการที่เชื่อมประสานกับชุมชน 2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินโครงการฯ
	4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	พฤติกรรมการแสดงออกของผู้รับบริการที่บ่งบอกความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การประเมินผลมาตรการการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของ
ประเทศไทย

The Evaluation of Stigma and Discrimination Measures among Health Care
Facilities in Thailand

ชื่อผู้วิจัย ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ ผศ. ดร. สุนิศา สุขตระกูล

ขอเรียนเชิญเข้าร่วมการวิจัย ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอะไรและทำไมเพราะเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างรอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจอย่างชัดเจน

1. เรียนผู้ร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีลักษณะ และคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

2. โครงการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยอะไร

โครงการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

2.1 อธิบายกระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม

2.2 ประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังดำเนินงานโครงการฯ โรงพยาบาลที่ใช้หลักสูตรการอบรมที่ต่างกัน และโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ

3. รายละเอียดคุณสมบัติ และการคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติ และผ่านการคัดกรอง ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้เกี่ยวข้องโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ในระดับส่วนกลาง เขต และจังหวัด โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณลักษณะ ดังต่อไปนี้

1) ผู้กำหนดนโยบาย และผู้รับผิดชอบหลักของโครงการฯ ในส่วนกลาง จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน ได้แก่

1.1) นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้

รับผิดชอบดูแลเชิงนโยบาย การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก

1.2) ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.3) หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการดูแลรักษาเอชไอวีและเอดส์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2) ผู้พัฒนาหลักสูตร/วิทยากรจากส่วนกลาง (TOT) จำนวน 6 คน ประกอบด้วย นักวิชาการจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นแกนหลักในการพัฒนาโครงการฯ รวมถึงการพัฒนาหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม อีกทั้งเป็นวิทยากรจากส่วนกลางในการจัดอบรม Training of the trainers (TOT) ของทั้งสองหลักสูตรนี้

3) ผู้ประสานงานโครงการระดับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต จำนวน 4 คน ประกอบด้วยนักวิชาการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตที่รับผิดชอบติดตามกำกับและสนับสนุนการดำเนินงานโครงการฯ ของจังหวัดซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ถูกสุ่มเลือกได้ ทั้ง 4 เขต ได้แก่ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น และสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 สงขลา เขตละ 1 คน

4) ผู้ประสานงานโครงการระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 คน ได้แก่ นักวิชาการที่รับผิดชอบติดตามกำกับและสนับสนุนการดำเนินงานโครงการฯ ของโรงพยาบาลในจังหวัดที่ถูกสุ่มเลือกได้ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ เชียงราย มหาสารคาม และสงขลา จังหวัดละ 1 คน รวม

3.2 ผู้ให้ข้อมูลในระดับโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องซึ่งมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 1 คน

2) หัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานโครงการฯ ของโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน จำนวน 1 คน

3) กลุ่มทีมแชมป์เปี้ยนของโรงพยาบาล/วิทยากรแกนหลักของพื้นที่ จำนวน 3-5 คน/โรงพยาบาล ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาล และ/หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

3.1) เป็นแกนนำหลักในการพัฒนาและรับผิดชอบการดำเนินงานโครงการฯ ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน

3.2) ผ่านการอบรมหลักสูตร TOT การส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในรูปแบบ 10 กิจกรรม หรือ 5 กิจกรรม

4) กลุ่มผู้แทนเจ้าหน้าที่/บุคลากร จำนวน 5-7 คน/โรงพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรในโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ในรูปแบบ 10 กิจกรรม หรือ 5 กิจกรรม และเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการฯ ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน ซึ่งได้รับการสุ่มตามรายชื่อให้กระจายตามแผนกต่าง ๆ แผนกละ 1 คน

5) กลุ่มแกนนำผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/NGO จำนวน 2-3 คน/โรงพยาบาล ได้แก่ แกนนำผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และ/หรือองค์กรภาคเอกชน (NGO) ซึ่งได้รับการเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการฯ ของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน

6) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5-7 คน/โรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย ที่ได้รับการบริการการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมาติดต่อกัน นานอย่างน้อย 6 เดือน และเป็นผู้ที่ยินดีเปิดเผยตัวกับผู้วิจัย ซึ่งได้รับการสุ่มตามความสะดวกตามเกณฑ์ คุณสมบัติในวันที่เข้าเก็บข้อมูล

ภายหลังจากการคัดกรองผู้เข้าร่วมงานวิจัย ถึงแม้ท่านจะไม่ได้เป็นผู้ร่วมในการวิจัย แต่ท่านกำลังอยู่ในสภาวะการที่สมควรได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และจะประสานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบเพื่อให้ท่านได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

4. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยวิธีการสัมภาษณ์ หรือการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้รับการฝึกฝนจนมีทักษะเหล่านี้เป็นอย่างดี ซึ่งก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การตอบข้อซักถามต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสอบถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน โดยผู้วิจัยจะถามด้วยความสนใจ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบในภายหลังทั้งสิ้น และในระหว่างการทำวิจัยหากท่านมีข้อสงสัย หรือไม่เข้าใจในการทำแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4.2 ภายหลังจากที่ท่านทราบข้อมูลการวิจัยและยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอขออนุญาตสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ร่วมกับการบันทึกเสียงการสนทนา การจดบันทึก และการเฝ้าสังเกตการณ์ กระทำของผู้มีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยจะถามคำถามในส่วนที่เกี่ยวข้องกับท่าน หากคำถามใดไม่อยากตอบ ท่านไม่จำเป็นต้องตอบ เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์รายบุคคล ประมาณ 45-60 นาที และเวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่มประมาณ 60-90 นาที โดยมีแนวคำถามปลายเปิด แบ่งเป็น 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม สำหรับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการลดการ ติดรา และเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพฯ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แนวคำถามสำหรับตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนาและการดำเนินงานโครงการลดการติดราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในหลักสูตรชุดการดำเนินงาน 3 x 4 เพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการติดราและเลือกปฏิบัติ (3x4 Participatory training) ทั้งรูปแบบ 10 กิจกรรม และ 5 กิจกรรม

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อประเมินกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์การติดราและเลือกปฏิบัติ (S&D situation) และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการลดการติดราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

ชุดที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานลดการติดราและเลือกปฏิบัติ แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการลดการติดราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพฯ

ชุดที่ 3 แบบสังเกตกึ่งมีโครงสร้าง เพื่อใช้เป็นแนวทางสังเกตการดำเนินงานจริงในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ของแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล

5. ความเสี่ยงจากงานวิจัย

5.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ในการการตอบคำถามอาจทำให้เกิดความไม่สะดวกหรืออึดอัดไม่สบายใจในการตอบ ท่านสามารถหยุดพักและสามารถกลับมาตอบได้เมื่อพร้อม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ของท่าน

5.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นอาจเป็นความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของท่านไปยังผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความเสี่ยงเหล่านี้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นของโครงการวิจัยแก่ท่าน และเฉพาะท่านที่ยินดีเปิดเผยตนเองและสมัครใจเท่านั้นจึงจะถูกเชิญมายังห้องที่ใช้ในการสัมภาษณ์ที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อพบกับผู้วิจัยและรับฟังรายละเอียดของการวิจัย โดยท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามที่อาจทำให้เกิดความไม่สะดวกหรืออึดอัดไม่สบายใจ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการสุขภาพ

6. ประโยชน์ที่จะได้รับ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่จะได้รับประโยชน์ทางอ้อมคือ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะนำไปใช้ในการพัฒนานโยบาย และระบบบริการที่ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

7. การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ของท่าน หรือบริการสุขภาพที่ท่านได้รับ

8. การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยถือเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นรับทราบ ข้อมูลจะถูกนำเสนอโดยภาพรวมและสรุปเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการโดยไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคล หรือโรงพยาบาลที่ท่านปฏิบัติงาน/ได้รับบริการอยู่ จะไม่ทำ ความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง/ประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้องไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

9. ค่าใช้จ่าย/ค่าชดเชยการเสียเวลาสำหรับผู้ร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ แต่เพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยที่สละเวลามาร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมอบค่าชดเชยการเสียเวลาท่านละ 300 บาท/ครั้ง และหากมีค่าเดินทางด้วยให้ไม่เกินท่านละ 100 บาท/ครั้ง

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยัง ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นผู้ดำเนินการประสานไปยังหน่วยงานของผู้วิจัยที่ได้รับทราบคือ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ : 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

ภาคผนวก ง
ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คุณวุฒิ

- Ph.D. (Nursing), Case Western Reserve University, USA., พ.ศ. 2542
- คม. (การบริหารการพยาบาล), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ. 2531
- ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี), วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, พ.ศ. 2527

ผลงานทางวิชาการ

งานวิจัย

1. “การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย” เป็นหัวหน้าโครงการ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2559
2. “บทเรียนแห่งความสำเร็จขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต้นแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของเยาวชนด้านสุขภาวะทางเพศ” เป็นหัวหน้าโครงการ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2559
3. “การรื้อเรียนผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต่อสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย” เป็นผู้ร่วมวิจัย โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสภาการพยาบาลปีงบประมาณ พ.ศ. 2559
4. “ประสิทธิภาพของการดำเนินงานตำบลต้นแบบภาคีเครือข่ายตามแนวคิดอุตรโมเดลต่อสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น” เป็นผู้ร่วมวิจัย โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558
5. “การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสังคมที่ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพและจิตสังคมของเด็กและเยาวชน” เป็นผู้ร่วมวิจัย โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2558
6. “โครงการวิจัยการควบคุม กำกับ และประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกเฝ้าระวังเพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ ในกลุ่มผู้ขายเสพติดชนิดฉีด” เป็นหัวหน้าโครงการ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2553

บทความวิจัย

1. Trieu, N. V., Uthis, P., Suktrakul, S. (2020). Alcohol dependence and the psychological factors leading to a relapse: a hospital-based study in Vietnam. Journal of Health Research, ahead-of-print(ahead-of-print). DOI: [10.1108/JHR-07-2019-0157](https://doi.org/10.1108/JHR-07-2019-0157)
2. ศโรชา บุญยัง เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิสา สุขตระกูล. (2562). ประสบการณ์การติดยาตนเองในผู้ติดแอลกอฮอล์. วารสารแพทยนาวิ, ปีที่ 46 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม) 2562: หน้า 640-652.
3. เมธาวี ลุนสมบัติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. วารสารแพทยนาวิ, ปีที่ 46 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม) 2562: หน้า 566-580.

4. จินตามาศ ชิมหาสัจคุณ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2562). ผลของโปรแกรมฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารแพทยนาวิ*, ปีที่ 46 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน) 2562: หน้า 98-114.
5. จิรากร กันทับทิม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2562). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562: 30-41.
6. อณิมา จันทรแสน เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562: 103-115.
7. กฤตยา แสงทรัพย์ เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2562: 122-136.
8. ลักษณะนา พานิชสรรค์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562: 90-103.
9. เพ็ญพักตร์ อุทิศ สุนิศา สุขตระกูล กงจักร สอนลา และมะลิ แสงผล. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, ปีที่ 27 ฉบับที่ 6 (พฤศจิกายน-ธันวาคม) 2561: หน้า 965-977.
10. Hendianti, G. N. and Uthis, P. (2018). Factors related to methamphetamine relapse risk among clients in the substance rehabilitation center of National Narcotics Board in West Java, Indonesia. *Journal of Health Research*, Vol.32 No.4: 279-287.
11. สุรธาดา สิงหาโน และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ปัจจัยทำนายพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน: 70-83.
12. พชรินทร์ ครองธรรม เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสมรักษ์ สันติเบญจกุลผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป. (2561). *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน: 23-34.
13. รุ่งอรุณ ไทวันนัง เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้การสนับสนุนทางอินเทอร์เน็ตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุรา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม: 96-109.
14. ธมลชนก ส่งแสง และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบเผชิญหน้าร่วมกับการส่งข้อความผ่านระบบไลน์ต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า. *ราชวดีสาร*, ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2561): 22-34.
15. [จิราภา บุญศิลป์ วิณา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ](#). (2561). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสั่นยืนในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2561): 6-21.

15. อัจฉรา เตชะอิตตกุล และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดยาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ปีที่ 18 ฉบับพิเศษ (มกราคม-เมษายน 2560): 22-31.
16. สงบ ภูแดนแก่น และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2560). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติดยาสุรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ปีที่ 18 ฉบับพิเศษ (มกราคม-เมษายน 2560): 85-93.
17. วีระ เนริกุล และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2560). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายต่อความรู้สึกลอยลางและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดบุหรี่. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม: หน้า 84-98.
18. มัลลิกา จันทร์เพ็ญ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม: หน้า 126-140.
19. พุฒิชาดา จันทะคุณ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2560). ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน): หน้า 88-103.
20. โสภา ตั้งทิฆมกุล วิณา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน): หน้า 133-147.
21. ชุมทรัพย์ ก้อนทอง วิณา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม): หน้า 52-65.
22. ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังด้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน): หน้า 82-96.
23. กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารเสพติดในชุมชนเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน): หน้า 139-151.
24. ญาดา บุตรปัญญา เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการติดยาสุราของผู้ติดยา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ปีที่ 17 (กันยายน-ธันวาคม 2559): 123-131.
25. มะลิ แสงผล เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล. (2558). ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ชายที่ได้รับการบำบัดด้วยยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2558): 77-88.

26. ไบรียม เงามาม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2558): 116-127.
27. กฤษดา ทองทับ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาเสพติดต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีนของผู้เสพติดสาร แอมเฟตามีน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2557): 88-99.
28. กงจักร สอนลา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2557). ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2557): 75-89.
29. ไบรียม เงามาม และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาพฤติกรรม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 27 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2556): 138-152.
30. พัชรวัลย์ กนกจรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2556): 56-68.
31. มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2556): 85-98.
29. พชรพร ผู้ภูเวธ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2556): 29-44.
32. พรพรรณ สุดใจ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2555). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, ฉบับพิเศษ: 53-63.
33. ขนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ รัชนิกร เกิดโชค. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2554): 15-27.
34. สุณีย์ แสงดาว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ รัชนิกร เกิดโชค. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2554): 97-111.
35. เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2554): 24-37.
36. บุญเยี่ยม คำชัย และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2554): 110-127.

37. พรพรรณ ศรีโสภา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2553): 138-154.
38. Uthis, P. et al. (2012). Innovation and Sustainability of Harm Reduction Program for IDUs in Thailand”. *Poster presentation at the XIX International AIDS Conference*, 22 - 27 July, 2012, Washington, D.C., USA.
39. Uthis, P. et al. (2013). Health Outcomes and Correlated Factors among Drug Users in Thailand. *Oral presentation at the ICN 25th Quadrennial Congress*, 18 - 23 May, 2013, Melbourne, Australia.

งานแต่ง เรียบเรียง แปลตำรา

1. เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). พลังต้านยาเสพติด: แนวคิดและข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
2. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ. (2559). *รายงานการพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นไทย*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
3. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และณิชนัน ชันบุตรศรี. (2559). คู่มือการการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี เรื่อง “เสริมสร้างคุณค่า ลดการตีตราตนเอง”. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเรดิเอชั่นจำกัด.
4. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และกรกานต์ พึ่งน้ำ. (2558). คู่มือการเสริมสร้างสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเรดิเอชั่นจำกัด.
5. พิชัย แสงชาญชัย เพ็ญพักตร์ อุทิศ ตรีณี ภูขาว ณัฐนาฏ สระอุบล สายรัตน์ นกน้อย และ สวรรณ์ สมบัติใหม่. (2553). คู่มือหลักสูตรฝึกอบรมการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยแอลกอฮอล์ (MI & MET). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการแผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
6. เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2549). การเผชิญกับภัยพิบัติ: คู่มือปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. วิภา จีระแพทย์ เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ ชลิตรา อากาศเมฆ. (2548). *คู่มือการปฏิบัติงานเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบภัยพิบัติ สำหรับเจ้าหน้าที่ระดับชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ชมพูนุช โสภณจารีย์ และ ปรีศ กิตติธรรค์ศักดิ์ (2546). *คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

คุณวุฒิ

- Ph.D. (Nursing Science) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2553
- พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2541
- ประกาศนียบัตรพยาบาลเฉพาะทาง (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ พ.ศ. 2539

- ประกาศนียบัตร (พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง) วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2534
- วุฒิบัตร (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล พ.ศ. 2549
- ประกาศนียบัตรพยาบาลเฉพาะทาง (ศาสตร์และศิลป์การสอนทางการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2554

ประวัติการทำงาน

- พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเสนา (2534 – 22540)
- พยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเสนา (2543 - 2546)
- ทีมพัฒนาและวิทยากรโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ กรมสุขภาพจิต (2545)
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างมาตรฐานการดูแลทางสังคมและจิตใจ กรมสุขภาพจิต (2546)
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเสนา (2547-2548)
- วิทยากรการดูแลผู้ประสบปัญหาหาเสพติด และผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ กรมสุขภาพจิต (2545-2549)
- วิทยากรการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กรมสุขภาพจิต (2550 - ปัจจุบัน)
- ที่ปรึกษาการดูแลสุขภาพจิตบุคลากร กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (2551- 2560)
- อนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สภาการพยาบาล (2554 – ปัจจุบัน)
- คณะผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย (2561-2563)
- อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2553 – ปัจจุบัน)

ประวัติการศึกษาทุนเพิ่มเติม

- การจัดระบบบริการสาธารณสุข ประเทศสิงคโปร์ (2549)
- ศึกษาเพิ่มเติมด้านการพยาบาล และการทำงานวิจัย Wayne State University, Michigan, USA (2551)
- Humanize care สมาคมฉือจี้ ประเทศไทยไต้หวัน (2553)
- Collaborative Nursing Research ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศญี่ปุ่น

ผลงานทางวิชาการ

สุนิศา สุขตระกูล. (2561). ความอยากดื่มแอลกอฮอล์: การประเมิน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ปีที่ 19 ฉบับพิเศษ (มกราคม-เมษายน 2561): 31-40.

งานวิจัย

สุนิศา สุขตระกูล และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดการติดยาตนเองในผู้เสพยาเสพติด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ปีที่ 19 ฉบับพิเศษ (มกราคม-เมษายน 2561): 364-372.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ สุนิศา สุขตระกูล กงจักร สอนลา และมะลิ แสงผล. (2559). *รายงานการพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นไทย*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกรียงไกร ศรีธนะวิบูลย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล, รังสิมา วิวัฒน์วงศ์วนา และอรุณรัตน์ ตั้งมันคงวรกุล. (2561). การพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดระดับการติดยาตนเองของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี. ทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บทความวิจัย

1. สุนิศา สุขตระกูล, จินตนา ยูนิพันธุ์ และวราภรณ์ ชัยวัฒน์. (2554). ผลของโปรแกรมการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, ปีที่ 55 ฉบับที่ 3, หน้า 233 – 251.
2. ณัฐกฤตา ชันดี เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
3. นาถนภา วงษ์ศิลป์ จินตนา ยูนิพันธุ์ และสุนิศา สุขตระกูล. (2556). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยไข้และไม่ป่วยไข้ของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 27 ฉบับที่ 3, หน้า 87 – 100.
4. มยุรา ชัยเดช จินตนา ยูนิพันธุ์ และสุนิศา สุขตระกูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 28 ฉบับที่ 2, หน้า 100 – 113.
5. ศิริพร เพ็งเจริญ จินตนา ยูนิพันธุ์ และสุนิศา สุขตระกูล. (2557). การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 28 ฉบับที่ 1, หน้า 16 – 28.
6. ศิวะพร ไชยชนะ อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย และสุนิศา สุขตระกูล. (2560). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่เน้นการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ต่อการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในผู้ติดแอลกอฮอล์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2560), หน้า 104 – 118.
7. กฤตยา แสงทรัพย์ เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
8. มะลิ แสงผล เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล. (2558). ผลของโปรแกรมการฝึกควบคุมพฤติกรรมตนเองต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้เสพติดแอลกอฮอล์ชายที่ได้รับการบำบัดด้วยยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, ปีที่ 29 ฉบับที่ 2, หน้า 77 – 88.
9. ศิริลักษณ์ แสงส่อง เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล. (2558). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
10. อณิมา จันทรแสน เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล. (2558). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
11. ญาดา บุตรปัญญา เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสุนิศา สุขตระกูล. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, ปีที่ 17 ฉบับที่ 3, หน้า 123 – 131.

12. Fauzan Suputra, Jintana Yunibhand and Sunisa Suktrakul. (2017). Relationship between personal, maternal, and familial factors with mental health problems in school-aged children in Aceh province, Indonesia. *Asian Journal of Psychiatry*, 25(2017): 207 – 212