คู่มือการทำงานด้านการดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคม เพื่อป้องกันและดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง

CAP-3D Model for community care & support of men who have sex with men and transgender individuals living with HIV

USAID จากประชาชนชาวอเมริกัน

PEPFAR

psi

คู่มือการทำงานด้านการดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคม เพื่อป้องกันและดูแลรักษา
การติด**เชื้อเอชไอวี**ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง

CAP-3D Model for community care & support of men who have sex
with men and transgender individuals living with HIV

ISBN 978-616-92267-0-3

ผู้เขียน กิตติพรรณ ศิริทรัพย์
พญ. สายรัตน์ นกน้อย
นพ. อาย ปราตาป ซิงห์
เกรก คาร์ล

ออกแบบ สำเริง นาทรัพย์
พิสูจน์อักษร กันทิมา เพชรคง
พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2557
จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม
พิมพ์ที่ บริษัท บูเลติน จำกัด
จัดพิมพ์โดย มูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย)
38 อาคารคิวเฮาส์คอนแวนต์ 12A ชั้น 12 ถนนคอนแวนต์
แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ (+662) 234-9225-9 โทรสาร (+662) 234-9230

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือการทำงานด้านการดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคมเพื่อป้องกันและดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (United States Agency for International Development-USAID) ผ่านมูลนิธิพีเอสไอประเทศไทย

คู่มือเล่มนี้เรียบเรียงและจัดทำขึ้นโดย คุณกิตติพรรณ ศิริทรัพย์ แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย นายแพทย์อาย ปราตาป ซิงห์ หน่วยบริการสุขภาพมูลนิธิพีเอสไอ ประเทศไทย และ คุณเกรก คาร์ล เป็นที่ปรึกษาโครงการ

ในการจัดทำคู่มือเล่มนี้ทีมผู้จัดทำได้รับคำแนะนำในการพัฒนารูปแบบการดูแลสนับสนุนจาก คุณศิโรฒม์ จิตต์แจ้ง และทีมเจ้าหน้าที่มูลนิธิเดอะพอสโฮมเซ็นเตอร์ องค์กรแคร์แมท มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ มูลนิธิเอชไอวี ประเทศไทย มูลนิธิซิสเตอร์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ มูลนิธิเอ็มพลัส สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย

คณะผู้จัดทำขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์หญิงนิตยา ภานุภาค พึ่งพาพงศ์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ที่ช่วยให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขเนื้อหาเรื่องยาต้านไวรัส คุณลีซ่า กันธมาลา คุณสุวนีย์ ใหม่สุวรรณ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข คุณณัฐพร ก้องสกุลไกร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คุณสมชาติ ทาแกง ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ที่ให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขเนื้อหาให้มีความสมบูรณ์

CAP-3D Model
for community
care & support
of men who have
sex with men
and transgender
individuals living
with HIV

สารบัญ

คำนำ 6

บทนำ 7

บทที่ 1 รูปแบบการทำงานดูแลสนับสนุนเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในภาคประชาสังคม 12

บทที่ 2 การดูแลสนับสนุน: บริการให้การปรึกษาและตรวจเอชไอวี 28

บทที่ 3 การดูแลสนับสนุน: กรณีผลเลือดเป็นบวก 46

บทที่ 4 การดูแลสนับสนุน: เพื่อรับการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน CD4 56

บทที่ 5 การดูแลสนับสนุน: การรับยาต้านไวรัส 72

บทที่ 6 การดูแลสนับสนุน: การกินยาต่อเนื่อง 88

บทที่ 7 การดูแลสนับสนุน: การดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ 98

บทที่ 8 การดูแลสนับสนุน: ทางสังคม 112

บทที่ 9 การดูแลสนับสนุน: การลงเยี่ยม 126

ภาคผนวก 138

บรรณานุกรม 157

คำนำ

หนังสือ **"คู่มือการทำงานการดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคม สำหรับการป้องกัน และการดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง"** เป็นหนังสือที่จัดทำขึ้นจากการถอดบทเรียนจากประสบการณ์การทำงานการดูแลสนับสนุนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อโดยองค์กรชุมชนต่างๆ ในภาคประชาสังคม ร่วมกับการทบทวนเอกสารทางวิชาการ และนำมาเรียบเรียงเป็นแนวทางการทำงาน สำหรับผู้ประสานงานการดูแลสนับสนุน (Case Manager) ในภาคประชาสังคม เพื่อให้องค์กรชุมชนต่างๆ มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลสนับสนุนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเป็นแนวทางเดียวกัน

ทีมผู้เขียนได้เรียบเรียงเนื้อหา โดยยึดตามรูปแบบขั้นตอนการให้บริการกับผู้รับบริการเป็นสำคัญ แบ่งเนื้อหาเป็น 9 บทหลัก คือ ตั้งแต่การดูแลสำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจเลือดโดยสมัครใจ การดูแลกรณีผลเลือดเป็นบวก การดูแลเพื่อรับการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน CD4 การรับย้าต้านไวรัส การกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาชุดความรู้นี้ เกิดจากการทำงานอย่างมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงานในภาคประชาสังคม ได้แก่ มูลนิธิเดอะพอสโฮมเซ็นเตอร์ องค์กรแคร์แมท มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ มูลนิธิเอชไอวี ประเทศไทย มูลนิธิซิสเตอร์ มูลนิธิกระท่อมพระสิริ มูลนิธิเอ็มพลัส สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย และได้รับการสนับสนุนให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขให้คู่มือมีความสมบูรณ์จากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

มูลนิธิพีเอสไอ ประเทศไทย ในฐานะผู้จัดทำชุดความรู้นี้ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการทำงานและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าชุดความรู้ฯ ที่ได้จัดทำขึ้นจะเป็นประโยชน์สำหรับกลุ่มการทำงานภาคประชาสังคมต่อไป

มูลนิธิพีเอสไอ ประเทศไทย
คณะผู้จัดทำ
กันยายน 2557

บทนำ
การดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคมในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

การทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และงานดูแลสนับสนุนเพื่อเข้าถึงผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

เป็นการทำงานในประเด็นที่เปราะบางและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นการทำงานกับกลุ่มผู้รับบริการที่ถูกตีตราจากสังคมที่มีมานานตั้งแต่อดีตและยังคงเป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้เกิดช่องว่างในการทำงาน ทั้งในด้านการรณรงค์เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการเข้าถึงบริการเพื่อรับการรักษา

การทำงานการรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อ และการดูแลสนับสนุนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ยิ่งเป็นการทำงานที่มีความเปราะบางมากขึ้น เพราะคนทำงานต้องก้าวข้ามทัศนคติ ความเชื่อและการตีตราของคนในสังคมถึง 2 ประเด็น คือ

1. ประเด็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง
2. ประเด็นการเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ส่งผลให้กลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยทั่วไปไม่อยากเปิดเผยถึงอัตลักษณ์ทางเพศของตน ทำให้ประชากรในกลุ่มนี้เป็นจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงการบริการตรวจเอชไอวี เพราะกลัวการถูกตีตรา และเลือกปฏิบัติจากคนในสังคม (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556)

เหตุผลดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการทำงานภาคประชาสังคมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลสนับสนุนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่เน้นเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง เช่น มูลนิธิเดอะพอสโฮมเซ็นเตอร์ (The Poz Home Center) ซึ่งทำงานด้านการดูแลสนับสนุนในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร องค์กรแคร์แมท เชียงใหม่ (Caremat Chiang Mai) ที่เน้นการทำงานด้านการดูแลสนับสนุนในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ มูลนิธิเอ็มพลัส (MPlus) ทำงานด้านการรณรงค์ป้องกันการติดเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ หรือ สวิง (SWING) ทำงานกับกลุ่มพนักงานบริการทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพัทยา มูลนิธิซิสเตอร์ (SISTERS Thailand) ทำงานกับกลุ่มสาวประเภทสอง และพนักงานบริการสาวประเภทสองในพื้นที่พัทยา มูลนิธิกระท่อมพระสิริ (Glory Hut Foundation) ทำงานฟื้นฟูผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี มูลนิธิเอชไอวี ประเทศไทย (The HIV Foundation Thailand) ทำงานร่วมกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย (Rainbow Sky Association of Thailand) ทำงานด้านการดูแลสนับสนุนในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และหญิงรักหญิง ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดสงขลา เป็นต้น

อัตลักษณ์ทางเพศและพฤติกรรมทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men) หมายถึง บุคคลที่มีเพศต้นกำเนิดและเพศสรีระเป็นชาย และมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน ซึ่งคำว่า “ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” นั้น หมายรวมตั้งแต่ชายรักเพศเดียวกัน (ชายรักชาย) ชายรักสองเพศ (ชายรักทั้งชายและหญิง) หรือชายรักต่างเพศ หมายถึงชายรักหญิง แต่มีความจำเป็นทำให้เขาต้องมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556)

คำว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นคำที่สื่อถึงพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งพฤติกรรมทางเพศดังกล่าวมีได้หลายลักษณะ ทั้งเกิดจากความพึงพอใจ และรสนิยมส่วนบุคคล บางกรณีอาจเกิดจากการถูกบังคับ หรือแรงจูงใจในการหารายได้ เช่น ในกลุ่มชายขายบริการให้ชาย บางกรณีเกิดจากความอยากรู้อยากลองเป็นครั้งคราว หรือเกิดจากความจำเป็นที่ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีแต่ผู้ชาย เช่น ในเรือนจำ ค่ายทหาร หรือ โรงเรียนประจำ เป็นต้น ลักษณะพฤติกรรมทางเพศดังที่กล่าวมาบางกรณีเป็นรสนิยมทางเพศ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับชายจึงอยู่กับบุคคลนั้นๆ ไปตลอด บางกรณีการมีเพศสัมพันธ์กับชายเกิดขึ้นเพราะความอยากรู้อยากลอง และความจำเป็นในช่วงเวลาต่างๆ ของชีวิต แต่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศต่อมาได้ (FHI 360, 2555)

ด้วยความหลากหลาย และความลื่นไหลของพฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ที่ทำงานกับผู้รับบริการกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีความเข้าใจ และเปิดใจยอมรับถึงความแตกต่างดังกล่าว เพราะความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีมีความสำคัญต่อการดูแลสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ

อัตลักษณ์ทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศของสาวประเภทสอง

สาวประเภทสอง หรือคนข้ามเพศ (Transgender) คือ บุคคลที่มีเพศกำเนิดเป็นชาย แต่ตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตตรงข้ามกับเพศกำเนิด ในกรณีนี้คือจากชายกลายมาเป็นหญิง ระดับการข้ามเพศมีความหลากหลาย ตั้งแต่การระบุตัวตนทางเพศ (หญิง) ของตนเองที่แตกต่างไปจากเพศกำเนิด (ชาย) การดำเนินวิถีแบบสาวประเภทสอง และ/หรือมีการปรับเปลี่ยนสรีระทางร่างกายให้ใกล้เคียงกับเพศหญิง การปรับเปลี่ยนสรีระทางร่างกายก็มีหลายระดับด้วยกัน ตั้งแต่ไม่มีการปรับเปลี่ยนร่างกายเลยไปจนถึงการปรับเปลี่ยนร่างกายโดยใช้ฮอร์โมนหรือการผ่าตัดแปลงเพศเปลี่ยนอวัยวะที่แสดงสัญลักษณ์ทางเพศภายนอกจากชายมาเป็นหญิง เช่น หน้าอกหรืออวัยวะเพศ เป็นต้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556)

การทำงานกับสาวประเภทสองจึงเป็นการทำงานที่มีความละเอียดอ่อนไม่แตกต่างจากการทำงานกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แม้ว่าสาวประเภทสองอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางภาพลักษณ์ที่ชัดเจนมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แต่พฤติกรรมทางเพศของสาวประเภทสองนั้นไม่สามารถระบุได้ชัดเจนเช่นเดียวกับรูปลักษณ์ที่แสดงออก เพราะสาวประเภทสองไม่ได้มีบทบาททางเพศเป็นฝ่ายรับเท่านั้น บางรายอาจมีบทบาททางเพศเป็นฝ่ายรุกได้เช่นกัน ความอิสระในรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ทำให้ผู้ที่ทำงานในประเด็นนี้ต้องมีความละเอียดอ่อน นอกจากนี้คนทำงานกับสาวประเภทสองจำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสรีระ ทั้งเรื่องศัลยกรรมตกแต่งต่างๆ เช่น การเสริมจมูก เสริมหน้าอกหรือการศัลยกรรมทำช่องคลอดใหม่ และการใช้ฮอร์โมนเพื่อเพิ่มความสวยงาม (อติวุทธ, 2555)

ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการทำงานกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองมีความละเอียดอ่อน จำเป็นต้องมีผู้ให้บริการที่พร้อมจะเข้าใจ และเปิดใจยอมรับความหลากหลายดังกล่าว เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อใจ และมีความมั่นใจเพียงพอที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลสนับสนุนในภาคประชาสังคม

การดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคม

องค์กรภาคประชาสังคม (Community Based Organization: CBO) เป็นองค์กรที่เกิดจากการรวมตัวกันโดยมีวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมเพื่อส่วนรวม (วารุณี, 2549) และเป็นการทำงานโดยบุคคลในชุมชนที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง ซึ่งในกรณีนี้ คือ มีความรู้ความเข้าใจในเพศวิถี และสุขภาพทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยองค์กรภาคประชาสังคมจะบูรณาการความรู้ที่มีมาสู่การปฏิบัติ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

ประเด็นการป้องกันการติดเชื้อ และการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันเป็นประเด็นที่มีความท้าทายเป็นอย่างมาก เพราะมีประชากรจำนวนมากยังไม่เข้าถึงบริการการรักษาหลังทราบผลว่าตนเองติดเชื้อ โดยส่วนใหญ่การหายไปของผู้รับบริการเกิดจาก “การขาดช่องทางการติดตามอย่างต่อเนื่อง” ส่งผลให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษาล่าช้า หรือไม่เข้ารับการรักษาเลย การทำงานของภาคประชาสังคมจึงเป็นการทำงานที่เน้นการเชื่อมต่อ เพื่อให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อได้รับการติดตามและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2556 และ FHI 360, 2555) ผ่านการทำงานการดูแลสนับสนุนโดยมีผู้ประสานงานการดูแลสนับสนุนเป็นคนขับเคลื่อนกระบวนการ

งานดูแลและสนับสนุน
(Care and Support)

เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม และสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การประเมินความต้องการ หรือความช่วยเหลือที่ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับ การวางแผนการดูแล การดำเนินการและการติดตามต่อเนื่องเชื่อมโยงกับภาครัฐ และภาคเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การช่วยให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้เข้าสู่ระบบการรักษาที่เหมาะสม ได้รับบริการตามสิทธิที่พึงได้รับ โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

การทำงานภาคประชาสังคมในงานดูแลและสนับสนุน จะขับเคลื่อนกระบวนการผ่าน ผู้ประสานงานการดูแลและสนับสนุน (Case Manager) ซึ่งมีบทบาทในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือ มีการจัดบริการโดยเน้นการประสานงาน การเชื่อมต่อบริการ การติดตามประเมินผล และการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสม (กิติพัฒน์, 2553) **ต่อจากนี้ไปคู่มือเล่มนี้จะใช้คำว่า "Case Manager" เป็นคำหลักในการอธิบายแทนคำว่า "ผู้ประสานงานการดูแลสนับสนุน"**

บทที่ 1

รูปแบบการทำงานดูแลสนับสนุนเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในภาคประชาสังคม

ในบทนี้ต้องการให้ Case Manager เข้าใจถึงรูปแบบ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน หลักการทำงาน ทักษะการสื่อสาร เพื่อสร้างแรงจูงใจ รวมทั้งการวางตัวในกรอบของจรรยาบรรณ และจริยธรรมในการทำงาน ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานที่จะช่วยให้การบริการเป็นไปอย่างราบรื่น และเหมาะสม

งานดูแลและสนับสนุน (Care and Support) หมายถึง การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม (ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ) และสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการประเมินความต้องการที่ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับ การวางแผนการดูแล การดำเนินการ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

การดูแลสนับสนุนสำหรับกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง ผู้ที่เข้ารับบริการในการตรวจเอชไอวี โดยการดูแลของภาคประชาสังคม มีหลัก และวิธีการปฏิบัติตามโมเดล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คือ บริการให้การปรึกษาและตรวจเอชไอวี (HIV Testing and Counseling: HTC)
ขั้นตอนที่ 2 คือ งานดูแลสนับสนุน คือการติดตามต่อเนื่องของ Case Manager ทั้งกลุ่มผลเลือดเป็นลบและผลเลือดเป็นบวก
ขั้นตอนที่ 3 คือ การนำพาผู้รับบริการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4 Cell Count)
ขั้นตอนที่ 4 คือ การรับยาต้านไวรัสเอชไอวี
ขั้นตอนที่ 5 คือ การกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และตรวจนับจำนวนเชื้อไวรัส (Viral Load)

การทำงานของ Case Manager ในภาคประชาสังคมเพื่อให้การดูแลสนับสนุน ป้องกันและรักษาการติดเชื้อ ประกอบด้วยขั้นตอนทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังที่กล่าวข้างต้น การกำหนดขั้นตอนต่างๆ นี้เพื่อให้ Case Manager มีแนวทางที่ชัดเจนในการติดตามผู้รับบริการ ซึ่งวิธีการดูแลสนับสนุนและการติดตามที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนจะเหมือนกัน แต่ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนหรือการเปลี่ยนผ่านในแต่ละขั้นตอนสำหรับผู้รับบริการแต่ละรายอาจจะแตกต่างกันไป ตามแต่บริบท และปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน

เป้าหมายงานดูแลสนับสนุน

การทำงานดูแลสนับสนุนโดยภาคประชาสังคมนั้น ไม่ใช่การดูแลรักษาเฉพาะความเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือดูแลเฉพาะความเศร้าหมองทางจิตใจ หรือแยกส่วนเฉพาะมิติการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือเฉพาะมิติความสงบสุขทางจิตวิญญาณ แต่การทำงานดูแลสนับสนุนในภาคประชาสังคมนั้น คำนึงถึงสิทธิ และความเป็นมนุษย์ที่ประกอบพร้อมด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นหนึ่งเดียวกันตามหลักสุขภาวะองค์รวม (Holistic Health)

การทำงานภายใต้หลักการดูแลแบบสุขภาวะองค์รวม จึงเป็นการทำงานกับ “ชีวิต” ของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการมี “คุณภาพชีวิตที่ดี” อันหมายถึง การที่บุคคลมีวิถีการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย มีคุณค่า ทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่น โดยมีการเชื่อมโยงกันระหว่างตนเอง บุคคลอื่นๆ สังคม และสภาวะแวดล้อม (กรรณิกา และ พนัส, 2555) ในการดูแลแบบองค์รวมนั้น Case Manager จะต้องมีความเข้าใจถึงความต้องการพื้นฐานของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ โดยพื้นฐานแล้วผู้อยู่ร่วมกับเชื้อมีความต้องการในมิติต่างๆ ทั้ง กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณดังภาพ

ภาพแสดงความต้องการองค์รวมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ (FHI 360, 2007 และ Weatherburn P et al., 2009)

ทั้งนี้ พบว่าปัญหาเรื่อง ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า อาการนอนไม่หลับและความสัมพันธ์ทางเพศ เป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นๆ ที่ส่งผลกับคุณภาพชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ (Weatherburn P et al. 2009) แต่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อยังไม่ได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเหล่านี้ จากการรับบริการในระบบสุขภาพปัจจุบัน เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ ทั้งปัจจัยของทรัพยากรบุคคลที่มีจำกัด รวมถึงข้อจำกัดของเวลาในการรับบริการ ดังนั้นการทำงานโดย Case Manager ในภาคประชาสังคมจึงเป็นส่วนที่เข้ามาเสริมในลักษณะของการเป็นเพื่อนที่ปรึกษา

การทำงานโดยการวางฐานะเป็นเพื่อน ทำให้ Case Manager และผู้รับบริการเกิดความใกล้ชิดกันมากขึ้น เพราะ Case Manager ทำหน้าที่เป็นเพื่อนร่วมทาง เป็นคู่คิด ทำให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยบอกเล่าเรื่องราว และปัญหาในชีวิตของตนให้ Case Manager ฟัง ซึ่งการดูแลตามหลักสุขภาวะองค์รวม เพื่อให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น อาศัยการทำงานของ Case Manager ที่มุ่งทำงานเพื่อดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อใน 4 มิติที่สำคัญของชีวิต คือ มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้านจิตใจ มิติทางด้านสังคม และมิติทางจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้

1. มิติทางด้านร่างกาย คือ ผู้รับบริการสามารถมีชีวิตรอด มีสุขภาพที่สมดุล สามารถมีเพศสัมพันธ์ และตระหนักรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ป้องกันการถ่ายทอด และรับเชื้อเพิ่ม
2. มิติทางด้านจิตใจ คือ ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเองได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคมเป็นเหมือนเพื่อนร่วมทาง
3. มิติทางด้านสังคม คือ ผู้รับบริการสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ สามารถอยู่ร่วมกับเพื่อน ครอบครัว คนรัก และสภาวะแวดล้อมรอบตัวได้
4. มิติทางด้านจิตวิญญาณ คือ การที่ผู้ให้บริการมีหลักยึดทางใจ เห็นคุณค่าในการมีชีวิตอยู่ ยอมรับตนเอง สามารถให้อภัยตนเอง และผู้อื่นได้

หลักการทำงานของผู้ประสานงานการดูแลและสนับสนุน (Case Manager)

การทำงานของ Case Manager สำหรับการดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีนั้น มีหลักการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลแบบองค์รวม ดังนี้

1. การประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้รับบริการ โดยยึดหลักผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client - Centered) คือ

การประเมินสภาวะของผู้รับบริการแต่ละรายก่อนให้ความช่วยเหลือเพื่อการช่วยเหลือที่เหมาะกับความต้องการ และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ ทั้งนี้ Case Manager ควรจะประเมินว่าผู้รับบริการ **"มีความคิดเห็นอย่างไร"** ต่อปัญหาสุขภาพนั้นๆ **"มีอารมณ์ความรู้สึกอย่างไร"** ต่อสภาวะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีอาการเจ็บป่วยอย่างไร หากมีความเจ็บป่วย ภาวะความเจ็บป่วยมีผลต่อ **"กิจกรรมหรือการทำงานในชีวิตประจำวันอย่างไร"** ผู้รับบริการ **"มีความต้องการ"** หรือ **"มีความคาดหวังอย่างไร"** เพื่อ Case Manager จะได้มีความเข้าใจในตัวผู้รับบริการอย่างถูกต้อง เพราะผู้รับบริการแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านความรู้ ความรู้สึก ความเจ็บป่วย ความต้องการ และความคาดหวัง การประเมินนี้ทำโดยการสอบถามให้ผู้รับบริการได้เล่าให้ฟังถึงชีวิตของตนเอง ซึ่งการรับฟังเรื่องราวของผู้รับบริการนอกจากจะช่วยในการประเมินปัญหาแล้วยังถือเป็นการดูแลรักษาจิตใจของผู้รับบริการไปพร้อมๆ กัน ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกว่ามีคนรับฟัง เข้าใจ และคอยสนับสนุนให้กำลังใจ (Levenstein, J.H., et al 1986, McWhinney, I.R., 1997 และสายพิณ, 2545)

2. วางแผนการดูแลสนับสนุน ซึ่งเป็นการประมวลผลจากการประเมินความรู้ความเข้าใจต่อปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก ความเจ็บป่วย ความต้องการ และความคาดหวัง สรุปเป็นประเด็นที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลสนับสนุน นำไปสู่การวางแผนในการทำงาน Case Manager จะใช้หลักในการดูแลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้คิด ตัดสินใจด้วยตนเอง โดยถือว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง (Self-Responsibility) และปรับแผนการให้เหมาะกับการดำเนินชีวิตตามวิถีของตนเอง (พงษ์พันธ์, 2543; Levenstein JH, et al 1986; McWhinney IR, 1997 และสายพิณ, 2545)

Case Manager ทำหน้าที่เปรียบเสมือนเพื่อนผู้มีหน้าที่ในการรับฟัง ตั้งคำถามและสะท้อนความรู้สึก เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้ค้นหา ทบทวนตนเอง และนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิถีชีวิต นอกจากนี้แล้ว Case Manager มีบทบาทที่สำคัญคือ

2.1 เป็นตัวกลางคอยเชื่อมประสานให้ผู้รับบริการได้เข้าสู่บริการ และได้รับสิทธิต่างๆ ที่พึงได้รับ เช่น

a. ประสานงานกับสถานพยาบาลต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าสู่ระบบการรักษา

b. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐ เช่น พนักงานเขตแต่ละแห่ง เพื่อดำเนินการในเรื่องสิทธิทางสังคม เช่น สิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การย้ายสิทธิ การเปลี่ยนสิทธิการรักษา หรือการได้รับสิทธิได้เงินชดเชยกรณีเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี อันได้แก่

- เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
- ผู้รับบริการที่เป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ / ผู้เกี่ยวข้อง (เจ้าหน้าที่ภาคสนาม เป็นต้น) ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุได้รับเชื้อจากการปฏิบัติการ

2.2 ทำหน้าที่เป็นเสมือนเพื่อนร่วมทางให้กับผู้รับบริการ การที่ Case Manager ดูแลในลักษณะเพื่อนร่วมทางนี้ จะช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว รู้สึกมีที่พึ่งทางจิตใจ ซึ่งบทบาทดังกล่าว เป็นการเติมเต็มในมิติจิตวิญญาณให้กับผู้รับบริการ

3. ประเมินผลหลังให้การดูแลสนับสนุนผู้รับบริการแต่ละราย ว่าผลลัพธ์ของการดูแลบรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ มีสิ่งที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคอย่างไร ปัญหาเรื่องใดที่ยังไม่บรรลุตามแผน และมีสิ่งใดที่เป็นอุปสรรค

4. ปรับแผนการดูแลใหม่ หลังการประเมินผลการดูแล ให้แผนการดูแลสนับสนุนครั้งต่อไปมีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ

ทักษะการสื่อสารที่ใช้ในการดูแลสนับสนุนเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อ

จากรูปแบบการดูแลสนับสนุนเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อข้างต้น จะเห็นได้ว่าโมเดลงานการดูแลสนับสนุนมีทิศทางในการดูแลที่ชัดเจน คือ เริ่มจากการดูแลขั้นตอนที่ 1 การตรวจเลือดโดยสมัครใจของผู้รับบริการ หลังทราบผลเลือดในทุกกรณีผู้รับบริการจะได้รับการดูแลต่อเนื่องในขั้นตอนที่ 2 คือ งานดูแลสนับสนุน เพื่อติดตามให้ผู้รับบริการยังอยู่ในระบบการดูแลสนับสนุน ในกรณีผู้รับบริการมีผลเลือดเป็นบวกจะนำสู่ขั้นตอนที่ 3 คือ การตรวจระดับ CD4 และ ขั้นที่ 4 คือ รับยาต้านไวรัส และสุดท้ายขั้นตอนที่ 5 คือ การติดตามต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีวินัยในการกินยาอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น Case Manager ควรมีทักษะและวิธีการสื่อสารที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลสนับสนุน ที่จะสร้างแรงจูงใจเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม และในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับเชื้อแล้ว ก็จำเป็นที่จะช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีแรงจูงใจที่จะรับการรักษา และกินยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้วิธีการสื่อสารที่สามารถช่วยให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เรียกว่าการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน (Motivational Interviewing: MI)

การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน (Motivational Interviewing: MI)

เป็นการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง (Goal Directed) ยึดหลักของการพูดคุยแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered) เพื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย Case Manager สำรวจ และจัดการกับความรู้สึกลังเลใจในการที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง โดยใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการคิด และพูดเชิงบวกที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตัวเอง

หัวใจของการสร้างเสริมแรงจูงใจคือ (Spirit of MI)

1. ทักษะในการกระตุ้น (Evocative/Elicit) เป็นการใช้การตั้งคำถาม ให้ผู้รับบริการคิดและพูดข้อความเชิงบวกที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตัวเอง

2. การร่วมมือกัน (Collaborative) ระหว่าง Case Manager กับผู้รับบริการ โดยที่ Case Manager วางตัวอยู่ในฐานะที่เท่ากัน ไม่มีเหลื่อมล้ำสูงต่ำ และการร่วมมือกันนี้เกิดจากการที่ Case Manager พยายามที่จะทำความเข้าใจในตัวผู้รับบริการและช่วยให้ผู้รับบริการได้คิดหาทางออกในการแก้ไขเรื่องต่างๆ

3. ให้อิสระ (Autonomous) การที่ Case Manager ให้ความเชื่อถือ ให้อิสระ ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้รับบริการคิดและตัดสินใจด้วยตัวเอง

การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self Perception Theory) ทฤษฎีการรับรู้ตนเองนี้เชื่อว่า ถ้าบุคคลได้รับรู้ในสิ่งที่เขาเป็นด้วยตัวของเขาเอง เขาจะนำมาคิด วิเคราะห์ ทบทวน ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจและต้องการปรับปรุงตนเองในข้อบกพร่อง เพื่อพัฒนาตนเองต่อไปในทางที่ดีขึ้น เหมือนประโยคที่ว่า ***"As I hear my self talk, I learn what I believe."***
"เมื่อฉันได้ยินสิ่งที่ฉันคุยกับตนเอง ฉันได้เรียนรู้ความคิดความเชื่อของฉันเอง
(Miller, W.R., & Rollnick, S., 2002 และพิชัย, 2553)

การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการได้ยินเสียงของตัวเอง แล้วทบทวน โดยหลักสำคัญ 4 ประการ ที่ใช้ตัวย่อเรียกว่า OARS (พิชัย, 2553) คือ

1. **การถามกระตุ้นเพื่อให้คิดด้วยคำถามปลายเปิด (Open-Ended Question)** เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดประโยคที่เป็นแรงจูงใจจากภายในของตน (Self Motivation Statement : SMS)

<u>ตัวอย่างของคำถาม</u>

Case Manager	"สิ่งใดที่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับคุณ"
ผู้รับบริการ	"ผมอยากเป็นคนที่ประสบความสำเร็จเพื่อให้คุณพ่อคุณแม่ภูมิใจในตัวผม"

ประโยคที่ผู้รับบริการตอบมานี้เป็น แรงจูงใจที่มาจากภายในของผู้รับบริการ (Self Motivation Statement) เมื่อพูดออกมาผู้พูดก็จะได้ยิน และเรียนรู้สิ่งที่เป็นความคิดของตน

2. **การชื่นชม ยืนยัน รับรอง (Affirmation)** เพื่อให้กำลังใจส่งเสริมสนับสนุนผู้รับบริการในสิ่งที่เขาทำได้ดี หรือเป็นสิ่งดีงามที่เขาทำได้ดีอยู่แล้ว เพื่อให้มีความมั่นใจในศักยภาพของตน

ตัวอย่าง (ต่อเนื่องจากข้างต้น)

Case Manager	"สิ่งใดที่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับคุณ"
ผู้รับบริการ	"ผมอยากเป็นคนที่ประสบความสำเร็จเพื่อให้คุณพ่อคุณแม่ภูมิใจในตัวผม"
Case Manager	"คุณเป็นคนดี มีความตั้งใจที่ดีอยากทำหน้าที่ของตนให้ดี เพื่อความภาคภูมิใจของครอบครัว"

3. **การฟังอย่างตั้งใจและการสะท้อนความ (Reflective listening)** เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้ยินสิ่งที่เป็นแรงจูงใจจากภายในของตนเองอีกครั้ง การสะท้อนความเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ยินเสียงของตนเองอีกครั้ง

ตัวอย่าง (ต่อเนื่องจากข้างต้น)

Case Manager	"สิ่งใดที่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับคุณ"
ผู้รับบริการ	"ผมอยากเป็นคนที่ประสบความสำเร็จเพื่อให้คุณพ่อคุณแม่ภูมิใจในตัวผม"
Case Manager	"คุณอยากให้คุณพ่อคุณแม่ท่านภูมิใจในตัวคุณ"

4. **การสรุปความ (Summarization)** ระหว่างการพูดคุยมีการสรุปความเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้รับบริการได้ยินเสียงสะท้อนที่เป็นความคิดของตนเอง (Self Motivational Statement : SMS) ซ้ำ

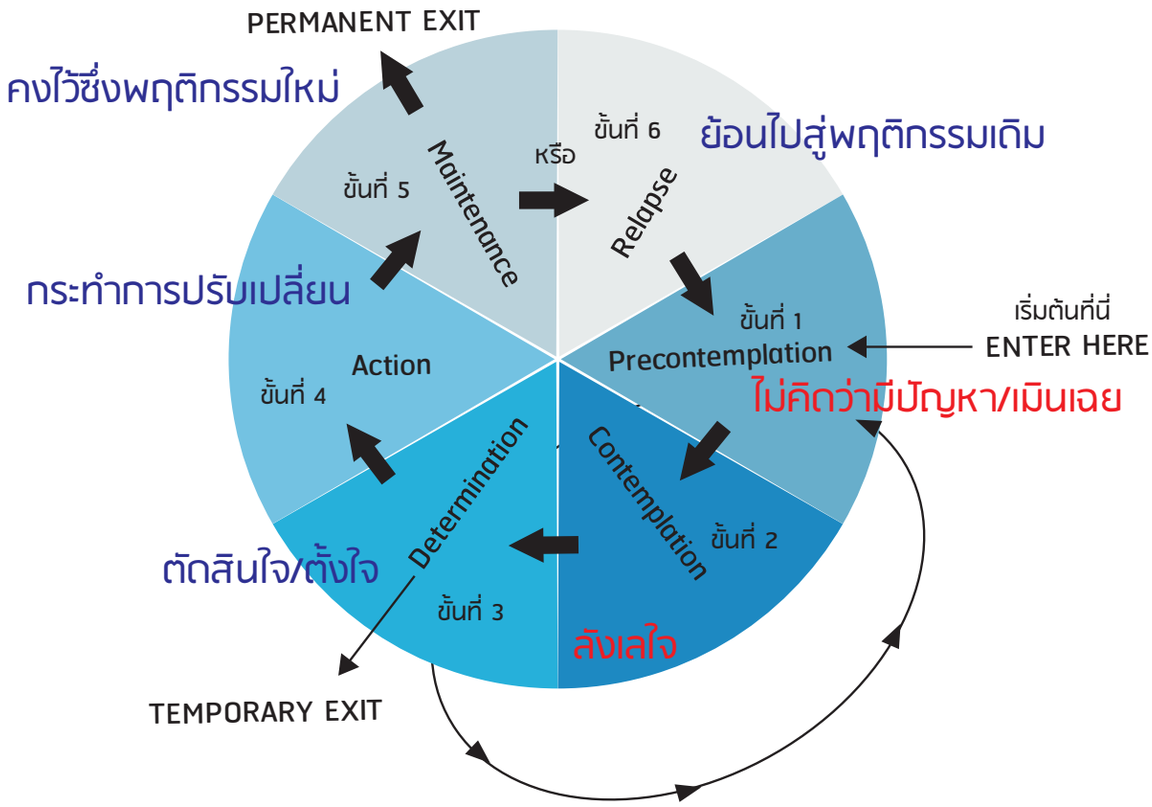
Case Manager	"วันนี้เราคุยกันหลายเรื่อง แต่ผมจับประเด็นที่สำคัญได้ว่าคุณตั้งใจที่จะดูแลตนเอง เพื่อให้ประสบความสำเร็จในชีวิต และให้พ่อแม่ภาคภูมิใจในตัวคุณ"

การประเมินความตระหนักรู้และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ

ในการดูแลผู้รับบริการ Case Manager ต้องประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้รับบริการว่ามีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่มหรือการมีปัญหาสุขภาพตามมาอย่างไรบ้าง ทั้งนี้การประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ประเมินว่าผู้รับบริการมีพฤติกรรมเสี่ยงอะไรบ้าง และประเมินว่าผู้รับบริการมีความตระหนักรู้ต่อปัญหาจากพฤติกรรมนั้นอย่างไรบ้าง โดยอาศัยพื้นฐานความรู้เรื่องลำดับขั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of Change) (Prochaska, J.O. และ Velicer, W.F., 1997) ซึ่งได้อธิบายขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพเป็น 6 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นยังไม่ตระหนัก (Precontemplation)
2 ขั้นตระหนักแต่ยังไม่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ลังเลใจ) (Contemplation)
3. ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง / ขั้นเตรียมการ (Determination / Preparation)
4. ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action)
5. ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance)
6. ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse)

A Stage model of the process of change Prochaska and DiClemente



ภาพการแสดงลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. **ขั้นยังไม่ตระหนัก** (Precontemplation) เป็นขั้นตอนที่ยังไม่เห็นปัญหา ในขั้นนี้ผู้รับบริการยังไม่ตระหนักว่าตนเองมีปัญหาจากพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการให้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้รับบริการอย่างตรงไปตรงมา เป็นเหตุเป็นผลและเป็นกลาง จะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนัก

ตัวอย่าง: *"จากที่เล่าให้ฟัง การไม่ใช้ถุงยางก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คุณติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์"*

2. **ขั้นลังเลใจ** (Contemplation) ขั้นพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในขั้นนี้ผู้รับบริการมีความตระหนักยอมรับว่าพฤติกรรมนั้นมีผลเสีย ซึ่งผู้รับบริการอาจเริ่มได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมนั้น แต่ยังไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยังลังเลใจ เนื่องจากผู้รับบริการยังเห็นด้านดีของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นๆ ยังเห็นทั้งข้อดี หรือเห็นทั้งข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้นพอๆ กัน

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจความคิดของตนเองให้เห็นถึงข้อดีข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลง (Pros&Cons) Case Manager ควรเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการตรวจสอบความคิดทั้ง 4 ด้าน คือ ข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมเดิม และข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมใหม่ อาจใช้คำถามกระตุ้นความคิดว่า

ตัวอย่าง: *“หากเปลี่ยนแปลงแล้วจะเป็นอย่างไร” และ “หากไม่เปลี่ยนแปลงแล้วจะเป็นอย่างไร”*
“แต่ละหนทางมีข้อดีข้อเสียอย่างไร”

การเปรียบเทียบ	ข้อดี	ข้อเสีย
พฤติกรรมเดิม **ไม่ใส่ถุงยางอนามัย**	1. 2.	1. 2.
พฤติกรรมใหม่ **ใส่ถุงยางอนามัย**	1. 2.	1. 2.

3. ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง/ขั้นเตรียมการ (Determination / Preparation) ผู้รับบริการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง เริ่มมีการเตรียมการหาข้อมูลหรือเตรียมการต่างๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การช่วยมองหาทางเลือกให้กับผู้รับบริการว่ามีทางออกของวิธีการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรบ้าง (Menu of Options) และในการนำเสนอทางเลือก ไม่ควรให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าถูกบังคับ แต่มีสิทธิในการตัดสินใจเลือกทางเดินของตนเองอย่างมีอิสระ (Freedom of Choice) Case Manager มีเพียงหน้าที่ในการช่วยเสนอทางเลือก และเน้นย้ำว่า การจะเลือกทางใดนั้นเป็นความรับผิดชอบเฉพาะบุคคล ซึ่งผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบต่อตนเอง และ Case Manager มีความเชื่อมั่นว่า เมื่อผู้รับบริการเลือกทางใดแล้วเขามีศักยภาพพอที่จะทำได้สำเร็จ (Support Self Efficacy)

4. ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ในขั้นนี้ผู้รับบริการกำลังตื่นตัวลงมือทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มทดลองลงมือทำพฤติกรรมใหม่ ขั้นตอนดังกล่าวมักอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการเข้าสู่พฤติกรรมใหม่

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ ส่งสริมให้ผู้รับบริการทำตามพฤติกรรมที่ตนเลือกอย่างต่อเนื่อง (Compliance & Adherence) มีความเข้าใจ โดยสอบถาม ติดตาม และประเมินถึงอุปสรรคที่อาจทำให้ผู้รับบริการทำพฤติกรรมใหม่ได้ไม่ต่อเนื่อง Case Manager จะช่วยให้ผู้รับบริการวางแผนหาทางออกในการก้าวข้ามอุปสรรค

5. ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ผู้รับบริการดำเนินพฤติกรรมใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง ได้อย่างน้อย 6 เดือน และมีความมั่นคงที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ที่ได้ทำนี้

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ การป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse Prevention) โดยการพูดคุยประเมินความเสี่ยงจากปัจจัย (Trigger) ที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม และสนับสนุนให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้รับบริการได้ตัดสินใจ และส่งเสริมให้เห็นถึงผลที่ดีที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมใหม่นี้

6. ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) ผู้รับบริการอาจกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความเปราะบางทางอารมณ์ ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติที่พบได้ในผู้รับบริการโดยทั่วไป ผู้รับบริการอาจมีความรู้สึกผิด ปฏิเสธตนเอง

การตอบสนองที่เหมาะสม คือ Case Manager ต้องสนับสนุน ให้กำลังใจกับผู้รับบริการเนื่องจากผู้รับบริการอาจรู้สึกท้อแท้ และต้องการกำลังใจ

หลักการการประเมินตามลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนนี้ โดยทั่วไปสามารถนำไปใช้ได้ในหลากหลายพฤติกรรม (Prochaska, J.O, & Velicer, W.F. ,1997 และ พิชัย, 2553)

กรณีการให้บริการสำหรับชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง

หากพิจารณาตามรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกัน และดูแลสนับสนุนแล้ว หลักการประเมินตามลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างเสริมแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยน สามารถนำไปใช้ได้ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ก่อนขั้นตอนที่ 1 ซึ่งเป็นการตัดสินใจเข้ารับการตรวจเลือด ทักษะสื่อสารนี้นำไปใช้โดยประเมินระดับความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการตรวจ ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ผู้รับบริการยังไม่รับการตรวจ และช่วยให้ผู้รับบริการคิดจนมีแรงจูงใจนำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับการตรวจเลือด นอกจากนี้แล้วตัวอย่างของพฤติกรรมที่ต้องมีการประเมินและช่วยเหลือให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่เสมอ ได้แก่

- การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการรับและถ่ายทอดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
- การงดการดื่มสุราหรือสารเสพติด
- การงดการใช้เข็มร่วมกันในการฉีดยาในกรณีที่ผู้รับบริการมีการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หรือการฉีดยาและฮอร์โมนเพื่อเสริมความงามหรือเพิ่มกล้าม
- การเข้ารับการรักษาเพื่อตรวจประเมินระดับ CD4 อย่างสม่ำเสมอ
- การตัดสินใจรับยาต้านไวรัส
- การกินยาต้านไวรัสให้ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ

รูปแบบการดูแลสนับสนุนเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อ ตามโมเดลการดูแลสนับสนุน 5 ขั้นตอน

STEP 1 HTC

ประเมินความตระหนักพฤติกรรมเสี่ยง
เพื่อป้องกันการรับเชื้อ

ประเมินตาม Stage of Change
สร้างแรงจูงใจ
เพื่อการปรับเปลี่ยน
Motivational
Interviewing

STEP 2 Care & Support

การดูแลภาวะวิกฤตทางอารมณ์
- ให้ระบายความเครียด & ความกังวล
- ให้กำลังใจ และความช่วยเหลือ

ปรับทัศนคติ
- HIV = โรคที่ดูแลได้
- ยิ่งรักษาเร็วเท่าไหร่ ยิ่งแข็งแรงเร็วเท่าน้น
- ลดการตีตราตัวเอง

การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ
- ประเมินตาม Stage of Change
- สร้างแรงจูงใจเพื่อการตรวจ CD 4

ความรู้
- HIV, STIs
- แนวคิดใหม่ เรื่องการรักษา (ARV)
- สิทธิการรักษา

STEP 3 CD4

ปรับทัศนคติ และให้ความรู้ การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ

<u>CD4 สูง</u>
ตรวจ CD4 = ตรวจสุขภาพ
การดูแลสุขภาพ/ป้องกัน

<u>CD4 ต่ำ</u>
ปรับทัศนคติใหม่เกี่ยวกับการรักษา ข้อมูล ARV และ ฝึกกินยาต้านฯ
- ประเมินตาม Stage of Change
- สร้างแรงจูงใจเพื่อให้ดูแลสุขภาพ

การวางแผนชีวิต
- ค้นหาความหมายในชีวิต
- คุณค่าในตนเอง
- การดูแลตนเอง
- การสร้างรายได้
- การเปิดเผยผลเลือด
- ความรัก และความสัมพันธ์

STEP 4 Access to ART

ปรับทัศนคติ และให้ความรู้ การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ
- การมีทัศนคติที่ดีในการเข้าสู่ระบบการรักษา
- ให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้าน วิธีการกิน, ผลข้างเคียง, การดื้อยา

ติดตามผลการฝึกกินยาต้าน
- ปรับวิธี ร่วมแก้ปัญหา
- ประเมินตาม Stage of Change

การวางแผนชีวิต
- ค้นหาความหมายในชีวิต
- คุณค่าในตนเอง
- การดูแลตนเอง
- การสร้างรายได้
- การเปิดเผยผลเลือด
- ความรัก และความสัมพันธ์

STEP 5 Support for Art Adherence

ปรับทัศนคติ และให้ความรู้ การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ
สร้างแรงจูงใจให้กินยาต่อเนื่อง

ติดตาม 2 ทาง
(อยู่ในการรักษา)
1. ผู้รับบริการ
2. สถานพยาบาลที่รับยาต้าน

(ได้รับยาแต่ไม่กิน)
- ประเมินตาม Stage of Change
- Case Manager ร่วมแก้ปัญหา

การวางแผนชีวิต
- ค้นหาความหมายในชีวิต
- คุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง
- การสร้างรายได้
- การเปิดเผยผลเลือด
- ความรัก และความสัมพันธ์

ระบบแจ้งเตือนไปพบแพทย์
และระบบการแจ้งเตือนกินยาต้านไวรัส

การวางตัวระหว่าง Case Manager กับ ผู้รับบริการ

ตามทฤษฎีการให้การปรึกษาเชิงวิเคราะห์สัมพันธภาพ (Transactional Analysis) ที่ได้กล่าวถึงโครงสร้างบุคลิกภาพของมนุษย์ประกอบขึ้นด้วย 3 สภาวะ คือ (พงษ์พันธ์, 2543)

- ภาวะของความเป็นเด็ก (Child Ego State)
- ภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ (Adult Ego State)
- ภาวะของความเป็นบิดามารดา (Parent Ego Stage)

การวางบทบาทระหว่าง Case Manager กับผู้รับบริการ เป็นสิ่งสำคัญในการทำงาน เพราะในบางครั้ง เมื่อผู้รับบริการอยู่ในสภาวะที่ยากลำบาก ผู้รับบริการจะต้องการหลักให้ยึดเกาะหรือพึ่งพิง ไม่คิด ไม่ตัดสินใจอะไรด้วยตนเอง ต้องการได้รับความช่วยเหลือ เรียกร้อง และรอให้คนมาดูแลปกป้อง ตามทฤษฎีคือ การแสดงภาวะความเป็นเด็ก ในขณะที่ Case Manager ก็อาจแสดงบทบาทที่อยากช่วยเหลือ อยากปกป้อง อยากช่วยคิด ช่วยตัดสินใจ อาจเป็นทั้งในรูปแบบของการสอน และการแนะนำผู้รับบริการ ตามทฤษฎีคือ ภาวะความเป็นพ่อแม่ ซึ่งสภาวะการอยู่ร่วมกันในลักษณะนี้ อาจเป็นประโยชน์ และสามารถช่วยเหลือผู้รับบริการที่ประสบปัญหาได้ในระยะสั้น แต่จะเป็นการปลูกฝังให้ผู้รับบริการไม่สามารถดูแล และพึ่งตนเอง รวมถึงไม่สามารถใช้เหตุผลเพื่อประกอบการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

การวางตัวของ Case Manager จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะจะเป็นหนึ่งในรูปแบบที่จะช่วยนำพาให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ เติบโต สามารถดูแลตนเอง รู้จักคิด วิเคราะห์ในสถานการณ์ต่างๆ ด้วยเหตุผล ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้รับบริการสามารถจัดการปัญหาและตัดสินใจเลือกทางเดินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมในระยะยาว

รูปแบบการวางตัวที่ควรจะมีต่อกันระหว่าง Case Manager และผู้รับบริการ คือ สภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ คือ การให้พื้นที่ซึ่งกันและกัน เคารพในสิทธิ ความคิด และความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมทั้งใช้เหตุผลประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ

หากบทบาทการวางตัวระหว่างกันอยู่ในสภาวะของความเป็นผู้ใหญ่แล้ว การดูแลสนับสนุนของ Case Manager จะเป็นเพียงเพื่อน และคนที่คอยดูแลผู้รับบริการอยู่ห่างๆ ไม่เข้าไปก้าวก่าย และตัดสินชีวิตให้กับผู้รับบริการ สิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวช่วยสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการมีวินัยในตนเอง รู้จักคิด รู้จักรักตนเอง และสามารถวางแผนกำหนดทิศทางต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยไม่พึ่งพิง และเป็นภาระของ Case Manager ในอนาคต

จรรยาบรรณ และจริยธรรมในการทำงาน

จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ กำหนดหลักจริยธรรมพื้นฐานของการประกอบวิชาชีพไว้ คือ (FHI 360, 2555) การมีความซื่อสัตย์ ยุติธรรม เคารพในศักดิ์ศรี และเอกสิทธิ์ของบุคคล ซึ่งหลักจริยธรรมพื้นฐานเหล่านี้เป็นที่มาของหลักการพื้นฐานทั่วไปว่าด้วยเรื่องต่างๆ อีกหลายประการ เช่น ความปลอดภัยของผู้รับบริการ การให้สัญญา และการรักษาพันธสัญญา การใช้ความรู้ ทักษะในการทำงาน

- **การเคารพในสิทธิส่วนบุคคล** การทำงานของ Case Manager จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการ
- **คำนึงถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน** ศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์
  - เข้าใจ และยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรมและบทบาททางสังคมของผู้ที่มีเพศสภาพ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ชนชั้น ศาสนา รสนิยมทางเพศ ความพิการ หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน
  - ไม่มีอคติและความลำเอียงในการให้บริการไม่ว่าผู้รับบริการจะมีพื้นฐานทางวัฒนธรรม ทางเศรษฐกิจ และสังคมที่แตกต่างกัน หากมีสิ่งใดที่คิดว่าจะเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ ควรส่งต่อผู้รับบริการไปให้คนอื่นทำหน้าที่แทน
  - ไม่เข้าร่วมหรือสนับสนุนการเลือกปฏิบัติ
- **มีความสามารถที่จำเป็นเพื่อก่อให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ** การทำงานของ Case Manager ต้องเป็นการทำงานที่ไม่เอารัดเอาเปรียบผู้ใด
  - ไม่แอบอ้างว่ามีคุณสมบัติ ประสบการณ์ หรือความเชี่ยวชาญใดๆ ที่ตนเองไม่มี
  - รู้ และยอมรับในข้อจำกัด และขีดความสามารถของตนเอง
  - ส่งต่อผู้รับบริการไปยังผู้เชี่ยวชาญ หากไม่สามารถให้การปรึกษาหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการในด้านนั้นๆ ได้

มาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับ Case Manager ได้อ้างอิงสาระสำคัญของประมวลหลักการประพฤติที่ให้บุคคลในวิชาชีพยึดถือปฏิบัติ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการทำงานของ Case Manager ในการให้บริการต่อผู้รับบริการ โดยมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้ (ธรรศ, 2557 และ PSI, 2556)

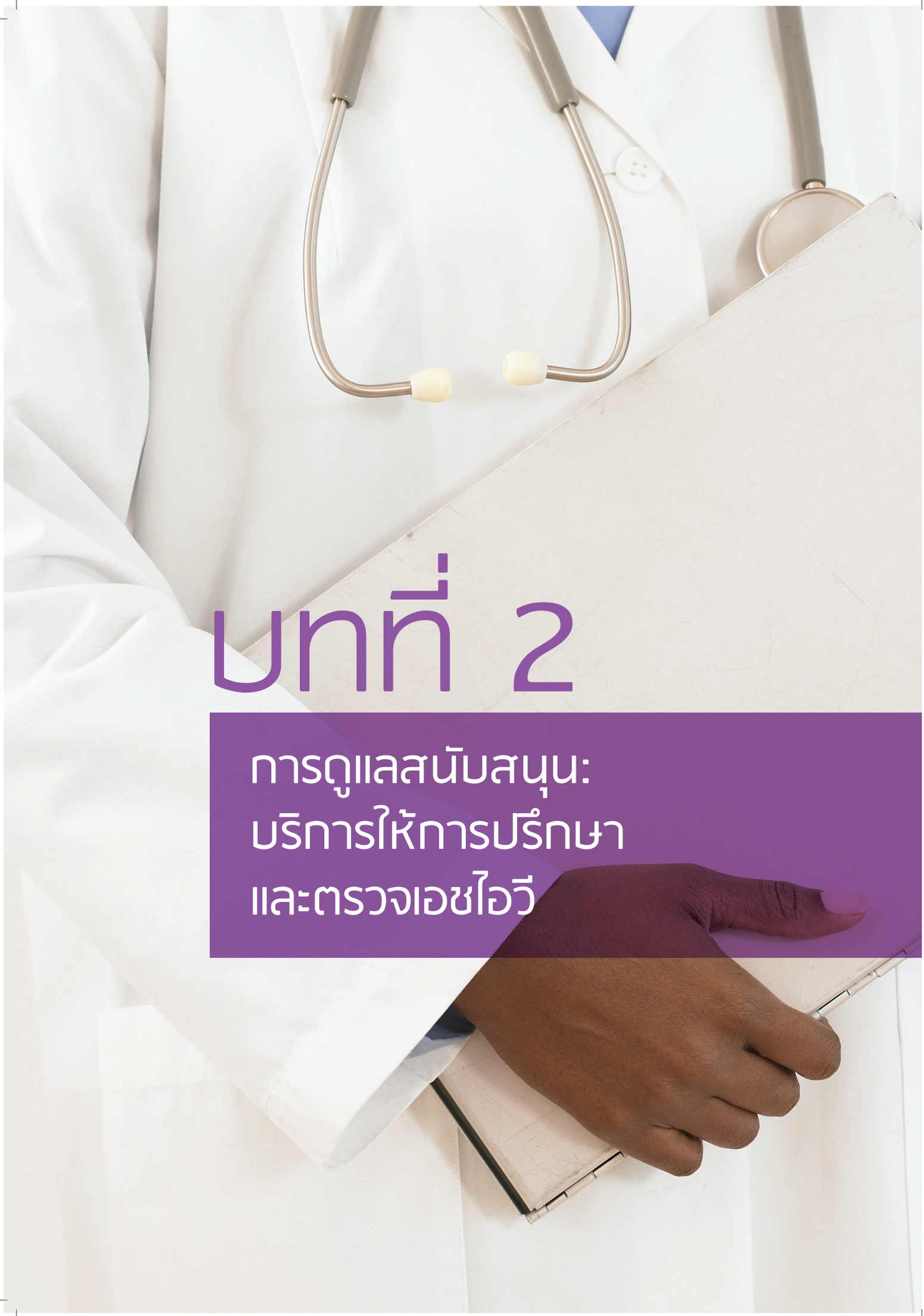
1. ปฏิบัติงานด้วยความมีสติ ตระหนักในคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
2. ปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพที่แตกต่างของบุคคล
3. ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ และการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตนไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางการเงิน ทางเพศ ทางอารมณ์ และความรู้สึก หรือในทางอื่นใด
4. พึงเก็บรักษาข้อมูล เรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย
5. พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการให้บริการ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนของผู้รับบริการแต่ละราย
6. พึงป้องกันภยันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

การรักษาความลับ (กรณีโครงการ CAP-3D)

การทำงานของ Case Manager ต้องมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ และจะต้องเก็บข้อมูลเหล่านั้นไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด รวมทั้งจะต้องไม่เปิดเผยชื่อ และสิ่งที่จะระบุตัวตนของบุคคล กลุ่มบุคคล และบุคคลอื่นใดที่ผู้รับบริการอ้างอิงถึงในระหว่างการให้ดูแลให้ผู้อื่นรู้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปกปิดชื่อ และสิ่งที่จะระบุตัวตนของผู้รับบริการไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด
2. ปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการทั้งหมดไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด ในกรณีที่จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเพื่อการรักษาโรค จะต้องได้รับอนุญาตจากผู้รับบริการก่อน
3. เจ้าหน้าที่จะต้องเก็บรักษาข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการไว้เป็นความลับ
4. ก่อนนำข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับผู้รับบริการไปใช้เพื่อการวิจัยจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการก่อน
5. เจ้าหน้าที่ทุกคนจะต้องเข้ารับการปฐมนิเทศว่าด้วยเรื่องเกี่ยวกับการรักษาความลับก่อนเริ่มปฏิบัติงานหรือก่อนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ
6. เจ้าหน้าที่ทุกคนจะต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเพื่อให้คำสัตย์ปฏิญาณว่าจะ “รักษาความลับและให้บริการอย่างมีคุณภาพ” อันเป็นการแสดงให้เห็นว่าทุกคนมีความเข้าใจและตกลงยินยอมที่จะปฏิบัติตามนโยบายของโครงการว่าด้วยการรักษาความลับของผู้รับบริการ และการให้บริการอย่างมีคุณภาพซึ่งเอกสารดังกล่าวอยู่ในภาคผนวก 3
7. ห้ามไม่ให้บันทึกภาพ/เสียง ผู้รับบริการโดยไม่ได้รับอนุญาต และความยินยอมจากผู้รับบริการ

รายละเอียดหลังจากนี้ จะอธิบายถึงวิธีการดูแลสนับสนุนของ Case Manager ในแต่ละขั้นตอน โดยเรียงต่อกันไปทีละบท โดยการดูแลแต่ละขั้นตอนนี้ จะอธิบายรายละเอียดทั้งในส่วนการดูแลทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งในแต่ละบทอาจมีเนื้อหามากน้อยแตกต่างกัน โดยได้เรียบเรียงประเด็นดังกล่าวขึ้นจากประสบการณ์การทำงานขององค์กรชุมชนในภาคประชาสังคมที่ทำงานร่วมกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมาอย่างยาวนาน และสังเคราะห์ให้เห็นเป้าหมาย วิธีการและขั้นตอน เพื่อให้ง่ายในการทำงานและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ



บทที่ 2

การดูแลสนับสนุน: บริการให้การปรึกษาและตรวจเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 1: บริการให้การปรึกษาและตรวจเอชไอวี (HIV Testing and Counseling: HTC)

งานดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคมสำหรับกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง ที่เข้ารับบริการในการตรวจเอชไอวี ตามรูปแบบการดูแลสนับสนุนเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อ เริ่มด้วยขั้นตอนที่ 1 ซึ่งผู้รับบริการเข้ามารับบริการปรึกษาและตรวจเอชไอวี การดูแลสนับสนุนผู้รับบริการที่เข้ามาสู่การรับบริการนี้ ไม่ได้จำกัดอยู่ที่การช่วยให้ผู้รับบริการทราบสถานะผลเลือดของตน หากแต่ยังมีส่วนสำคัญ คือ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อ เพื่อป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี และในกรณีที่ผู้รับบริการติดเชื้อแล้วก็ควรได้รับความช่วยเหลือเพื่อลดความเสี่ยงในการรับเชื้อเพิ่ม นอกจากการประเมินเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีแล้ว Case Manager ควรประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ควบคู่กันไปเสมอ

พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการรับเชื้อเอชไอวี ได้แก่

1. พฤติกรรมทางเพศ โดยเฉพาะเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ซึ่งมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน

2. การใช้เข็มร่วมกัน เช่น การใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หรือ การฉีดสารเสริมความงามโดยใช้เข็มร่วมกัน

บทบาทหน้าที่หลักของ Case Manager คือ การให้การปรึกษาในการลดความเสี่ยง โดยการสอบถามถึงรายละเอียดของพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ลักษณะของความสัมพันธ์ทางเพศที่ผ่านมา เหตุการณ์แต่ละครั้งเกิดขึ้นเมื่อใด พฤติกรรมครั้งล่าสุด รายละเอียดของเหตุการณ์เป็นอย่างไร เช่น มีปาร์ตี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดรูปแบบต่างๆ มีการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นหรือไม่ หรือก่อนหน้านี้ผู้รับบริการเคยใช้เข็มร่วมกันกับคนอื่น เพื่อฉีดสารเสพติด ฮอร์โมน หรือสารเสริมความงามอื่นๆ หรือไม่ มีลักษณะของพฤติกรรมที่บ่งบอกว่าผู้รับบริการอาจติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดหรือไม่ ซึ่งสามารถประเมินโดยง่ายด้วยแบบประเมิน CAGE (หน้า 44-45)

การประเมินและให้ความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงใช้หลักการของลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อประเมินระดับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจควบคู่กันไป เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักรู้ และตัดสินใจเข้าสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ดังตัวอย่างในตาราง)

กลยุทธ์การให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อ

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	กลยุทธ์ที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม		
ขั้นไม่เห็นปัญหาหรือไม่คิดจะเปลี่ยนแปลง ผู้รับบริการไม่เห็นความสำคัญของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย *"ผม/ฉันไม่เคยคิดว่าจะต้องมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยเลย"*	**ใช้วิธีเล่าเรื่อง:** เล่าประสบการณ์ของคนอื่นที่คล้าย ๆ กันที่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองได้สำเร็จ • มีผู้รับบริการคนหนึ่งที่....	**ให้ข้อมูล:** แล้วแต่สถานการณ์ของแต่ละคน • คุณรู้เกี่ยวกับเรื่อง.....? • คุณอยากรู้เกี่ยวกับ....?	**พูดคุยเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพ:** พฤติกรรมของผู้รับบริการส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเองอย่างไรบ้าง • คุณคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคุณอย่างไร?
ขั้นเริ่มคิดที่จะเปลี่ยน ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยแต่ยังลังเลที่จะเปลี่ยน *"ใช่ ผม/ฉันก็กังวลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเหมือนกัน แต่..."*	**ค้นหาว่าทำไมจึงยังลังเล/เสนอทางเลือก:** ชี้ให้ผู้รับบริการเห็นว่าทำไมเขา/เธอจึงยังลังเลที่จะเปลี่ยน • *ดูเหมือนว่าคุณยังอยากเสพยาอยู่ แต่คุณก็กลัวว่าจะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ตอนที่คุณเมายา คุณคิดจะดีกว่ามั้ยถ้าคุณไม่ต้องกังวลเรื่องนี้อีกต่อไป?* • คุณตกใจมากใช่ไหมที่คุณเป็นโรคนี้คุณเคยคิดไหมว่าจะมีวิธีป้องกันไม่ให้เป็นโรคนี้อีกได้ยังไง?	**พูดถึงข้อดี & ข้อเสีย:** ค้นหาสิ่งที่จะช่วยให้ผู้รับบริการพิจารณาตัดสินใจได้ง่ายขึ้น • คุณคิดว่าข้อดีและข้อเสียของการใช้ถุงยางอนามัยคืออะไร? **เสนอทางเลือก:** ลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด • เช่น ไม่ควรเสพยา/ดื่มเหล้าเมื่อมีเพศสัมพันธ์	**พูดคุยเรื่องพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาพพจน์:** • การทำงานหาเลี้ยงครอบครัว/หาค่าเทอมเป็นสิ่งที่ดีแต่ถ้าคุณไม่สบายคุณจะทำงานได้ไหม? **ชี้ให้เห็นความสามารถของตัวเอง:** • คุณเลิกสูบบุหรี่ได้ก็แสดงว่าคุณทำในสิ่งที่ยากได้ • ตอนที่คุณใช้ถุงยางกับตอนที่ไม่ใช้มันต่างกันอย่างไร?
ขั้นตัดสินใจเตรียมการ ผู้รับบริการพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและอาจจะกำลังพยายามทำอยู่ *"ผม/ฉันไม่อยากติดเชื้อเอชไอวีซ้ำและไม่อยากเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์"*	**ช่วยเริ่มต้น/วางแผน:** ช่วยผู้รับบริการวางแผนที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม • เช่น ให้เริ่มซื้อถุงยางหรือไปรับแจกถุงยางฟรีแล้วให้พกถุงยาง ไว้ตลอด • ผู้รับบริการจัดเตรียมถุงยางและเจลหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำไว้ตลอด	**กระตุ้นให้เห็นความสามารถของตัวเอง, มีความมั่นใจ, ฝึกทักษะ และเริ่มทำอย่างแรก:** • ผู้รับบริการฝึกสวมถุงยางกับอวัยวะเพศจำลองได้อย่างถูกต้อง • แสดงบทบาทสมมุติเพื่อฝึกทักษะการต่อรองให้คู่นอนใช้ถุงยาง	**ช่วยเหลือและส่งต่อ:** • บอกผู้รับบริการว่าจะสามารถไปรับแจกถุงยางและเจลหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำได้ที่ไหน • ส่งต่อเพื่อไปเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
ขั้นลงมือทำ ผู้รับบริการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย *"ตอนนี้ผม/ฉันพกถุงยางและใช้ถุงยางแล้ว"*	**ช่วยเหลือต่อเนื่อง:** ผู้ให้การปรึกษา, เพื่อน • ช่วยแสดงบทบาทสมมุติเพื่อฝึกต่อรองให้คู่นอนใช้ถุงยางในสถานการณ์ต่าง ๆ • ผู้รับบริการจัดเตรียมถุงยางและเจลหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำไว้ตลอด	**เสนอทางเลือก:** หากคู่นอนปฏิเสธจะใช้ถุงยาง • ต่อรองและเลือกวิธีมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยง	**ติดตาม:** ติดตามว่าผู้รับบริการทำสำเร็จหรือไม่ • ชมเชยความสำเร็จ • ช่วยแก้ไขในเรื่องที่มีอุปสรรค
ขั้นทำต่อเนื่อง ผู้รับบริการรู้ว่ามีสิ่งใดบ้างที่อาจจะกระตุ้นให้หวนกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมและเตรียมรับมือกับสิ่งนั้น *"ผม/ฉันรู้แล้วว่าอาจจะเกิดอะไรขึ้นและก็เตรียมตัวเตรียมใจไว้แล้ว"*	**ช่วยเตรียมใจว่าอาจหวนกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมอีก:** ช่วยผู้รับบริการคิดว่ามีสิ่งใดบ้างที่อาจจะ "กระตุ้น" ให้หวนกลับไปมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยอีกและหาวิธีแก้ไข **ให้รางวัล:** หากสามารถดำรงพฤติกรรมที่ปลอดภัยไว้ได้	**เสนอทางเลือก:** หากไม่มีถุงยางหรือคู่นอนปฏิเสธที่ • ต่อรองและเลือกวิธีมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยง	**หาทางช่วยเหลือ:** ให้เพื่อนที่มีประสบการณ์ช่วย • ใครเคยมีประสบการณ์และจะช่วยสอนวิธีต่อรองกับลูกค้าที่ไม่สวมถุงยางได้บ้าง? **เป็นแบบอย่างที่ดี:** สนันสนุนให้ผู้รับบริการเป็น แบบอย่างที่ดีแก่ผู้อื่นเพราะสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองได้สำเร็จ

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	กลยุทธ์ที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม		
การหวนกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิม ผู้รับบริการอาจมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางหนึ่งครั้ง *"ครั้งนี้ผม/ฉันลืมใช้ถุงยางแต่..."*	**ชี้ให้เห็นว่าอะไรทำให้หวนกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมอีก:** ช่วยผู้รับบริการทบทวนและทำความเข้าใจว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้กลับไปมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยอีก	**เน้นการป้องกันไม่ให้สิ่งนั้นเกิดขึ้นอีก** ทบทวนแผนและสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะสามารถมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยได้อีก	**ทบทวนและแก้ไขแผน** ทบทวนสิ่งใดที่ทำได้และสิ่งใดที่ทำไม่ได้ • การหวนกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมอีกไม่ใช่ความล้มเหลว เพียงแต่จะต้องกลับมาทบทวนกันใหม่
ขั้นสำเร็จ	**ผู้รับบริการมั่นใจว่าจะไม่หวนกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงอีกอย่างแน่นอน แสดงความยินดีกับผู้รับบริการและบอกว่าคุณยินดีและพร้อมเสมอที่จะช่วยติดตามเขา/เธอต่อไป**		

ดัดแปลงจาก Readiness for Change Tool: What to do with patients at risk of HIV and STIs. (2006) South Eastern Sydney ILLAWARRA, NSW Health

บทบาทการดูแลของ Case Manager ในการดูแลสนับสนุนในขั้นตอนที่ 1 นี้ สามารถแบ่งได้เป็น 3 กรณีหลัก คือ

1. กรณีผลเลือดเป็นลบ
2. กรณีผลเลือดไม่ชัดเจน
3. กรณีผลเลือดเป็นบวก ซึ่งในการที่ผลเลือดเป็นบวก จะกล่าวแยกในบทถัดไป

ขั้นตอนที่ 1: บริการให้การปรึกษาและตรวจเอชไอวี กรณี: ผลเลือดเป็นลบ

1. กรณีผลเลือดเป็นลบ (Anti-HIV Negative)

เมื่อทราบผลการตรวจจากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลแล้ว Case Manager มีหน้าที่ติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นให้ผู้รับบริการตระหนักถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยการให้ข้อมูล ให้ความรู้และรายละเอียดต่างๆ ที่นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และควรเน้นการให้ข้อมูลโดยการสะท้อนข้อมูล (Feedback) ซึ่งเป็นการสะท้อนข้อมูลให้ผู้รับบริการเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการเองนั้นส่งผลต่อตัวเขาอย่างไร

ตัวอย่าง: กรณีศึกษา นายสมชายได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้มารับบริการ เป็นหนองในจึงได้รับคำแนะนำให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวี ผลตรวจเลือดเป็นลบ Case Manager สามารถให้ข้อมูลได้ 2 วิธีคือ

1. ให้ข้อมูลทั่วไป: “การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”

2. การสะท้อนข้อมูล: “โรคหนองในที่คุณเป็นครั้งนี้ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน คุณไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย”

การให้ข้อมูลโดยการสะท้อนข้อมูลจะมีผลในการเพิ่มความตระหนักรู้ได้ดีกว่า เพราะเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและเป็นประสบการณ์ตรงของผู้รับบริการ พร้อมกันนี้ Case Manager ให้ข้อมูลด้วยภาษาที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจได้ง่ายๆ หรือปริมาณของข้อมูลเหมาะสม เน้นส่วนที่สำคัญเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม หรือความเสี่ยงเฉพาะตัวของผู้รับบริการ

หลังการรับบริการ Case Manager จะติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการคงสถานะผลเลือดเอชไอวีเป็นลบ โดยให้ผู้รับบริการได้เข้ารับบริการตรวจเลือดซ้ำทุก 6 เดือน และบางรายตรวจเลือดทุก 3 เดือน ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเสี่ยงของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ Case Manager จะคอยดูแลเป็นเพื่อนให้คำปรึกษา เช่น หากเกิดปัญหากรณีที่ผู้รับบริการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน หรือเกิดความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ Case Manager จะคอยให้คำปรึกษาถึงวิธีการ และแนวทางแก้ไขปัญหา และให้การดูแลสนับสนุนทางจิตใจในการพูดคุยในแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกอุ่นใจและมีที่ปรึกษาที่ไว้ใจได้ในเรื่องสุขภาพทางเพศ

ขั้นตอนที่ 1: บริการให้การปรึกษาและตรวจเอชไอวี กรณี: ผลเลือดไม่ชัดเจน

2. กรณีผลเลือดไม่ชัดเจน (Indeterminate)

ในกลุ่มผู้รับบริการที่มีผลเลือดไม่ชัดเจน Case Manager จำเป็นต้องให้การดูแลที่ใกล้ชิดมากกว่ากลุ่มที่มีผลเลือดเป็นลบ เพราะเป็นกลุ่มที่ต้องกลับมาตรวจสอบสถานะผลเลือดของตนเองอีกครั้งเพื่อยืนยันผลเลือด ซึ่งหลังจากทราบว่าผลเลือดไม่ชัดเจน Case Manager จำเป็นต้องให้ข้อมูล และให้ผู้รับบริการทราบถึงปัจจัยหลายอย่าง ที่อาจเป็นที่มาของการตรวจที่ทำให้ผลเลือดไม่ชัดเจน เช่น ผู้รับบริการเพิ่งได้รับเชื้อเอชไอวี และกำลังอยู่ในระยะที่ตรวจหาเชื้อไม่พบ หรือผลเลือดไม่ชัดเจนอาจเกิดจากปฏิกิริยาทางชีวภาพที่มีผลต่อการตรวจสอบเนื่องจากบางโรค ทำให้ผลตรวจแตกต่างกัน Case Manager จะต้องให้ข้อมูลให้ผู้รับบริการตระหนักว่าสิ่งที่จะช่วยยืนยันความชัดเจนของผลเลือดได้ คือ การมาตรวจเลือดซ้ำในช่วงเวลาที่เหมาะสม (โดยปกติการมาตรวจซ้ำควรอยู่ในช่วง 2 สัปดาห์หลังตรวจครั้งแรก) ข้อควรระวังที่ Case Manager จำเป็นต้องชี้แจงข้อมูลกับผู้รับบริการ คือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพราะมีความเป็นไปได้สูงที่การมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาดังกล่าวอาจเป็นการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้บุคคลอื่นต่อไปและทำให้ผู้รับบริการมีความเสี่ยงในการได้รับเชื้อเพิ่ม

ในกลุ่มผู้รับบริการที่มีผลเลือดไม่ชัดเจน ในช่วงระยะเวลาที่ต้องรอคอยเพื่อกลับมาตรวจเลือดอีกครั้ง กลุ่มผู้รับบริการอาจมีภาวะวิตกกังวลหรือเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น สิ่งที่ Case Manager สามารถทำได้ คือ การให้ผู้รับบริการได้บอกเล่า และระบายความกังวลใจที่อาจเกิดขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่ควรให้กำลังใจหรือให้ความหวังกับผู้รับบริการมากเกินไป เพื่อให้ผู้รับบริการเตรียมใจกับผลการตรวจที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ในกรณีที่ผู้รับบริการมีความเครียด และความวิตกกังวลสูง Case Manager อาจต้องช่วยหาทางเลือกอื่นๆ ให้กับผู้รับบริการ เช่น หาช่องทางในการตรวจเลือดวิธีอื่นที่ช่วยให้รู้ผลเร็วขึ้น เช่น การตรวจ Nucleic Acid Amplification Test (NAAT) ที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ คลินิกนิรนาม สภากาชาดไทยใช้ชื่อว่า การตรวจ NAT คือวิธีการที่จะตรวจหาสารพันธุกรรมของเอชไอวี ตรวจได้ตั้งแต่สัมผัสเชื้อถึง 5 วัน

กรณี: ผู้รับบริการมีผลเลือดเป็นลบหรือผลเลือดไม่ชัดเจน (รอตรวจซ้ำ 2 สัปดาห์ หรือพิจารณาส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกรณีผู้รับบริการมีความกังวลอยากทราบผลเลือดเร็วกว่า 2 สัปดาห์ หรือส่งต่อในกรณีผลเลือดยังคงไม่ชัดเจนหลังการตรวจซ้ำ)

การดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคมจาก Case Manager: ในขั้นตอนที่ 1

Case Manager จะต้องให้การดูแลผู้รับบริการทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งรูปแบบการติดตามในกรณีผู้รับบริการมีผลเลือดเป็นลบ มีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. Case Manager ต้องวางตัวให้ผู้รับบริการรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุย สอบถาม แลกเปลี่ยนความรู้ และเป็นที่ปรึกษาได้ โดยใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพ และวิธีการดูแลทางจิตใจ ดังที่กล่าวไว้แล้วก่อนหน้านี้

2. ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และอธิบายวิธีการป้องกัน และวิธีลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวี (รายละเอียดในหมวดองค์ความรู้เรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ ESSE)

3. ช่วยเหลือผู้รับบริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการประเมินความพร้อมของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม Stage of Change และการสร้างเสริมแรงจูงใจ ดังที่กล่าวไปก่อนหน้านี้ (รายละเอียดในบทที่ 1)

4. Case Manager แจ้งสิทธิการตรวจเอชไอวีฟรีให้ผู้รับบริการทราบ

   a) สิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี / เอดส์ ตามระเบียบสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2557 รายละเอียด ดังตารางด้านล่าง (สปสช., 2556)

สิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี/เอดส์	
การตรวจ Anti - HIV	**ปีละ 2 ครั้ง**

5. อธิบายถึงระยะเวลาที่ควรกลับมาติดตามผลเลือดอีกครั้งใน 3 – 6 เดือน และให้ผู้รับบริการบันทึกข้อมูล

   a) ให้ผู้รับบริการบันทึกข้อมูลเพื่อเตือนตนเองในการมาตรวจเลือดอีกครั้ง โดยใช้ชื่อเฉพาะรู้กันเอง เช่น วันที่ 3 มีนาคม 2558 “ตรวจร่างกายทุก 6 เดือน” เป็นต้น

   b) Case Manager จะบันทึกข้อมูลของตนเช่นกัน โดยบันทึกการติดตาม 2 ครั้ง คือหลังจากนี้อีก 2 เดือน และ 4 เดือน โดยเลือกวันที่ช้ากว่าผู้รับบริการ 1 วัน ในการโทรติดตามให้ผู้รับบริการมาตรวจเลือดอีกครั้ง เช่น
   วันที่ 4 พฤศจิกายน 2557 “Follow up คุณโอม เบอร์.....”
   วันที่ 4 มีนาคม 2558 “Confirm คุณโอม เบอร์โทร..... มา HTC”

6. Case Manager ขอช่องทางการติดต่อกับผู้รับบริการ และเสนอให้ช่องทางการติดต่อของตนเองกับผู้รับบริการ ควรเป็นเบอร์โทรศัพท์หรือ Appilication (เช่น Line Facebook) ที่ใช้เฉพาะการทำงาน ทั้งนี้ควร

   a) กดเบอร์โทรออกทันทีหลังได้รับข้อมูลจากผู้รับบริการหรือ Add line ทันที เพื่อตรวจทานข้อมูลที่จะใช้ติดต่อกลับ และเพื่อให้ข้อมูลของ Case Manager อยู่ในโทรศัพท์ของผู้รับบริการ

   b) Case Manager ย้ำกับผู้รับบริการอีกครั้ง ให้ติดต่อกลับในทุกกรณีที่ผู้รับบริการเกิดคำถามหรือเกิดความเสี่ยงทางเพศ เพื่อจะได้ช่วยกันดูแล และป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

   c) ย้ำกับผู้รับบริการในกรณีเปลี่ยนแปลงเบอร์โทร ขอให้ติดต่อกับ Case Manager

หลังจากผ่านไป 2 เดือน

7. Case Manager โทรติดต่อผู้รับบริการอีกครั้ง
   a) Case Manager ใช้วิธีการคุยอย่างเป็นธรรมชาติ สอบถามถึงชีวิตทั่วไปเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยังคงรักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง Case Manager และผู้รับบริการ
   b) ติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการยังอยู่ในระบบการดูแลของ Case Manager
   c) สอบถามถึงการป้องกันตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

หลังจากผ่านไป 4 เดือน

8. Case Manager โทรติดตามผู้รับบริการ เพื่อช่วยเตือนให้เข้าสู่บริการการตรวจเอชไอวีโดยสมัครใจอีกครั้ง
   a) สอบถามผู้รับบริการก่อนว่ารู้ไหมว่าวันนี้โทรมาทำไม เพื่อเช็คว่าระบบการเตือนปกติที่ผู้รับบริการใช้อยู่ยังคงทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ เพื่อเป็นการฝึกวินัยในการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ
   b) สอบถามถึงการวางแผนการไปตรวจเลือดอีกครั้งของผู้รับบริการ
   c) สอบถามความสมัครใจ ว่าอยากให้ Case Manager ไปเป็นเพื่อนตรวจเลือดด้วยหรือไม่ อย่างไร
      - กรณีไปด้วยกัน ให้นัดแนะวัน เวลา และสถานพยาบาลที่สะดวก
      - กรณีผู้รับบริการไปด้วยตนเอง Case Manager จะติดตามผลทางโทรศัพท์แทน โดยโทรติดต่อในตอนเย็นหลังผู้รับบริการตรวจเลือดแล้ว

หลังทราบผลเลือด กรณีผลเลือดเป็นลบ หรือผลเลือดไม่ชัดเจน ให้ Case Manager กลับไปใช้กระบวนการติดตามในลักษณะเดิมดังที่กล่าวไว้ข้างต้น เพื่อให้ผู้รับบริการยังอยู่ในความดูแลของ Case Manager และไม่หลุดไปจากระบบการรักษา

กรณี: ผู้รับบริการมีผลเลือดเป็นลบ ผลเลือดไม่ชัดเจน หรืออยู่ในระยะ Window Period (รอตรวจซ้ำ 2 สัปดาห์ หรือพิจารณาส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกรณีผู้รับบริการมีความกังวลอยากทราบผลเลือดเร็วกว่า 2 สัปดาห์หรือส่งต่อในกรณีผลเลือดยังคงไม่ชัดเจนหลังการตรวจซ้ำ)

ความรู้พื้นฐานสำหรับ Case Manager

การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแต่ละครั้งใช้หลักสี่ประการคือ Exit-Sufficient-Survive-Enter: ESSE

หลักสี่ประการนี้จะช่วยให้ Case Manager และผู้รับบริการสามารถประเมินได้ว่าพฤติกรรมต่างๆ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด การที่จะติดเชื้อเอชไอวีได้นั้นจะต้องมีเงื่อนไขครบถ้วนตามหลัก 4 ประการดังนี้

Exit **ทางออก**	• เชื้อไวรัสเอชไอวีต้องออกมาจากร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี • เราไม่สามารถบอกได้ว่าใครติดเชื้อเอชไอวี
Sufficient **ปริมาณเพียงพอ**	• ต้องมีปริมาณของเชื้อไวรัสมากพอที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ • เชื้อเอชไอวีอยู่ในของเหลวในร่างกาย เช่น เลือด สารคัดหลั่ง น้ำอสุจิ ของเหลวในช่องคลอด และนมแม่ ปริมาณของเอชไอวีในของเหลวเหล่านี้ก็ต้องเพียงพอ จึงจะติดเชื้อ • การสัมผัส เหงื่อ น้ำมูก น้ำลาย น้ำตา น้ำปัสสาวะ อุจจาระ ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพราะปริมาณเชื้อไม่เพียงพอ
Survive **อยู่รอด**	• เชื้อไวรัสต้องอยู่ในสภาวะที่สามารถมีชีวิตอยู่รอดได้ • เชื้อเอชไอวีไม่สามารถอยู่รอดนอกร่ายกายคนเป็นเวลานาน • เชื้อเอชไอวีไม่สามารถอยู่รอดในของเหลวที่เป็นด่าง (เช่น น้ำลาย) กรดในกระเพาะอาหาร สภาพอากาศ ความร้อน ความแห้ง น้ำยาและสารเคมีต่างๆ
Enter **ทางเข้า**	เชื้อไวรัสเอชไอวีต้องเข้าสู่กระแสเลือดของอีกคนหนึ่ง โดย 3 ทาง คือ 1. เพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน 2. เลือด (การรับเลือด, บาดแผลรอยถลอก, การใช้เข็ม, การสัก ฯลฯ) 3. จากแม่สู่ลูก

องค์ประกอบ 4 ประการนี้นำมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงแต่ละครั้งว่าการสัมผัสเชื้อนั้นผู้สัมผัสมีความเสี่ยงในการ ได้รับเชื้อมากน้อยเพียงใด เราสามารถประเมินได้ว่าพฤติกรรมทางเพศหรือพฤติกรรมใดที่มีความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงปานกลางหรือความเสี่ยงต่ำต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อควรคำนึงคือ ถึงแม้บางพฤติกรรมอาจไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี แต่อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออื่นๆ ได้ เช่น หิด หูดข้าวสุก หูดหงอนไก่ (HPV) เริม และการติดเชื้อจากตัวโลน เป็นต้น

การดูแลและป้องกันตนเองจากความเสี่ยงที่จะนำมาสู่การติดเชื้อเอชไอวี

ความเสี่ยงที่พบมากในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง คือ

1. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน

ความชุกที่พบบ่อยจากการติดเชื้อเอชไอวี คือ ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน (ถุงยางอนามัยหรือถุงอนามัยสตรี) โดยมีระดับความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวีจากน้อยไปหามาก ดังตารางต่อไปนี้ (FHI 360, Positive Health 2555)

ตาราง: ระดับความเสี่ยงของลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคที่สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์

ลักษณะการมีเพศสัมพันธ์	ความเสี่ยงเอชไอวี	ความเสี่ยง STIs	ตัวอย่าง STIs และโรคอื่นๆ
เพศสัมพันธ์ทางปาก	ต่ำ*	สูง	เริม, หูดหงอนไก่, หนองใน, หนองในเทียม, ตับอักเสบบี และซิฟิลิส
เพศสัมพันธ์โดยการใช้นิ้ว	ต่ำ	ต่ำ	หูดข้าวสุก
เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด	สูง	สูง	เริม, โลน, หิด, หูดหงอนไก่, หนองใน, หนองในเทียม, ตับอักเสบบี, ตับอักเสบซี และซิฟิลิส
เพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดใหม่ (Neovagina)	สูง	สูง	เริม, โลน, หิด, หูดหงอนไก่, หนองใน, หนองในเทียม, ตับอักเสบบี, ตับอักเสบซี และซิฟิลิส
เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก	สูง	สูง	เริม, โลน, หิด,หูดหงอนไก่, หนองใน, หนองในเทียม, ตับอักเสบบี, ตับอักเสบซีและซิฟิลิส

*ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นสูง หากมีบาดแผล หรือสารคัดหลั่ง

ตารางระดับความเสี่ยงตามลักษณะของพฤติกรรมทางเพศ ตามลักษณะของพฤติกรรม (กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีเชื้อเอชไอวี)

ไม่เสี่ยง	เสี่ยงน้อย	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง
• การจูบปากอย่างดูดดื่ม • ช่วยกันสำเร็จความใคร่ • ใช้มือใส่เข้าไปในทวารหนัก โดยไม่สวมถุงมือ[2] • ใช้ปากกับอวัยวะเพศชาย โดยสวมถุงยาง • การใช้ปากกับทวารหนัก • การใช้อวัยวะเพศถูไถการเลีย	• การใช้ปากกับอวัยวะเพศชาย โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย • มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก โดยสวมถุงยางอนามัย[1] • ร่วมเพศทางช่องคลอดโดยสวมถุงยางอนามัย • ใช้ปากกับช่องคลอดด้วยไม่มีสิ่งป้องกัน	• การหลั่งข้างนอก • ร่วมเพศทางช่องคลอดโดยไม่สวมถุงยางอนามัย (ฝ่ายชาย) • เซ็กส์หมู่ โดยสวมถุงยางอนามัย[3]	• มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก โดยไม่สวมถุงยางอนามัย ไม่มีการหลั่ง • มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ไม่สวมถุงยางอนามัย มีการหลั่ง • ร่วมเพศทางช่องคลอดโดยไม่สวมถุงยางอนามัย (ฝ่ายหญิง) • สอดใส่อวัยวะเพศชายสองอันเข้าไปในทวารหนักพร้อม ๆ กัน โดยสวมหรือ ไม่สวมถุงยาง • เซ็กส์หมู่ โดยไม่สวมถุงยางอนามัย[2] • การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกัน
• ใช้นิ้วมือกระตุ้นทวารหนัก • ปัสสาวะลงบนคู่นอน (Watersports)			
	• ใช้เซ็กส์ทอยร่วมกัน • มีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธี อื่นหรือ Trick Sex[4] • การหลั่งบนใบหน้า (Facial)		

[1] สวมถุงยางอนามัยหมายถึงการใช้ถุงยางอนามัยโดยวิธีที่ถูกต้อง และถุงยางอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน: ไม่แตก ไม่รั่ว ไม่หมดอายุ และมีการใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำ

[2] มีความเสี่ยงต่ำจากการรใช้มือใส่เข้าไปในทวารหนัก แต่จะมีความเสี่ยงสูงหากกระทำอย่างอื่นร่วมด้วย ต้องมีข้อมูลมากกว่านี้จึงจะสามารถประเมินได้ชัดเจน

[3] ต้องมีข้อมูลมากกว่านี้ว่าแต่ละคนทำอะไร เช่น มีการเปลี่ยนถุงยางอนามัยระหว่างการเปลี่ยนคู่นอน ใช้ปากกับอวัยวะเพศชาย ใช้ปากกับทวารหนัก ใช้กำปั้นยัดเข้าไปในทวารหนัก หรือสอดใส่ทางทวารหนัก และ/หรือเสพยาเสพติดในขณะมีเซ็กส์หมู่หรือไม่ จึงจะสามารถประเมินได้ว่ามีความเสี่ยงมากน้อยเพียงใด

[4] Trick Sex เช่นเอาอวัยวะเพศชายใส่ตรงระหว่างต้นขาหรือใต้รักแร้แล้วถูไถเพื่อให้ถึงจุดสุดยอด

2. การใช้สารเสพติด

การใช้สารเสพติดเป็นอีกหนึ่งช่องทางสำคัญต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

- ความเสี่ยงที่เกิดโดยตรงจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้สารเสพติดชนิดฉีด เพราะเชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถติดต่อทางเลือดโดยตรง ทั้งจากเข็มฉีดยา กระบอกฉีดยาและใช้อุปกรณ์ฉีดยาอื่นร่วมกันของผู้ใช้สารเสพติด สิ่งเหล่านี้จึงเป็นอีกหนึ่งช่องทางสำคัญที่นำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี

- ฤทธิ์ที่เกิดขึ้นของยาเสพติดทำให้ผู้ใช้ไม่สามารถควบคุมตนเอง หรือมีสติยั้งคิดได้ เช่น ในเวลาปกติ ทำให้การใช้สารเสพติดหรือของมึนเมาเป็นความเสี่ยงทางอ้อมที่ทำให้บุคคลละเลยต่อการป้องกันตนเอง อีกทั้งเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่อาจเกิดตามมาหลังใช้สารเสพติด

ความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด	ที่มาความเสี่ยง
เข็มฉีดยา	• ดูดเลือดจากร่างกาย • ลักษณะของเข็ม เป็นเข็มกลวง (มีความเสี่ยงต่อการนำพาเชื้อเอชไอวี มากกว่าเข็มตัน/เข็มเย็บผ้า)
วิธีการฉีด	• ฉีดเข้าเส้นเลือด และบางกรณีมีการ "โช๊คเลือด" เข้าสู่กระบอกฉีดยาเพื่อเพิ่มอรรถรส ในการใช้ยา
กระบอกฉีดยา และอุปการณ์การฉีด	• เลือดที่ตกค้างอยู่ในกระบอกฉีดยา (ไม่ถูกอากาศมีโอกาสเป็นไปได้สูงที่เชื้อเอชไอวี จะยังไม่ถูกทำลายด้วยสภาวะแวดล้อม) • การไม่ทำความสะอาดอุปกรณ์การฉีด
การใช้สารเสพติดเป็นกลุ่ม	• การใช้เข็มร่วมกัน • การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันหลังใช้สารเสพติด

นอกจากพฤติกรรมดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือ:

- ดื่มเหล้าก่อนมีเพศสัมพันธ์
- เสพยาเสพติด (แบบไม่ได้ฉีด) ก่อนมีเพศสัมพันธ์

การดื่มเหล้าหรือการเสพยาเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์อาจทำให้บุคคลนั้นลืมไปว่าต้องมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย นอกจากนี้การเสพยาเสพติดยังส่งผลกระทบต่อการบังคับกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว ซึ่งจะทำให้สวมถุงยางอนามัยอย่างไม่ถูกวิธี

- การใช้ยากระตุ้นอารมณ์ทางเพศ เช่น ป๊อปเปอส์ และไวอากร้า (Viagra)

ป๊อปเปอส์ (Amyl Nitrite) เป็นสารที่ใช้สูดดม ซึ่งจะทำให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อและทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดแดง โดยมักจะใช้ในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทวารหนักก่อนและในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก การที่หลอดเลือดแดงพองตัว อาจจะเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีได้

ไวอาร้า Viagra (Sildenafil) Levitra (Vardinafil) Cialis (Tadalafil) เป็นตัวยาที่ใช้ในการรักษาอาการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายที่ไม่เป็นปกติ มักพบบ่อยในความเชื่อที่ว่าการใช้ สารเหล่านี้เพื่อกระตุ้นความต้องการทางเพศ เพิ่มประสิทธิภาพทางเพศ หรือใช้ในการเพิ่มขนาดของอวัยวะเพศชาย สารเหล่านี้อาจทำให้เกิดการหลั่งของน้ำอสุจิช้าลง เป็นผลให้เกิดการไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีส่วนผสมของสารที่ชื่อว่า Amyl Nitrite ซึ่งมีอันตรายถึงชีวิต

3. การใช้สารเสริมความงาม

การใช้สารเสริมความงามชนิดฉีดเข้าสู่ร่างกาย เช่น การฉีดฮอร์โมน วิตามิน สารกลูต้าไธโอน สารตกแต่งศัลยกรรม เช่น ฟิลเลอร์ โบท๊อกซ์หรือสารที่ฉีดเสริมกล้ามเนื้อ จำพวกสเตรอยด์ การใช้เข็มร่วมกัน ในการฉีดสารเสริมความงามชนิดฉีดเหล่านี้เป็นอีกหนึ่งความเสี่ยงสำคัญที่นำมาซึ่งการติดเชื้อเอชไอวี เพราะในปัจจุบันสารดังกล่าวเป็นที่นิยมกันในหมู่คนทั่วไป และเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง เพราะจะทำให้ผิวพรรณสวยงาม ดูเยาว์วัย ช่วยสร้างกล้ามเนื้อ และมัดกล้ามให้ขึ้นรูปสวย เป็นที่น่าดึงดูดใจของเพศตรงข้าม หรือเพศเดียวกัน

ซึ่งหลักการใช้ฮอร์โมนโดยทั่วไปหากอยู่ในความดูแลของผู้เชี่ยวชาญจะไม่ถือว่ามีความเสี่ยงโดยตรงต่อการติดเชื้อเอชไอวี แต่หากกรณีผู้รับบริการฉีดกันเองในหมู่เพื่อน หรือการใช้บริการจากหมอเถื่อนหรือใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น ความเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้อาจนำมาซึ่งภัยเงียบที่มาพร้อมการติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากนี้การฉีดสารเสริมความงามเข้าสู่ร่างกายเอง ยังอาจนำอันตรายมาสู่ตัวผู้ใช้ทั้งจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ความต้องการเพิ่มความงามอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ใช้ละเลย และมองข้ามปริมาณสารที่อาจเข้าสู่ร่างกายมากเกินไป รวมทั้งในปัจจุบันการเข้าถึงการใช้สารเสริมความงามยังไม่ได้รับการควบคุมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองมากนัก สิ่งเหล่านี้จึงนำมาซึ่งความเสี่ยงจากผู้ให้บริการที่ไม่มีความรู้ ซึ่งสุดท้ายอาจส่งผลเสียในระยะยาวกับตัวผู้ใช้สารดังกล่าวได้

องค์ความรู้ต่างๆ ด้านบนจึงเป็นองค์ความรู้สำคัญที่ Case Manager จำเป็นต้องให้ความรู้กับผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการมีผลตรวจเอชไอวีเป็นลบ เพื่อป้องกันกลุ่มประชากรกลุ่มนี้ให้คงสถานะผลเลือดลบของตนเองต่อไป โดยให้ผู้รับบริการเกิดความรู้ และความเข้าใจ ทราบถึงช่องทาง และรูปแบบความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาปรับใช้เพื่อให้ตนเองลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี การทำงานในรูปแบบภาคประชาสังคมนี้จะเป็นอีกหนึ่งวิธีการสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะ “รักและดูแลสุขภาพของตนเอง” ซึ่งถือเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการดูแลที่ยั่งยืนต่อการทำงานภาคประชาสังคมในระยะยาวด้วยเช่นกัน

ความรู้พื้นฐานสำหรับ Case Manager

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยเช่นกัน ผู้ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรค 3 ถึง 5 เท่า (Wasserheit JN, 1992) และในกรณีของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อพบว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะทำให้มีปริมาณของไวรัสเอชไอวีอยู่ในน้ำอสุจิหรือสารคัดหลั่งในช่องคลอดมากกว่าปกติ รวมทั้งในน้ำหล่อลื่นหรือมูกในทวารหนักที่เป็นหนองในด้วย การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจเกิดจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายโรคพร้อมกันได้ เช่นผู้ที่เป็นโรคหนองในร้อยละ 30 - 40 มักมีการติดเชื้อหนองในเทียมร่วมด้วย

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยส่วนหนึ่งจะไม่มีอาการ โดยเฉพาะการติดเชื้อในช่องปาก และทวารหนัก ผู้รับบริการที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควรได้รับการรักษาที่เหมาะสมไม่ว่าจะมีอาการหรือไม่ก็ตาม ดังนั้น Case Manager จึงควรมีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อที่จะได้แนะนำให้ผู้รับบริการเข้ารับการตรวจและรักษาอย่างเหมาะสม ทั้งคำแนะนำ ให้ความรู้กับผู้รับบริการในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจพบได้บ่อยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม หูดชนิดต่างๆ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยส่วนใหญ่มีอาการ และอาการแสดงทางคลินิกคล้ายๆ กัน ทั้งนี้อาการที่พบบ่อยๆ ได้แก่ หนองไหลจากอวัยวะเพศ ปวดบวมบริเวณอวัยวะเพศ มูกหนองไหลจากทวารหนัก มีแผลบริเวณอวัยวะเพศ ต่อมน้ำเหลืองโตที่ขาหนีบ กลุ่มอาการที่เป็นก้อนผิดปกติบริเวณอวัยวะเพศ (กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2552) รายละเอียดของกลุ่มอาการที่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในภาคผนวกที่ 3

ไวรัสตับอักเสบเอ บี และซี

ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Virus: HBV) สามารถติดต่อได้ในช่องทางต่างๆได้เช่นเดียวกับการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีร่วมกันพบได้บ่อย ส่วนไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C Virus: HCV) จะติดต่อทางเลือดและการปลูกถ่ายหรือบริจาคอวัยวะ และการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซีร่วมกันพบได้บ่อย ไวรัสตับอักเสบทั้ง 2 ชนิด จะทำให้เกิดการอักเสบที่ตับ ซึ่งจะมีผลต่อการกินยาต้านไวรัส ดังนั้น Case Manager ควรแนะนำให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อรับการตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี และตับอักเสบซีทุกคน โดยผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันไม่ให้ตับถูกทำลายมากขึ้น

ไวรัสตับอักเสบเอ (Hepatitis A Virus: HAV) เป็นไวรัสที่มีการติดต่อทาง Feco-Oral Route คือ เชื้อผ่านจากก้นไปสู่ปาก ดังนั้นชายที่มีเพศสัมพันธ์โดยปากสัมผัสกับทวารหนัก จะมีความเสี่ยงต่อการติดไวรัสตับอักเสบเอ

บทบาทของ Case Manager

คนทั่วไปมักอายไม่พูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ และเมื่อมีปัญหาจะรู้สึกอายที่จะถามคนอื่น บางคนไม่กล้าที่จะสอบถามคนอื่น หรือแม้กระทั่งบุคคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ไปรับการรักษาล่าช้า Case Manager ควรมีบทบาทดังนี้คือ

สอบถามผู้รับบริการว่ามีอาการผิดปกติทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ การถามผู้รับบริการว่าป่วยเป็นโรคอะไร โดยยกตัวอย่างเชื้อโรคต่างๆ นั้น มักจะได้รับการปฏิเสธ เนื่องจากผู้รับบริการไม่ทราบว่าโรคนั้นๆ คืออะไร มีอาการอะไรบ้าง Case Manager ควรสอบถามถึงอาการที่มี เช่น รู้สึกเจ็บแสบคันบริเวณอวัยวะเพศหรือไม่ บวมอักเสบหรือไม่ มีหนองไหลหรือไม่เป็นต้น พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงความสำคัญของการเปิดใจ พูดคุยในเรื่องละเอียดอ่อนนี้ ในกรณีที่สอบถามแล้วพบว่ามีอาการผิดปกติ Case Manager ควรแนะนำให้ผู้รับบริการพบแพทย์ เพื่อตรวจวินิจฉัยสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะได้รับการวินิฉัยที่ถูกต้องว่าเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์โรคใด เกิดจากเชื้ออะไร และได้รับการรักษาด้วยยาที่ตรงกับโรค

ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ถ้าผู้รับบริการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน ควรเข้ารับการตรวจทุกๆ 3 เดือน เพราะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางชนิดจะไม่แสดงอาการ
- การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะทำให้เสี่ยงต่อการติดหรือถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้น
- ห้ามซื้อยามากินเองโดยเด็ดขาด ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับยาตามที่แพทย์สั่งจ่ายเท่านั้น
- ควรกินยาต่อเนื่องจนหมดแม้ว่าอาการของโรคจะหายไปแล้วก็ตาม มิฉะนั้นอาจจะกลับไปเป็นอีก และต้องกินยาตามขนาดและตามเวลาที่แพทย์สั่ง
- หาวิธีบอกให้คู่นอนไปเข้ารับการรักษาด้วย เพราะในระหว่างการรักษาหากผู้รับการปรึกษามีเพศสัมพันธ์ หรือแม้รักษาหายแล้ว แต่คู่นอนที่ยังไม่ได้รับการรักษาก็อาจจะติดโรคได้อีก
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายชนิดสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกได้ และจะทำให้เกิดอันตรายต่อทารกได้
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเข้ารับการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ หากกำลังกินยารักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อยู่ ควรแจ้งให้แพทย์ที่ดูแลรักษาด้านเอชไอวีทราบด้วย
- หากผู้รับบริการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ Case Manager ต้องแนะนำให้ผู้รับบริการงดการมีเพศสัมพันธ์ งดสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเอง รักษาสุขอนามัยจนกว่าจะหายจากโรคดังกล่าว

การลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเป็นสาเหตุที่ทำให้ติดเชื้อโรคต่างๆ เพื่อตนเองและคู่นอน ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ควรป้องกันไว้ก่อนโดยการใช้ถุงยางอนามัย การพูดคุยต่อรองโดยใช้เหตุผลจูงใจให้คู่นอนร่วมกันป้องกันเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันการรับเชื้อ การป้องกันตัวเองจากโรคติดต่อเป็นสิทธิและความรับผิดชอบของทุกคน ถ้าหากสุขภาพไม่ดีแล้วจะส่งผลต่อศักยภาพในการประกอบการงาน ดังนั้น ทุกคนควรจะต้องดูแลรับผิดชอบ โดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

การชวนให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัย ควรต้องฝึกพูด เช่น “ผมอยากให้เราใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่เรามีเพศสัมพันธ์กันนะ” โดยพูดให้ชัดเจน และเป็นธรรมชาติ ใช้ถุงยางทุกครั้งโดยยึดหลัก “ปลอดภัยไว้ก่อน”

นอกจากนี้แล้ว การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้วิธีที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการรับเชื้อก็ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การจูบ ลูบไล้ร่างกายของคู่ การนวด การโอบ การกอด หรือการกุมมือกัน เหล่านี้เป็นตัวอย่างที่ไม่เสี่ยง การช่วยกันสำเร็จความใคร่ด้วยมือ จะเสี่ยงน้อยถึงไม่เสี่ยง ไม่ว่าฝ่ายไหนจะเป็นผู้กระทำก็ตาม

การประเมินระดับปัญหาจากการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด

ในกรณีที่ผู้รับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด Case Manager จะต้องประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาว่า ผู้รับบริการมีปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับใด มีอาการหรือลักษณะที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดหรือไม่ ทั้งนี้ การประเมินและวินิจฉัยปัญหาการติดสารเสพติดแพทย์จะใช้การประเมินภาวะสุขภาพตาม ICD 10 แต่ในทางปฏิบัติแล้ว Case Manager หรือบุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้เครื่องมือ CAGE ในการคัดกรองเบื้องต้นได้ (ในหน้า 45)

การประเมินการติดสารเสพติดใน ICD-10

ผู้รับการปรึกษาควรได้รับการประเมินว่าติดสารเสพติดหรือไม่ หากมีอาการดังต่อไปนี้สามข้อหรือมากกว่านั้นพร้อมกันในเวลาใดเวลาหนึ่งในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

- มีอาการต้านยา (Tolerance) คือ ต้องใช้สารเสพติดที่เมื่อเสพแล้วมีผลเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก สัมผัส (Psychoactive Substance) ในปริมาณมากขึ้น เพื่อให้ออกฤทธิ์เท่ากับตอนที่ใช้ในปริมาณที่น้อยกว่า
- มีอาการถอนยาที่แสดงออกทางร่างกาย เมื่อลดหรือหยุดการใช้สารเสพติดนั้น เช่น
    - มีอาการถอนยาบางประเภทหรือชนิดของสารเสพติดนั้นๆ หรือ
    - มีการใช้สารเสพติดประเภทเดียวกัน หรือสารเสพติดอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเพื่อช่วยบรรเทาหรือเพื่อไม่ให้มีอาการขาดยา
- มีความต้องการเสพอย่างรุนแรง โดยไม่สามารถหักห้ามใจได้
- ยากมากที่จะสามารถควบคุมพฤติกรรมการเสพยาของตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นอาการอยากยา การหยุดเสพ หรือปริมาณยาที่ใช้
- เพิกเฉยหรือไม่คิดที่จะหันไปสนใจหรือไปทำอย่างอื่น เนื่องจากฤทธิ์ยา :
    - ใช้เวลามากขึ้นในการจัดหาหรือเสพยาหรือเพื่อจะฟื้นจากอาการเมายา
- ยังคงเสพยานั้นต่อไป ทั้งที่รู้ว่ามีผลเสียที่เป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น :
    - มีภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากเสพยาในปริมาณมากต่อเนื่องเป็นเวลานาน หรือมีความบกพร่องเกี่ยวกับสมองและความจำ

เครื่องมือคัดกรองการประเมินตนเองถึงผลการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด

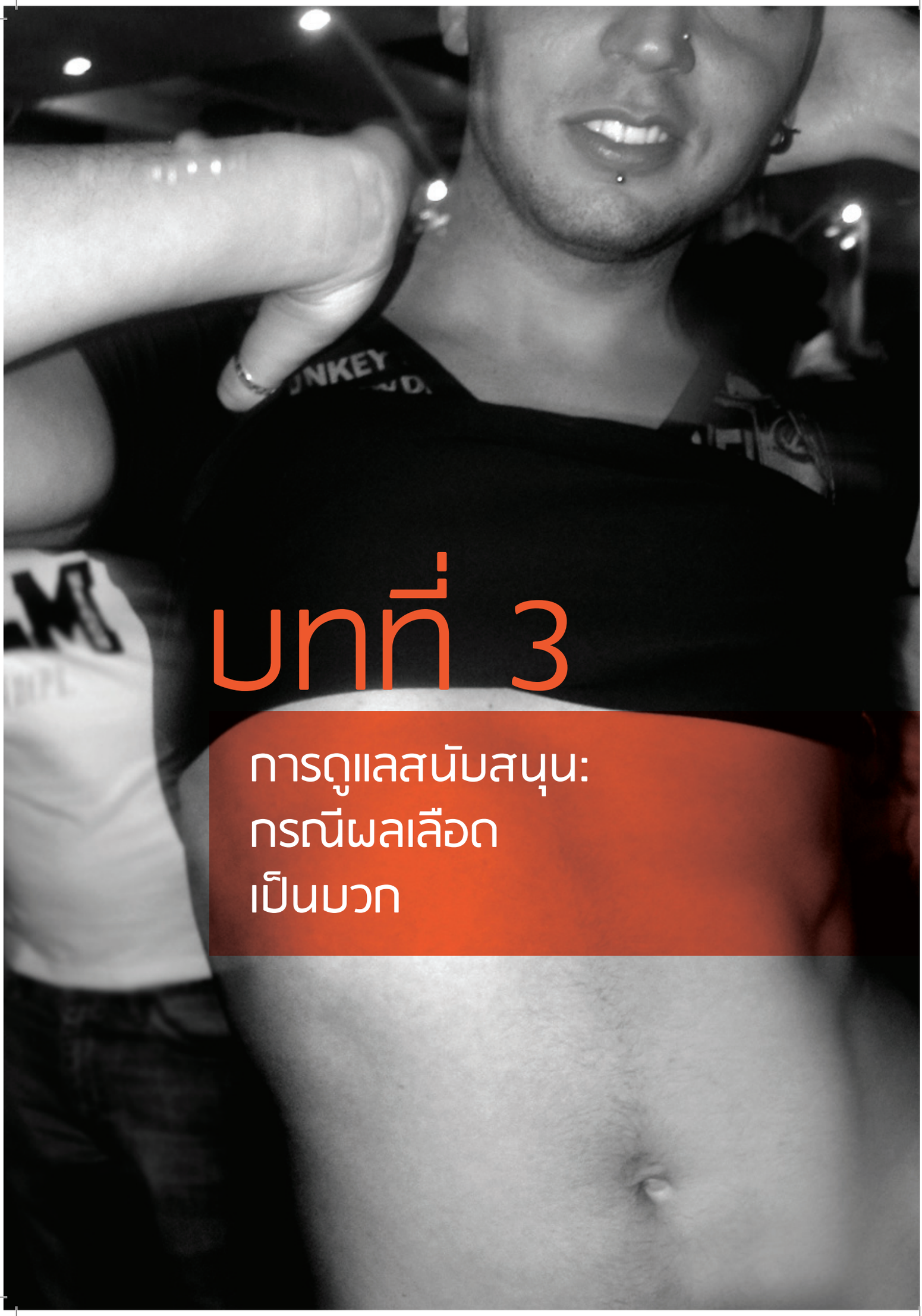
CAGE C = Cut Down, A = Annoyed, G = Guilty, E = Eye Opener

	ใช่	ไม่ใช่
1. คุณรู้สึกว่าคุณควรจะลดการใช้สารเสพติดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์	○	○
2. เคยมีใครทำให้คุณรู้สึกรำคาญด้วยการวิพากย์วิจารณ์คุณ เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดหรือการดื่มแอลกอฮอล์	○	○
3. คุณรู้สึกผิดหรือรู้สึกแย่เวลาที่คุณใช้สารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์	○	○
4. คุณเคยใช้สารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์ทันทีที่คุณตื่นนอนในตอนเช้า เพื่อให้สมองของคุณกระปรี้กระเปร่า หรือเพื่อทำให้คุณหายจากอาการเมาค้าง (แฮงค์)	○	○

หากตอบ “ใช่” 1-2 คำถาม = อาจจะเป็นปัญหาได้

หากตอบ “ใช่” 3-4 คำถาม = มีแนวโน้มสูงว่าเป็นปัญหา

*เจ้าหน้าที่ได้พูดคุยกับคุณเกี่ยวกับวิธีการรับมือหรือจัดการกับการใช้สารเสพติดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์	○	○



บทที่ 3

การดูแลสนับสนุน: กรณีผลเลือดเป็นบวก

ขั้นตอนที่ 2:
การดูแลสนับสนุน: กรณีผลเลือดเป็นบวก

ในช่วงแรกหลังจากผู้รับบริการทราบว่าผลเลือดเป็นบวก การดูแลของ Case Manager จะเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 คือ การดูแลสนับสนุนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ลดความกังวลและเตรียมการช่วยเหลือให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อได้เข้าสู่ระบบการรักษาและการดูแลตนเองเบื้องต้น โดยมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

1. Case Manager ควรเน้นการดูแลสนับสนุนทางจิตใจเป็นสำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้
   - ให้ผู้รับบริการได้ระบายความทุกข์ภายในจิตใจออกมา
   - ให้ผู้รับบริการรู้ว่า Case Manager ห่วงใย และพร้อมให้ความช่วยเหลือ ผู้รับบริการไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวเพียงลำพัง
   - ประเมินสภาวะจิตใจของผู้รับบริการว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้การดูแลทางจิตใจที่เหมาะสม
   - ประเมินความเป็นไปได้ในการทำร้ายตนเองของผู้รับบริการ และให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (รายละเอียดอยู่ในองค์ความรู้ท้ายบท)
2. ตอบคำถาม ข้อสงสัย และแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี
   - ในหลายกรณีผู้รับบริการอาจเกิดข้อสงสัย และความกลัวเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี Case Manager จำเป็นต้องให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้รับบริการคลายความกังวล ซึ่งสิ่งที่ผู้รับบริการอาจถาม มีดังนี้
     - ระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่
     - การรักษาในขั้นต่อไป
     - อาการของโรค
3. Case Manager ให้ความช่วยเหลือ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล
4. Case Manager ให้ช่องทางการติดต่อของตนเองกับผู้รับบริการ เช่น เบอร์โทรศัพท์, line, facebook เป็นต้น
   - กดเบอร์โทรออก หรือ add line ทันทีหลังได้รับข้อมูลจากผู้รับบริการ เพื่อตรวจทานข้อมูลที่จะใช้ติดต่อกลับ และเพื่อให้ข้อมูลของ Case Manager อยู่ในโทรศัพท์ของผู้รับบริการ เพราะหากเกิดปัญหาผู้รับบริการจะได้ติดต่อกลับเพื่อขอความช่วยเหลือได้
   - Case Manager ย้ำกับผู้รับบริการอีกครั้ง ให้ติดต่อกลับในทุกกรณีที่ผู้รับบริการเกิดคำถาม รู้สึกไม่สบายใจ เครียด ซึมเศร้า หรือวิตกกังวลไม่รู้จะปรึกษาใคร
   - ย้ำกับผู้รับบริการในกรณีเปลี่ยนแปลงเบอร์โทร ขอให้ติดต่อกับ Case Manager ด้วย

ระยะเวลาภายใน 48 ชั่วโมง

5. Case Manager จะต้องโทรติดต่อผู้รับบริการเพื่อเป็นการติดตามต่อเนื่อง
    - เพื่อให้ผู้รับบริการรู้ว่ามีคนคอยห่วงใย
    - ประเมินสภาวะทางจิตใจ และประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองของผู้รับบริการ
    - ชักชวนให้ผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการรักษาในขั้นตอนต่อไป
6. นัดวันเวลาที่แน่นอนกับผู้รับบริการ ในการไปตรวจ CD4

การดูแลสนับสนุนทางจิตใจ

ปฏิกิริยาต่อการรับรู้การติดเชื้อเอชไอวีของผู้รับบริการรายใหม่ที่แสดงออกในช่วงแรก คือ การมองว่าเรื่องดังกล่าวเป็นเสมือนข่าวร้ายที่สุดในชีวิต เป็นเรื่องที่ก่อให้เกิดความสูญเสีย และนำมาซึ่งผลกระทบต่างๆ หลังจากผ่านพ้นระยะเริ่มต้นรับรู้การติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ระยะต่อมาที่ผู้รับบริการต้องเผชิญ คือ ระยะเรื้อรังปลอดอาการ คือ ระยะที่ไม่มีอาการแสดงออกของโรคทางกาย แต่มีอาการแสดงออกทางจิตใจหลายประการที่ Case Manager ควรให้ความสำคัญ ซึ่งเป็นระยะที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อจะเกิดสภาวะสับสนหลายประการภายในตนเอง ซึ่ง Case Manager จะเป็นบุคคลสำคัญที่คอยช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาดังกล่าวไปได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลกระทบด้านจิตใจของการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเริ่มต้นรับรู้การติดเชื้อเอชไอวี (จุรีรัตน์, 2553 และกรมสุขภาพจิต, 2546)

ช่วงนี้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อรายใหม่จะมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้การติดเชื้อของตนเองในลักษณะที่หลากหลาย ซึ่งลักษณะการแสดงออกของผู้รับบริการที่ Case Manager ต้องรับมือนั้น แบ่งออกได้เป็นภาวะต่างๆ ดังนี้

a. ภาวะช็อค: เป็นภาวะที่ผู้รับบริการรับรู้ความจริงที่สะเทือนใจอย่างรุนแรง และกระทันหัน ทำให้ไม่สามารถปรับตัวปรับใจได้ทัน โดยจะมีการแสดงออก เช่น นิ่งอึ้งเป็นลม แสดงอารมณ์โกรธหรือเศร้าอย่างรุนแรง

b. ภาวะการปฏิเสธความจริง: เป็นภาวะที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อรายใหม่ ไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความกลัวผลกระทบต่างๆ ที่ต้องเผชิญกับตนเอง และยังไม่พร้อมที่จะแก้ไขหรือเกิดความอายที่ผู้อื่นอาจรู้ แสดงความรังเกียจ ไม่ยอมรับ หรือเกิดความรู้สึกผิดต่อการกระทำในอดีตของตน โดยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อของตนเองได้ หรือรู้สึกท้อแท้ต่อการไม่มีโอกาสหรือไม่มีเวลาเตรียมใจ การแสดงออกของผู้รับบริการในระยะนี้ มักจะแสดงออกเหมือนไม่ได้มีเหตุการณ์ผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น ไม่ยอมพูดแม้จะมีใครเปิดประเด็นนั้นขึ้นมา และแสดงออกว่าตนไม่พร้อมที่จะรับรู้อะไรที่เป็นข่าวร้าย ถ้ารู้ก็จะทำอะไรที่รุนแรงทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น

c. ภาวะโกรธ: เป็นภาวะที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อรายใหม่จำเป็นต้องยอมรับความจริง เพราะไม่อาจปฏิเสธได้ เนื่องจากเหตุผลแวดล้อมยืนยัน หรือถูกกดดันให้ต้องรับรู้ความจริงโดยไม่สมัครใจ การแสดงออกในระยะนี้จะออกมาในรูปแบบของการแสดงความไม่พอใจออกมาตรงๆ เช่น แสดงท่าทีไม่ร่วมมือ ไม่รับฟัง อาจเอะอะ ก้าวร้าว ร้องไห้ ไม่พูดไม่สบตา เป็นต้น

d. ภาวะต่อรอง: เป็นภาวะที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อรายใหม่ปฏิเสธความจริงในระดับที่ไม่รุนแรง ไม่ได้ปฏิเสธความเกี่ยวข้อง หรือความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หากแต่ปฏิเสธการยืนยันความจริง เช่น ผู้ติดเชื้ออาจยอมรับว่าตนเองมีความเสี่ยงอยู่บ้าง แต่เชื่อว่าการตรวจเลือดอาจจะมีโอกาสผิดพลาดได้ ระยะนี้มักจะแสดงออกในลักษณะของการสอบถามความน่าเชื่อถือของการตรวจแต่ละชนิด สอบถามโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ทั้งในแง่การเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ การตรวจ การแปลผล การแจ้งผล บางคนอาจเปลี่ยนที่ตรวจไปเรื่อยๆ หรือตรวจซ้ำแล้วซ้ำอีก

e. ภาวะซึมเศร้า: เป็นภาวะที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อรับรู้ความจริงมากขึ้น คือ ยอมรับว่าเกี่ยวข้องกับตน แต่อาจรู้สึกหมดหวังในการแก้ไข รู้สึกท้อแท้ที่ไม่มีเวลามากพอ หรือไม่รู้ว่าจะทำให้คนรอบข้างยอมรับได้หรือไม่อย่างไร สาเหตุอาจเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อมองไม่เห็นศักยภาพของตนเอง ไม่เข้าใจธรรมชาติของโรคที่ตนเป็นว่ามีการดำเนินโรคอย่างไร ไม่เคยคิดที่จะขอความช่วยเหลือเนื่องจากตนไม่เคยพึ่งคนอื่น ไม่รู้ว่ามีแหล่งขอความช่วยเหลือหรือไม่อยู่ที่ใดบ้าง ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่อยู่ในระยะนี้มักแสดงออกในลักษณะต่างๆ เช่น เก็บตัว อ่อนเพลีย ทำงานไม่ไหว เบื่ออาหาร น้ำหนักลดเร็ว ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว หลงลืมง่าย เป็นต้น

f. ภาวะการยอมรับ: เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อยอมรับความจริงจนสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมีระยะเวลานานพอ จนทำให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อสามารถปรับตัวได้หรือได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ ระยะนี้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อมักแสดงออกในลักษณะอารมณ์ที่สงบลง สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามปกติ

ทัศนคติ บทบาท และเทคนิค ของ Case Manager ในการทำหน้าที่ดูแลสนับสนุนผู้รับบริการ หลังผู้รับบริการทราบว่าตนเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ทัศนคติของ Case Manager:

- Case Manager จะต้องมีความเข้าใจพื้นฐานว่าการรับทราบผล และการปรับใจให้ยอมรับการอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องใหญ่ที่มีความสำคัญกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

- Case Manager จะต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงสภาวะอารมณ์ต่างๆ ของผู้รับบริการที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้รับบริการต้องเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบาก เป็นวิกฤตครั้งสำคัญในชีวิต (ดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ข้างต้น)

บทบาท และเทคนิคของ Case Manager:

บทบาทของ Case Manager ที่แสดงออก ควรเต็มไปด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้รับบริการเมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ดังกล่าว โดยใช้สายตาที่อ่อนโยน คำพูดที่แสดงออกถึงความเข้าใจ และการสัมผัสเบาๆ เพื่อให้กำลังใจกับผู้รับบริการ

Case Manager จะต้องทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอุ่นใจและรับรู้ว่าตนไม่ได้เผชิญสถานการณ์ดังกล่าวเพียงลำพัง สามารถแสดงออกโดย เป็นเพื่อนอยู่ข้างๆ และให้เวลาผู้รับบริการค่อยๆ ปรับตัวปรับใจเพื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์นั้นๆ อาจใช้เทคนิคการเล่าเรื่องจากประสบการณ์ตรงของ Case Manager หรือประสบการณ์ในการทำงานกับผู้รับบริการรายอื่นๆ เพื่อให้ผู้รับบริการตระหนักว่าตนไม่ใช่คนเดียวในโลกที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์นี้

การตรวจสอบความรู้สึกของผู้รับบริการ เมื่อ Case Manager ให้เวลากับผู้รับบริการสักพักแล้ว Case Manager ควรตั้งคำถามปลายเปิด เพื่อสอบถามความคิดความรู้สึกของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการให้ผู้รับบริการได้ระบายความอัดอั้น และความทุกข์ที่เกิดขึ้นภายในออกมา เช่น ตอนนี้รู้สึกยังไงบ้าง กำลังคิดอะไรอยู่ เป็นต้น โดยเทคนิคการตั้งคำถามนี้จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ Case Manager ได้ประเมินและเห็นถึงสภาวะภายในของผู้รับบริการเพื่อป้องกันในกรณีผู้รับบริการกล่าวโทษ รู้สึกผิดและอยากทำร้ายตนเอง ซึ่งหากเกิดกรณีดังกล่าวขึ้น Case Manager จะต้องหว่านล้อมไม่ให้ผู้รับบริการอยู่คนเดียว แต่อาจให้ไปอยู่กับเพื่อนกับครอบครัวแทนเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองที่อาจเกิดตามมา

การติดตามต่อเนื่อง เมื่อแยกจากผู้รับบริการแล้ว Case Manager ควรจะโทรติดตามผู้รับบริการ โดยสอบถามถึงเรื่องทั่วไป เช่น ตอนนี้ถึงบ้านหรือยัง อยู่กับใครบ้าง เพื่อตรวจสอบถึงความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และในขณะเดียวกันก็เป็นการแสดงออกถึงความเป็นห่วงเป็นใยที่มีให้กับผู้รับบริการอีกด้วย

การสร้างพันธสัญญา: ในบางกรณีที่ผู้รับบริการยังจมอยู่ในความรู้สึกต่างๆ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น Case Manager อาจใช้วิธีการสร้างช่องทางหรือสร้างพันธสัญญาร่วมกัน เช่น บอกให้ผู้รับบริการรู้ว่าเราเป็นห่วง และหากผู้รับบริการเกิดรู้สึกไม่ดีมากๆ ก่อนที่จะตัดสินใจทำอะไรลงไป ให้ผู้รับบริการสัญญาว่าจะติดต่อกลับมาที่ Case Manager ทันที คำมั่นสัญญา เหล่านี้จะเป็นสิ่งสำคัญ สร้างแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้กับผู้รับบริการได้ ในช่วงเวลาที่ผู้รับบริการรู้สึกเคว้งคว้าง ไม่เหลือใคร ซึ่งการกระทำดังกล่าวสามารถช่วยลดช่องว่างที่อาจเกิดการทำร้ายตนเองของผู้รับบริการได้

หลัก และวิธีประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองของผู้รับบริการ (FHI 360, 2555)

อาการที่แสดงออกถึงความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง คือ อาการของโรคซึมเศร้า เป็น “ภาวะความเครียดในจิตใจ” ซึ่งภายนอกจะแสดงอาการกระวนกระวายหรือชอบเก็บตัวอยู่เงียบๆ คนเดียว อย่างไรก็ตามผู้ที่มีอาการซึมเศร้าแต่ละคนก็จะมีอาการและระดับความรุนแรงแตกต่างกันออกไป ได้แก่

- มีอาการเศร้า วิตกกังวล ไร้อารมณ์หรือความรู้สึก
- รู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย
- รู้สึกผิด ไร้ค่า ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- ไม่มีความสนใจ หรือไม่อยากทำงานอดิเรก หรือกิจกรรมที่เคยชอบมาก่อน รวมถึงการไม่มีเพศสัมพันธ์
- รู้สึกไม่มีแรง และอ่อนเพลีย
- ไม่มีสมาธิ ความจำแย่ลง และการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ช้าลง
- นอนไม่หลับ ตื่นนอนเร็ว หรือนอนหลับมากเกินไป
- เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด หรือกินเยอะขึ้นจนน้ำหนักเพิ่มขึ้น
- กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ฉุนเฉียวง่าย
- มีอาการป่วยทางร่างกายที่รักษาไม่หาย เช่น ปวดศรีษะ อาหารไม่ย่อย และมีอาการปวดเรื้อรัง
- มีประสบการณ์ในในการทำร้ายตนเอง
- คิดเรื่องความตาย หรือพยายามทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยง/แนวโน้มการฆ่าตัวตาย

- ค้นหาว่าผู้รับบริการมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่ และความคิดนั้นเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด
- หาข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนฆ่าตัวตาย (เช่น มีการยกทรัพย์สินให้ผู้อื่น) มีแผนการที่เฉพาะเจาะจง และวิธีที่จะใช้ฆ่าตัวตาย (ยานอนหลับ, ปืน ฯลฯ)
- รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยายามจะฆ่าตัวตายในอดีต โดยอาจใช้การตั้งคำถามว่า “เหตุการณ์การทำร้ายตนเองในอดีตเป็นการทำด้วยความหุนหันพลันแล่น หรือมีการวางแผน หรือทำเพราะฤทธิ์ของยาเสพติดหรือเมาสุรา” “การพยายามทำร้ายตนเองในครั้งนั้นทำให้ชีวิตของคุณเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง” “คนอื่นรู้สึกอย่างไรบ้างที่คุณเคยพยายามฆ่าตัวตาย”
- ตรวจสอบดูประวัติว่าผู้รับการปรึกษามีอาการของโรคซึมเศร้าหรือไม่ (หน้า 51)
- สอบถามถึงปัญหาอื่นๆ เพราะปัญหาที่เกิดกับผู้รับบริการอาจไม่ได้มาจากการติดเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียว ผู้รับบริการมักมีปัญหาอื่นๆ ด้วย
- ถามว่าอะไรที่จะทำให้ผู้รับบริการเปลี่ยนใจ และต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป
- บอกผู้รับบริการให้คิดถึงผลกระทบที่คนอื่นจะได้รับหากเขา/เธอฆ่าตัวตาย บ่อยครั้งที่ผู้รับบริการมักคิดว่าหากเขา/เธอตายไปคงจะทำให้คนอื่นโล่งใจ ซึ่ง Case Manager จะต้องพูดให้เข้าใจว่าความจริงไม่ได้เป็นอย่างที่เขา/เธอคิด
- จัดทำแผนการจัดการ และกำหนดเป้าหมายให้ผู้รับบริการปฏิบัติตาม
- บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และให้คะแนนระดับความเสี่ยง/แนวโน้มคิดฆ่าตัวตาย

การดูแลสนับสนุนทางสังคม

การเข้าถึงสิทธิบริการทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ Case Manager จำเป็นต้องให้ข้อมูลกับผู้รับบริการ เพราะในปัจจุบันมีผู้รับบริการเป็นจำนวนมากไม่รู้ถึงสิทธิการรักษาด้านสุขภาพของตนเอง การดูแลทางสังคมในส่วนของสิทธิการรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะการดูแลรักษาเอชไอวี เป็นการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

• วิธีการเข้าถึงสิทธิของระบบบริการสุขภาพ

สามารถแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ คือ (มูลนิธิเดอะพอสโฮมเซ็นเตอร์, 255 - และนิติศักดิ์, 2557)

1. **ผู้รับบริการบางรายไม่รู้สิทธิการรักษาของตนเอง**
   เช่น ไม่เคยใช้สิทธิการรักษามาก่อน หรือบางรายมีสิทธิการรักษาอยู่ในต่างจังหวัด เป็นต้น

   <u>วิธีการช่วยเหลือ</u>

   a. ตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กับผู้รับบริการ (อ้างอิง: เว็บไซต์การตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ http://www.nhso.go.th/peoplesearch)
   b. ในกรณีสิทธิอยู่ต่างจังหวัด หรือไม่สะดวกในการเข้ารับบริการตามสิทธิเดิม Case Manager จะช่วยให้ผู้รับบริการดำเนินการย้ายสิทธิต่างๆ โดยใช้เอกสาร ดังนี้
      - สำเนาสัญญาเช่าห้อง ที่ระบุชื่อผู้รับบริการ หรือชื่อเพื่อนที่เป็นผู้เช่า (กรณีเพื่อนเป็นผู้เช่า เพื่อนต้องลงชื่อรับรองการอาศัยอยู่ร่วมด้วย) และให้เจ้าบ้านเป็นผู้ยืนยันสิทธิให้
      - สำเนาทะเบียนบ้าน
      - สำเนาบัตรประชาชน (กรณีเป็นชื่อเพื่อน ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนเพื่อนด้วย)
   c. Case Manager จะพาผู้รับบริการไปติดต่อ เพื่อขอย้ายสิทธิได้ทุกสำนักงานเขต แต่ก่อนดำเนินการเรื่องดังกล่าว Case Manager ต้องโทรตรวจสอบก่อนว่า ที่สำนักงานเขตนั้นๆ มีเจ้าหน้าที่ของ สปสช. ทำการอยู่หรือไม่
   d. เมื่อไปติดต่อของยื่นเอกสารแล้ว ทางเจ้าหน้าที่จะให้เลือกสถานพยาบาลตามเขตที่พักอาศัย (ตามเขตที่ตั้งของห้องเช่า) ในกรุงเทพฯ สิทธิการรักษาจะขึ้นทุกวันที่ 15 และวันที่ 28 ของทุกเดือน (อ้างอิง: เว็บไซต์สถานพยาบาลตามเขตที่พักอาศัย http://bkk.nhso.go.th/pp/stat/mcupmap.php)
   e. โทรตรวจสอบสิทธิได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1330
   f. เมื่อได้สิทธิแล้ว Case Manager จะพาผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาตามสิทธิ โดยไปติดต่อที่หน่วยปฐมภูมิก่อน (เช่น รพสต. ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกอบอุ่น เป็นต้น) เพื่อให้แพทย์ที่ปฐมภูมิพิจารณาแล้วจึงทำเรื่องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทุติยภูมิ (เช่น โรงพยาบาลที่ส่งต่อ) ในการดูแลต่อไป

2. **ผู้รับบริการที่มีสิทธิการรักษาอยู่แล้ว**

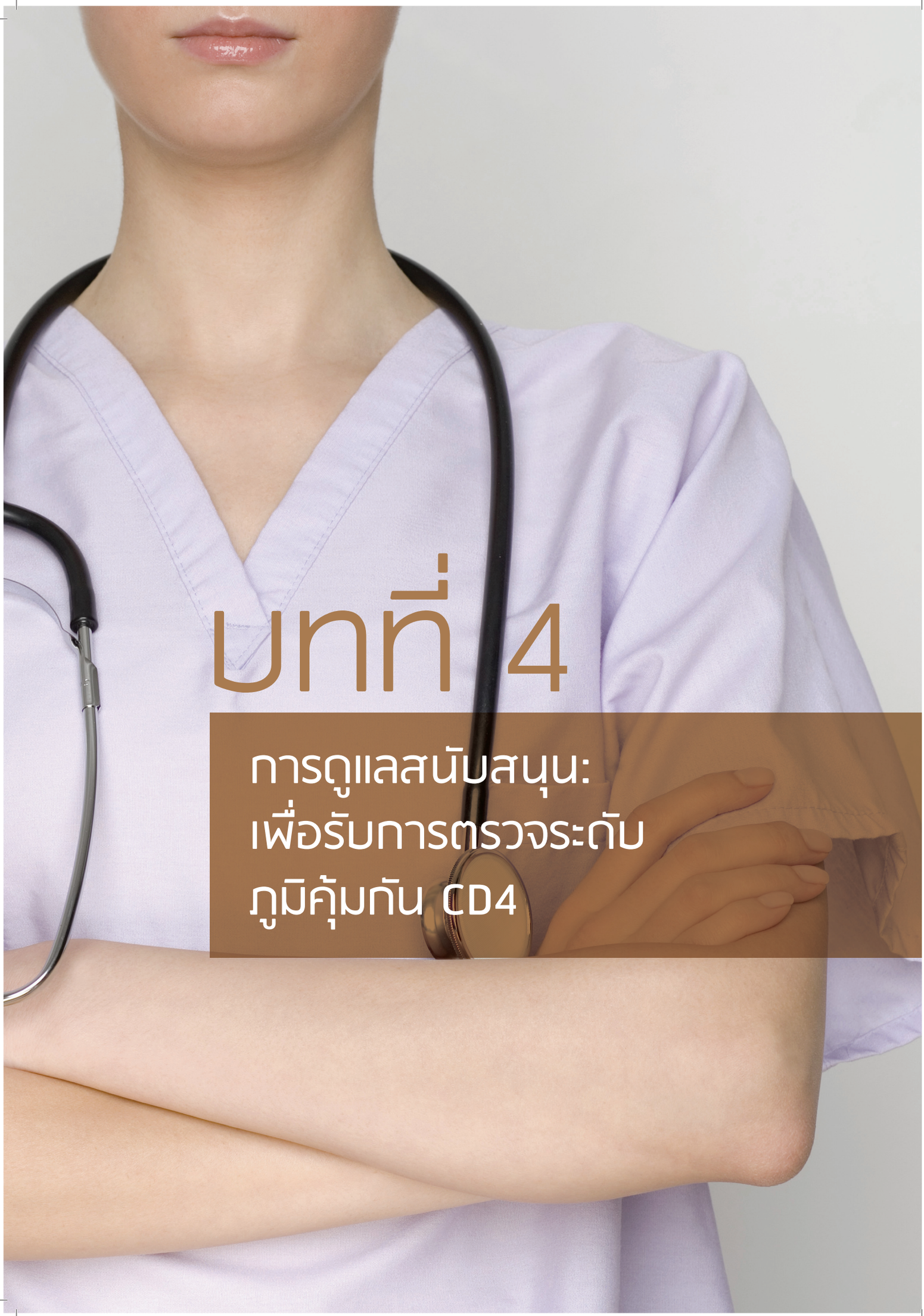
<u>วิธีการช่วยเหลือ</u>

a. ตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กับผู้รับบริการ (อ้างอิง: เว็บไซต์สถานพยาบาลตามเขตที่พักอาศัย http://bkk.nhso.go.th/pp/stat/mcupmap.php) เพื่อให้ทราบว่าปัจจุบันผู้รับบริการมีสิทธิการรักษาอยู่ที่ใด
   - กรณีผู้รับบริการสะดวกใช้สิทธิเดิม Case Manager สามารถพาผู้รับบริการเข้าสู่สิทธิการรักษาได้ทันที
   - กรณีผู้รับบริการไม่สะดวก และต้องการย้ายสิทธิ สามารถทำได้ตามรายละเอียดดังนี้

b. กรณีย้ายสิทธิ
   - ในกรณีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
     i. หากย้ายสิทธิจากต่างจังหวัดเข้ากรุงเทพฯ (ทำตามรายละเอียดที่กล่าวไว้ข้างต้น)
     ii. หากต้องการย้ายที่อยู่จากกรุงเทพฯ ออกไปอยู่ต่างจังหวัด (ถาวร) สามารถทำได้ดังนี้ (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)
   - ทำเรื่องย้ายทะเบียนบ้านโดยนำทะเบียนบ้าน และเจ้าบ้านไปด้วย และในวันเดียวกันนั้นสามารถทำเรื่องย้ายสิทธิได้เลย
   - เจ้าบ้านที่อยู่ในอำเภอนั้นๆ รับรองสิทธิให้ (ในบางพื้นที่ต้องย้ายชื่อผู้รับบริการเข้าไปในทะเบียนบ้านเพื่อให้ได้สิทธิการรักษา)
   - ในกรณีบัตรประกันสังคม
     i. สามารถย้ายสิทธิได้ภายในวันที่ 1 ม.ค. - 31 มี.ค. ของทุกปี
     ii. ในกรณีที่ทางบริษัทเลือกโรงพยาบาลให้ ให้เราแจ้งความประสงค์กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลว่าเราต้องการใช้สิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลไหน เพื่อเปลี่ยนสิทธิการรักษา
     iii. กรณีว่างงานผู้รับบริการสามารถใช้สิทธิได้ถึง 6 เดือน หรือผู้รับบริการสามารถขอยกเลิกสิทธิบัตรประกันสังคม และย้ายสิทธิไปรับบริการในระบบบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้
   - กรณีต้องการย้ายสิทธิการรักษาระหว่างปี
     i. กรณีที่ย้ายงาน สามารถแจ้งได้ที่ฝ่ายบุคคลในเรื่องการย้ายโรงพยาบาล
     ii. กรณีที่ไม่ได้ย้ายงานแต่ย้ายที่อยู่อาศัย สามารถไปแจ้งเรื่องการย้ายสิทธิได้ที่สำนักงานประกันสังคม โดยใช้เอกสารการเช่าห้อง/ที่อยู่อาศัย เป็นเอกสารประกอบการทำเรื่อง
     iii. ในกรณีไม่ได้ย้ายงาน และไม่ได้ย้ายที่อยู่อาศัย จะไม่สามารถย้ายสิทธิการรักษาได้ จะต้องรอให้ถึงรอบปีคือ เดือนมกราคม-เดือนมีนาคม ของปีถัดไป
     iv. ในกรณีย้ายสิทธิแล้ว ผู้รับบริการจะต้องขอประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลเดิมที่รักษาอยู่ เพื่อใช้เป็นเอกสารการส่งต่อ ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ สิ่งที่ต้องเตรียม คือ
       - ประวัติการรักษา (หากมี)
       - ใบส่งต่อ
       - บัตรประชาชน

3. **โทรตรวจสอบสิทธิการรักษาได้ที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โทร 1330** หรือสำนักงานประกันสังคมแห่งชาติ 1506

4. **เมื่อได้สิทธิแล้ว** Case Manager จะพาผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาตามสิทธิ โดยไปติดต่อที่หน่วยปฐมภูมิก่อน (เช่น รพสต. ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกอบอุ่น เป็นต้น) เพื่อให้แพทย์ที่ปฐมภูมิพิจารณา แล้วจึงทำเรื่องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทุติยภูมิในการดูแลต่อไป (เช่น โรงพยาบาลที่ส่งต่อ)



บทที่ 4

การดูแลสนับสนุน: เพื่อรับการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน CD4

ขั้นตอนที่ 3: การดูแลสนับสนุนเพื่อรับการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน CD4

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะการยินยอมมาตรวจ CD4 เป็นสิ่งที่แทนการยอมรับภาวะการอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และแสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการเกิดความไว้ใจ และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง ในขั้นตอนนี้ Case Manager จะต้องให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้รับบริการเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการตรวจ และการติดตามระดับ CD4 อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พบว่าผู้รับบริการจำนวนมากหายออกจากระบบการรักษาหลังจากตรวจวัดระดับ CD4 ไปในครั้งแรก ดังนั้น Case Manager จะต้องติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

การดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคมโดย Case Manager:

กรณี: ผู้รับบริการมีระดับ CD4 สูง

ในกรณีของผู้รับบริการที่มีระดับ CD4 สูง มักจะเข้าใจว่าตนเองยังแข็งแรง ส่งผลให้ผู้รับบริการกลุ่มนี้ชะล่าใจและไม่กลับมาตรวจ CD4 ซ้ำ ในการศึกษาจากงานภาคสนามพบว่าผู้รับบริการหลายรายที่หายไปในช่วงเวลาดังกล่าวจะกลับมาพบ Case Manager อีกครั้ง เมื่อตนเองมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส และมี CD4 ในระดับที่ต่ำมากแล้ว ด้วยเหตุผลนี้ Case Manager จึงต้องกระตุ้นให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความจำเป็นในการมาตรวจระดับ CD4 อย่างสม่ำเสมอ ในขณะเดียวกันก็ต้องตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการ และให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องการคงระดับ CD4 ให้สูงต่อไป การทำงานของ Case Manager มีรายละเอียดดังนี้

1. Case Manager สอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับระดับ CD4 ของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง
   a) ให้ข้อมูล และความรู้กับผู้รับบริการเกี่ยวกับระดับ CD4 และ VL (Viral Load)
   b) ให้แนวทางในการดูแลตนเองเพื่อเพิ่ม และคงระดับ CD4
2. แจ้งสิทธิประโยชน์การรักษาให้ผู้รับบริการทราบ
   a. สิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี / เอดส์ ตามระเบียบสำนักหลักประกันสุขภาพ ดังรายละเอียดเนื้อหาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมในบทที่ 8 (หน้า 97-102) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางในการดูแลดังตาราง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

(สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2557)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เมื่อทราบว่าติดเชื้อครั้งแรก	ในปีแรก	ในปีต่อๆ ไป	หมายเหตุ
ระดับ CD4	ระดับ CD4	ที่ 6 และ 12 เดือน	ที่ 6 และ 12 เดือน จนกว่า CD4 > 350 cells/mm3 และ VL < 50 copies/mL ให้ตรวจ ปีละ 1 ครั้ง	ระดับ CD4
ปริมาณไวรัส VIRAL LOAD	ระดับ CD4	ที่ 3 และ 6 เดือน หลังเริ่มยา	ถ้า VL < 50 copies/mL ให้ตรวจปีละ 1 ครั้ง ถ้า VL ≥ 50 copies/mL ให้พิจารณาเรื่องการดื้อยาและปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ	ควรตรวจทุกครั้งก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนสูตรยา อันเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยา

3. Case Manager ให้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการมาตรวจระดับ CD4 ทุก 6 เดือน โดยให้มองว่าการตรวจ CD4 เหมือนกับการตรวจความแข็งแรงของร่างกายที่ผู้รับบริการจำเป็นต้องตรวจเป็นประจำ

a) Case Manager เน้นการสื่อสารตามความเป็นจริง เน้นการป้องกัน และดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ก่อนที่จะมีโรคฉวยโอกาส อาจยกตัวอย่างประกอบ

ให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการมาตรวจ CD4

"ตรวจ CD4 ก็เหมือนการตรวจร่างกาย คือ มาดูว่าสุขภาพร่างกายเรายังแข็งแรงไหม มีโรคมีอะไรที่ต้องคอยดูแลเป็นพิเศษหรือไม่ ซึ่งการตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ก็คือการตรวจดูระดับภูมิคุ้มกันของเราว่าเป็นอย่างไร เพื่อที่จะได้ดูแลตัวเองต่อได้อย่างถูกต้อง"

ผลกระทบหากละเลยการตรวจ CD4

"ผู้รับบริการที่ละเลยไม่มาตรวจติดตาม บางคนมาเจออีกครั้งตอนอาการไม่ดีแล้ว มีตุ่มตามตัว มีโรคฉวยโอกาสต่างๆ รุมเร้า เพราะไม่ดูแลตัวเอง พอมาเจอตอนอาการหนักภูมิต่ำ ก็ต้องรักษากันหลายโรค จริงๆ แล้วเอชไอวีจะไม่น่ากลัวเลย ถ้าเราหมั่นดูแลตัวเองอย่างสม่ำเสมอ เราก็จะมีชีวิตที่ดี แข็งแรงเหมือนปกติ บางคนถ้าดูแลตัวเองดีๆ แข็งแรงมากกว่าคนปกติก็มี

b) Case Manager ควรมีวิธีการติดตามเพื่อรักษาสัมพันธภาพ และป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการหายไปจากระบบการรักษา

4. บันทึกวันนัดหมาย หลังจากตรวจครั้งแรก 3 หรือ 6 เดือน แล้วแต่ระดับ CD4 ของผู้รับบริการแต่ละราย
   a) Case Manager กับผู้รับบริการ ควรทำข้อตกลงร่วมกันถึงวิธีการติดต่อระหว่างกัน
   b) ให้ผู้รับบริการบันทึกข้อมูลเพื่อเตือนตนเองในการมาตรวจ CD4 อีกครั้ง โดยใช้ชื่อเฉพาะที่รู้กันเอง เช่น วันที่ 3 มีนาคม 2558 “ครบกำหนดตรวจร่างกาย (2/2)” เป็นต้น
   c) Case Manager บันทึกข้อมูลของตนเช่นกัน โดยเลือกวันที่ช้ากว่าผู้รับบริการ 1 วัน ในการโทรติดตามให้ผู้รับบริการมาตรวจระดับ CD4 อีกครั้ง เช่น วันที่ 4 มีนาคม 2558 “Confirm คุณโอม เบอร์โทร..... มา CD4 รอบ2”

5. Case Manager ชวนผู้รับบริการทบทวนวางแผนชีวิตทั้งแผนระยะสั้น และระยะยาวว่าผู้รับบริการวางแผนการในชีวิตหลังจากนี้อย่างไร
   i. การดูแลสุขภาพ
   ii. อาชีพ และรายได้
   iii. การเปิดเผยสถานะ
   iv. ความรัก และความสัมพันธ์

หลังจากผ่านไป 6 เดือน

6. Case Manager โทรติดตามผู้รับบริการ เพื่อช่วยเตือนให้เข้าสู่บริการการตรวจ CD4 อีกครั้ง
   a) สอบถามผู้รับบริการก่อนว่ารู้ไหมว่าวันนี้โทรมาเพราะอะไร และแจ้งให้ทราบเหตุผลการโทรว่า เพื่อตรวจสอบว่าระบบการเตือนปกติที่ผู้รับบริการใช้อยู่ยังคงทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ และเป็นการช่วยฝึกวินัยในการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ
   b) สอบถามถึงการวางแผนการไปตรวจ CD4 อีกครั้งของผู้รับบริการ
   c) สอบถามความสมัครใจว่าอยากให้ Case Manager ไปเป็นเพื่อนด้วยหรือไม่อย่างไร
      i. กรณีไปด้วยกัน ให้นัดแนะวันเวลา และสถานพยาบาลที่สะดวก
      ii. กรณีผู้รับบริการไปด้วยตนเอง Case Manager จะติดตามผลทางโทรศัพท์แทน โดยโทรติดต่อในเวลาที่ผู้รับบริการสะดวกหรือได้ตกลงกันไว้

7. แนะนำ Application แจ้งเตือนให้กับผู้รับบริการทราบ และสามารถเข้าถึงบริการออนไลน์ต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ และสร้างความสะดวกสบายในการใช้ชีวิต

กรณี: ผู้รับบริการมีระดับ CD4 ต่ำกว่า 500

ผู้รับบริการกลุ่มนี้อาจจะมีทัศนคติแง่ลบ กลัวการเข้าสู่ระบบการรักษา ทำให้ผู้รับบริการหลายคนหายไปจากระบบ ในกรณีนี้ Case Manager จะต้องใช้ทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเริ่มจากการประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการต่อการรับยาต้าน ความเข้าใจเรื่องการติดเชื้อ และผลกระทบจากการมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ ประเมินความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก MI แล้วจึงสะท้อน และให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงความจำเป็นของการรับยาต้าน แต่อย่างไรก็ตามผู้รับบริการที่เห็นถึงความสำคัญของการรับยาต้านอาจยังไม่ตัดสินใจรับยาต้านเลย เพราะอาจมีความลังเลใจหลายประการ

กรณีผู้รับบริการที่มีความลังเลใจ Case Manager ควรให้ความช่วยเหลือโดยการตรวจสอบถึงความกังวลของผู้รับบริการต่อการรับยาต้าน กระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบข้อดี และข้อเสียของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเดิมกับพฤติกรรมใหม่ ซึ่งในที่นี้คือ การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการไม่รับยาต้าน กับข้อดีข้อเสียของการรับยาต้าน ดังตัวอย่างในตาราง

กลยุทธ์การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการรับยาต้าน

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง	กลยุทธ์ที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม		
ขั้นไม่เห็นปัญหาหรือไม่คิดจะเปลี่ยนแปลง ผู้รับบริการไม่เห็นความสำคัญของการกินยาต้าน "ผมว่ายังไม่ถึงเวลาที่ต้องกินยาต้าน"	**ใช้วิธีเล่าเรื่อง:** เล่าประสบการณ์ของคนอื่นที่คล้าย ๆ กันที่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองได้สำเร็จ • มีผู้รับบริการคนหนึ่งที่.....	**ให้ข้อมูล:** แล้วแต่สถานการณ์ของแต่ละคน • คุณรู้เกี่ยวกับเรื่อง.....? • คุณอยากรู้เกี่ยวกับ....?	**พูดคุยเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพ:** พฤติกรรมของผู้รับบริการส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเองอย่างไรบ้าง • คุณคิดไหมว่าการกินยาจะมีส่วนช่วยคุณมีสุขภาพแข็งแรง มีอายุยืนยาวได้
ขั้นเริ่มคิดที่จะเปลี่ยน ผู้รับบริการเริ่มเห็นประโยชน์ที่จะได้จากการเริ่มกินยาต้าน แต่ยังไม่แน่ใจว่าจะเริ่มดีหรือไม่ "ผมกังวลอยู่ว่ายังไม่ได้เริ่มกินยาต้าน แต่ว่า...."	**ค้นหาว่าทำไมจึงยังลังเล/เสนอทางเลือก:** ช่วยผู้รับบริการในการคิดพิจารณาว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไรทำให้เค้าลังเลที่จะกินยา • คุณกังวลเรื่องอะไรหากต้องกินยาต้าน?	**พูดคุยถึงข้อดี & ข้อเสีย:** ค้นหาสิ่งที่จะช่วยให้ผู้รับบริการพิจารณาตัดสินใจได้ง่ายขึ้น ผู้รับบริการมองเห็นข้อดี ข้อเสียของการกินยาอย่างไร • คุณคิดว่าการกินยามีข้อดีและข้อเสียอย่างไร? **เสริมความมั่นใจ:** **หมอเห็นคุณรักษาสุขภาพ** • หมอเห็นคุณรักษาสุขภาพออกกำลังกายสม่ำเสมอ คุณคิดว่าการกินยาจะมีส่วนช่วยเรื่องสุขภาพอย่างไรบ้าง	**พูดคุยเรื่องพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาพพจน์:** • คุณทำงานหนักเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เพื่อให้ลูกของคุณได้เรียนหนังสือ ถ้าคุณป่วยเพราะคุณไม่กินยา คุณจะทำงานได้อย่างไร
ขั้นตัดสินใจเตรียมการ ผู้รับบริการพร้อมที่จะเริ่มยาต้าน "ผมอยากเริ่มกินยาต้าน"	**ช่วยเริ่มต้น/วางแผน:** ช่วยผู้รับบริการวางแผนที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม • ช่วยผู้รับบริการวางแผนการกินยาให้เหมาะกับ วิถีชีวิตประจำวัน • ซักซ้อม การกินยาในกรณีมีอุปสรรคต่อการกินยารูปแบบต่างเกิดขึ้น	**กระตุ้นให้เห็นความสามารถของตัวเอง, มีความมั่นใจ, ฝึกทักษะ และ เริ่มทำอย่างแรก:** • ฝึกซ้อมการกินยา ด้วยการใช้ยาปลอมหรือเม็ดวิตามิน • ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการกินยาไม่ต่อเนื่องทำให้เชื้อดื้อยาและเชื้อที่ดื้อยาสามารถถ่ายทอดสู่คนอื่นได้ ผ่านการมีเพศสัมพันธ์/การใช้เข็มร่วมกัน	**ช่วยเหลือและส่งต่อ:** • ช่วยให้ผู้รับบริการมีผู้ที่สามารถคอยให้กำลังใจ คอยสนับสนุน เช่น เพื่อน ครอบครัว หรืออาสาสมัครในชุมชน กลุ่มเพื่อนผู้ติดเชื้อ เพื่อคอยช่วยเหลือให้ผู้รับบริการกินยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
ขั้นลงมือทำ ผู้รับบริการเริ่มกินยาต้าน "ผมเริ่มกินยาต้านแล้ว"	**ช่วยเหลือต่อเนื่อง:** คู่ชีวิต เพื่อน ครอบครัว • ช่วยเตือนเรื่องการกินยา • ช่วยในการวางแผน ก้าวผ่านอุปสรรคแก้ปัญหาให้สามารถกินยาได้ต่อเนื่อง	**เสนอทางเลือก:** หากผู้รับบริการได้รับผลข้างเคียงจากการทานยา • ช่วยให้คำแนะนำในการดูแลเมื่อเกิดจากอาการข้างเคียงจากยาต้าน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น	**ติดตาม:** ติดตามว่าผู้รับบริการกินยาต้านแล้วเป็นอย่างไรบ้าง • ประเมินว่าผู้รับบริการกินยาได้ตรงเวลาสม่ำเสมอหรือไม่ ในทุกครั้งที่พบผู้รับบริการ • ส่งปรึกษา ในกรณีที่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านมาก
ขั้นทำต่อเนื่อง ผู้รับบริการเริ่มคิดวางแผนล่วงหน้าประมาณการสิ่งที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการกินยา "ผมคาดการณ์ว่า อาจมีสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการกินยาและผมได้หาวิธีคิดแก้ไขเตรียมตัวไว้แล้ว"	**ช่วยเตรียมผู้รับบริการให้ระวังว่าอาจหวนกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมอีก** • ช่วยผู้รับบริการคิดว่ามีสิ่งใดบ้างที่อาจจะ "กระตุ้น" ให้หวนกลับไปไม่กินยา แล้วเขามีวิธีการในการเตรียมการในการรับมืออย่างไร **ให้รางวัล:** หากสามารถกินยาได้ต่อเนื่อง	**เสนอทางเลือก:** หากลืมกินยาต้าน • หากลืมกินยา ควรรีบกินภายใน 30 นาที จากเวลาที่กำหนดไว้ • ถ้าลืมกินยาแล้ว ให้กินทันทีที่นึกออก และถ้าหากตอนที่นึกออกอยู่ห่างจากกำหนดที่จะต้องกินยามื้อถัดไปไม่เกิน 2 ชั่วโมง ก็ควรงดยามื้อที่ลืม และให้กินยามือถัดไปตามเวลาที่กำหนดไว้[1]	**หาทางช่วยเหลือ:** ให้เพื่อนที่มีประสบการณ์ช่วย • มีใครเคยมีประสบการณ์การกินยาและสามารถช่วยเตือนให้คุณกินยาได้ตรงเวลาหรือไม่ **เป็นแบบอย่างที่ดี:** สนันสนุนให้ผู้รับบริการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้อื่นเพราะสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองได้สำเร็จ Keep to your timetable?
การหวนกลับไปมีพฤติกรรม แบบเดิม ผู้รับบริการอาจกลับไปมีปัญหากินยาได้ไม่สม่ำเสมอตรงเวลา "ผมลืมกินยาครั้งนี้ แต่ก็..."		**เน้นการป้องกันไม่ให้สิ่งนั้นเกิดขึ้นอีก:** • ทบทวนแผนและสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะสามารถกินยาต้านตามแพทย์ได้ตรงเวลาสม่ำเสมอ	**ทบทวนและแก้ไขแผน:** ทบทวนสิ่งใดที่ทำได้และสิ่งใดที่ทำไม่ได้ • การลืมกินยาไม่ได้หมายความว่าเราล้มเหลว แต่หมายความว่าเราต้องทบทวน
ขั้นสำเร็จ	**ผู้รับบริการมั่นใจว่าจะไม่หวนกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงอีกอย่างแน่นอน แสดงความยินดีกับผู้รับบริการและบอกว่าคุณยินดีและพร้อมเสมอที่จะช่วยติดตามเขา/เธอต่อไป**		

[1] การกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สำนักโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2547

การทำงานกับผู้รับบริการในช่วงเวลาที่ผู้รับบริการสามารถควบคุมสติ และทบทวนปัญหาได้ด้วยตนเองแล้ว Case Manager จะค่อยๆ ให้ผู้รับบริการเริ่มวางแผนเรื่องต่างๆ ในชีวิตของตนเอง และค่อยๆ ลดบทบาทของตนลงเป็นแค่เพื่อนร่วมทาง โดยการทำงานมีรายละเอียดดังนี้

1. **Case Manager ประเมินความพร้อมของผู้รับบริการ ความรู้ ความเข้าใจ และความกังวลเกี่ยวกับยาต้าน**ไวรัส โดยใช้หลักการประเมินลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยน

2. **Case Manager ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาต้านไวรัส**
   a. ให้ข้อมูลกับผู้รับบริการเกี่ยวกับระดับ CD4 และ VL (Viral Load)
   b. กระตุ้น และให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้รับบริการประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับยาต้านไวรัส
      i. อธิบายประโยชน์ของการรับยาต้านไวรัส (Early Treatment)
      ii. อธิบายผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากไม่รับยาต้าน
      iii. อธิบายภาวะที่อาจเกิดขึ้นหลังรับยาต้าน
      iv. ความจำเป็นที่ต้องกินยาตรงเวลา และสม่ำเสมอ
      v. หลักในการดูแลตนเอง เมื่อระดับ CD4 ต่ำ
      vi. โรคฉวยโอกาสที่จะเกิดหลัง CD4 ต่ำ

3. **Case Manager ให้เวลาผู้รับบริการประเมินความพร้อมของตนเองเกี่ยวกับการรับยาต้าน**

4. **แจ้งสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล ให้ผู้รับบริการทราบ**
   a. สิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี / เอดส์ ตามระเบียบสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2557 รายละเอียดดังตารางการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ในหน้า 58)

5. **กรณีผู้รับบริการยังไม่พร้อมรับยาต้านไวรัส**
   5.1. Case Manager ให้ข้อมูลถึงหลักในการดูแลตนเอง เพื่อให้รักษา และคงระดับ CD4
   5.2. อธิบายความเสี่ยงที่ทำให้ระดับ CD4 ลดต่ำลง
   5.3. Case Manager ต้องคอยติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และหมั่นเตือนให้ผู้รับบริการมาตรวจระดับ CD4 ของตนเองเป็นระยะ
      i. ให้ผู้รับบริการมาตรวจ CD4 อีกครั้ง หลังจากครั้งแรก 3 หรือ 6 เดือนขึ้นกับระดับ CD4 ของผู้รับบริการแต่ละราย
      ii. Case Manager กับผู้รับบริการ ทำข้อตกลงร่วมกันถึงวิธีการติดต่อระหว่างกัน
      iii. ให้ผู้รับบริการบันทึกข้อมูลเพื่อเตือนตนเองในการมาตรวจ CD4 อีกครั้ง โดยใช้ชื่อเฉพาะรู้กันเอง เช่น วันที่ 3 มีนาคม 2558 “ครบกำหนดตรวจร่างกาย (2/2)” เป็นต้น
      iv. Case Manager บันทึกข้อมูลของตนเช่นกัน โดยเลือกวันที่ช้ากว่าผู้รับบริการ 1 วัน ในการโทรติดตามให้ผู้รับบริการมาตรวจระดับ CD4 อีกครั้ง เช่น วันที่ 4 มีนาคม 2558 “Confirm คุณโอม เบอร์โทร..... มา CD4 รอบ2”

5.4 Case Manager ชวนผู้รับบริการทบทวน วางแผนในชีวิต ทั้งแผนระยะสั้น และระยะยาว ผู้รับบริการวางแผนการในชีวิตหลังจากนี้อย่างไร ในเรื่อง การดูแลสุขภาพ อาชีพ และรายได้ . การเปิดเผยสถานะ ความรัก และความสัมพันธ์

5.5 Case Manager ให้ช่องทางการติดต่อกับผู้รับบริการ ในกรณีเกิดปัญหาให้ผู้รับบริการติดต่อ Case Manager ได้ตลอดเวลา

5.6 Case Manager คอยโทรติดตามผู้รับบริการ เพื่อช่วยเตือนให้เข้าสู่บริการการตรวจ CD4 อีกครั้ง

i. สอบถามผู้รับบริการก่อนว่า รู้ไหมว่าโทรมาเพราะเหตุใด และอธิบายเหตุผลว่า เพื่อตรวจสอบว่าระบบการเตือนปกติที่ผู้รับบริการใช้อยู่ยังคงทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ และเพื่อช่วยในการฝึกวินัยในการดูแลตนเองให้กับผู้รับบริการ

ii. สอบถามถึงการวางแผนการไปตรวจ CD4 ในครั้งต่อไปของผู้รับบริการ

iii. สอบถามความสมัครใจ ว่าอยากให้ Case Manager ไปเป็นเพื่อนด้วยหรือไม่

iv. กรณีไปด้วยกัน ให้นัดแนะวันเวลา และสถานพยาบาลที่สะดวก

v. กรณีผู้รับบริการไปด้วยตนเอง Case Manager จะติดตามผลทางโทรศัพท์แทน โดยโทรติดต่อในช่วงเวลาที่ผู้รับบริการสะดวกหรือได้ตกลงกันไว้

5.7 แนะนำ Application แจ้งเตือนให้กับผู้รับบริการทราบ และสามารถเข้าถึงบริการออนไลน์ต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ และสร้างความสะดวกสบายในการใช้ชีวิต

6. กรณีผู้รับบริการพร้อมรับยาต้านไวรัส

6.1 นัดหมายวันเวลาที่ชัดเจนเพื่อมารับยาต้านไวรัส

6.2 Case Manager ให้ผู้รับบริการฝึกกินยาตรงเวลา โดยใช้การกินวิตามิน หรือ ลูกอมแทน โดยข้อสำคัญในการฝึกครั้งนี้คือ ต้องกินทุกวัน และกินตรงเวลาทุกวัน

- เพื่อให้ผู้รับบริการประเมินตนเองถึงช่วงเวลาที่เหมาะสม และความสม่ำเสมอในการกินยาตรงเวลาของตนเอง เพื่อปรับใช้ในการกินยาต้านไวรัส

6.3 แนะนำ Application แจ้งเตือนให้กับผู้รับบริการทราบ และสามารถเข้าถึงบริการออนไลน์ต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ และสร้างความสะดวกสบายในการใช้ชีวิต

6.4 Case Manager ชวนผู้รับบริการทบทวน วางแผนในชีวิตทั้งแผนระยะสั้น และระยะยาว (ดังได้กล่าวในหัวข้อก่อนหน้านี้)

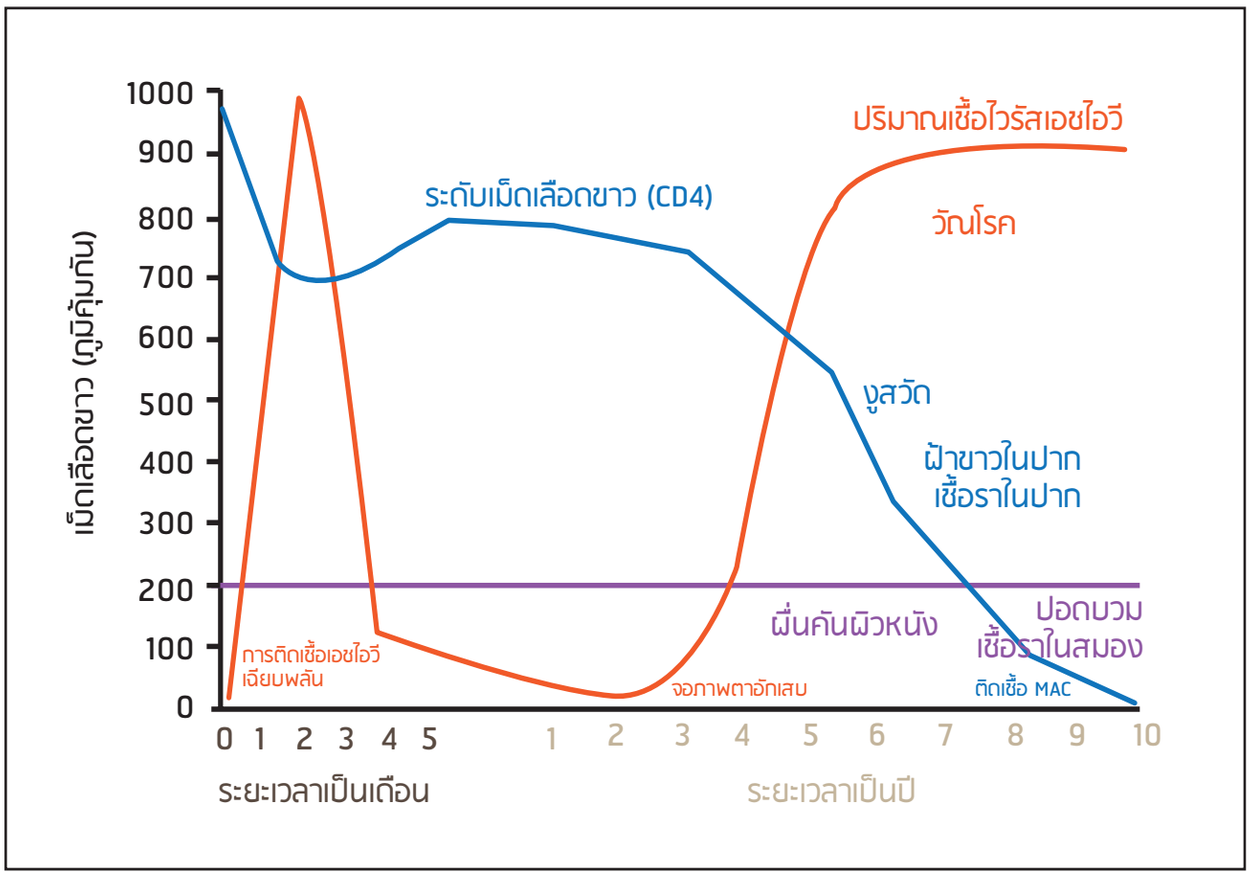
ความรู้พื้นฐานสำหรับ Case Manager

การตรวจระดับภูมิคุ้มกัน: CD4

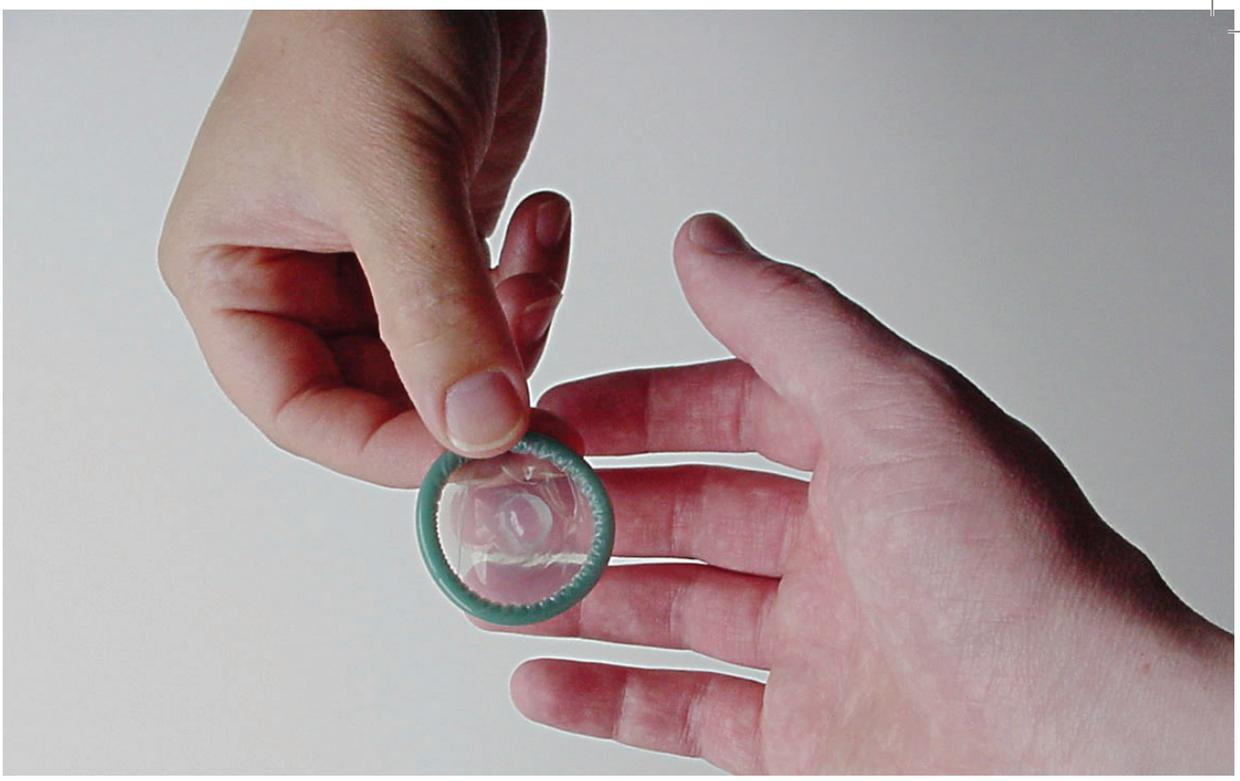
เมื่อผู้รับบริการทราบสถานะการติดเชื้อว่ามีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายแล้ว ควรได้รับคำแนะนำให้รับการรักษาเพื่อตรวจประเมินระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Case Manager ควรมีความรู้เรื่อง CD4 ดังนี้

CD4 คือ เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งซึ่งเป็นตัวหลักในการกำจัดและควบคุมเชื้อโรคนานาชนิด และมีบทบาทในการสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกายใช้เป็นอาวุธต่อสู้กับเชื้อโรคด้วย เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่กระแสเลือด เชื้อจะใช้เม็ดเลือดขาว CD4 ในการขยายพันธุ์ ทำให้ CD4 ถูกทำลายและมีจำนวนลดลง เป็นผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันถูกทำลายจนเกิดโรคได้

ดังนั้น ระดับ CD4 ในร่างกายเป็นตัวบ่งบอกสภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกาย หากปริมาณ CD4 ต่ำ หมายถึงร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ควรได้รับการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน CD4 อย่างน้อยทุก 6 เดือนอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้หากตรวจแล้วพบว่า ระดับ CD4 อยู่ระหว่าง 200 - 350 เซลล์/ลบ.มม. ควรตรวจติดตาม ระดับ CD4 ถี่ขึ้นเป็นทุก 3 เดือน **"ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ดูแลตนเองดี ไม่ให้ภูมิคุ้มกัน CD4 ลดต่ำลง จะป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสได้" ทั้งนี้คนปกติระดับ CD4 ประมาณ 500 - 1800 เซลล์/ลบ.มม.**



ภาพแสดงการดำเนินโรคเมื่อมีการรับเชื้อเอชไอวี (สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)



การรักษาเร็ว (Early Treatment) เพื่อเป็นโอกาสและทางเลือกสำหรับผู้ติดเชื้อ

สำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่มี CD4 มากกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. มีการแนะนำให้เริ่มยาต้านเพื่อหวังผลในการป้องกันเชิงสาธารณสุข ได้แก่ ในกรณีที่มีคู่ผลเลือดเป็นลบ ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่ตั้งครรภ์โดยหวังผลป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก หรือเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีอาการวัณโรคหรือมีการติดเชื้อตับอักเสบบีและซี ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา หรือมีปัญหาเรื่องไตที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี แต่อย่างไรก็ตามการเริ่มยาต้านไวรัสเร็ว ไม่ได้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตหรือมีประโยชน์กับสุขภาพมากกว่าการเริ่มยาที่ CD4 ต่ำกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. ทั้งนี้ตามแนวทางการรักษาของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 แนะนำว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อทุกรายสามารถพิจารณาเริ่มยาต้านโดยไม่ต้องเป็นกรณีที่ CD4 ต่ำกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม.

การตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (Viral Load : VL)

การตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด เป็นการตรวจเลือดที่สำคัญซึ่งทำให้ทราบว่ามีเชื้อไวรัสเอชไอวี อยู่ในร่างกายมากน้อยเพียงใด ซึ่งหากมีเชื้อเอชไอวี ปริมาณมากภูมิคุ้มกันภายในร่างกายก็จะถูกทำลายได้เร็ว การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดมีประโยชน์ต่อการรักษาเพราะช่วยให้คาดการณ์ได้ว่าเชื้อทำลายระบบภูมิคุ้มกันได้เร็วแค่ไหน ช่วยให้วางแผนในการรักษาได้ และการตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีนี้ ช่วยในการประเมินผลการรักษาหลังจากได้รับยาต้านไวรัสว่า การรักษานั้นมีประสิทธิภาพเพียงใด

โรคฉวยโอกาส
(Opportunistic Infection: OI)

โรคฉวยโอกาส หมายถึง การติดเชื้อที่มักไม่เกิดขึ้นในคนปกติทั่วไป แต่จะฉวยโอกาสติดเชื้อเมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง ดังนั้นผู้ที่มีระดับ CD4 ต่ำ หรือเกิดภาวะที่เรียกว่า ภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี แต่ละรายอาจเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างกันขึ้นกับระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ที่มีอยู่ในร่างกาย เนื่องจาก CD4 เป็นเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกายด้วยการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดี หรือภูมิต้านทานมาต่อสู้กับเชื้อโรค และสิ่งแปลกปลอมเหล่านั้น

ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาจป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสได้พร้อมกันมากกว่าหนึ่งโรค และผู้ติดเชื้ออาจเป็นโรคเดิมซ้ำได้อีก หากระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำลง การติดเชื้อฉวยโอกาสอาจมีความรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากไม่รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลา

การติดเชื้อฉวยโอกาสอาจทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสต้องเลื่อนเวลาออกไป เนื่องจากแพทย์ต้องรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านั้น จนผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง จึงจะสามารถเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระดับ CD4 ที่ลดลงส่งผลให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี มีความเสี่ยงต่อโรคฉวยโอกาสต่างๆ กันดังนี้

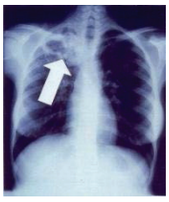
ระดับ CD4 ที่ลดลงส่งผลให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี มีความเสี่ยงต่อโรคฉวยโอกาสต่างๆ กันดังนี้

ระดับ	โรค	การเริ่มยาป้องกัน OI [2]
ทุกระดับ	TB (วัณโรค) ต่อมน้ำเหลืองโต	
ต่ำกว่า 350	งูสวัด	
ต่ำกว่า 200	ปอดอักเสบ พีซีพี เชื้อราแคนดิซิส (เชื้อราในช่องปาก) ตุ่มพีพีอี โรคสมองเสื่อม	เริ่มยา Cotrimoxazole Single - Strength Tablet (SS) รับประทาน 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ป้องกันปอดอักเสบพีซีพี
ต่ำกว่า 100	เยื่อหุ้มสมองอักเสบ Cryptococcal ฝีในสมอง Toxoplasma โรคติดเชื้อซัยโตเมกาโลไวรัส (Cytomegalovirus Infection : CMV)	เริ่มยา Fluconazole 400 mg รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ป้องกัน Cryptococcosis
ต่ำกว่า 50	วัณโรคเทียม/แม็ค (MAC)	เริ่มยา Clarithromycin 500 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง หรือ Azithromycin 1,000-1,250 mg รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ป้องกัน MAC

การป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อฉวยโอกาส

โรค	การป้องกัน
วัณโรค	หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังเป็นวัณโรค ในระยะแพร่เชื้อ เนื่องจากมีภูมิต้านทานในร่างกายต่ำจึงทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย
ปอดอักเสบ พีซีพี	ควรเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังป่วยด้วยโรคนี้ เพื่อป้องกันการติดโรค เนื่องจากมีภูมิต้านทานต่อโรคต่ำ
เชื้อราที่อวัยวะต่างๆ	ควรเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องสัมผัสกับดิน โดยเฉพาะในหน้าฝน เนื่องจากมีเชื้อราต่างๆ ปนเปื้อนอยู่มาก
อุจจาระร่วงเรื้อรัง	ควรดื่มน้ำต้มสุก หรือน้ำกรองที่สะอาด รับประทานอาหารที่ปรุงสุก รักษาสุขอนามัย และล้างมือก่อนการรับประทานอาหาร
โรคพยาธิในสมอง Toxoplasmosis	ควรเลี่ยงการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และการสัมผัสแมว และอุจจาระแมว เนื่องจากสิ่งเหล่านี้อาจมีไข่พยาธิปนอยู่

ตารางแสดงอาการของโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่ต้องให้ผู้รับบริการสังเกตตนเอง Case Manager ควรมีความรู้เรื่องโรคฉวยโอกาสที่พบบ่อยในประเทศไทย (ธรรศ, 2557)

ระดับ	โรค	อาการ	การรักษา	ผลข้างเคียงของยา
ทุกระดับ	วัณโรค (Tuberculosis: TB) 	ไอเรื้อรังนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ / เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (5-10 กก. ต่อเดือน) / อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง / ต่อมน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้าโต / มีเหงื่อออกตอนกลางคืน และอาจมีไข้ต่ำๆ	Isoniazid, INH, H / Rifampicin, R Pyrazinamide , Z / Ethambutol 2 เดือนแรกทานทุกตัว เดือนที่ 3 - 6 ทาน เฉพาะ Z กับ Ethanbutol หมอจะให้วิตามินบี 6 มาให้ทานร่วมด้วย	มีผื่น ปลายประสาทอักเสบ ปัสสาวะ / อุจจาระ เป็นสีแดงน้ำตาล
ทุกระดับ	ต่อม น้ำเหลืองโต	ต่อมน้ำเหลืองมีอยู่ที่ต้นคอ รักแร้ และขาหนีบ กดแล้วเจ็บ ถึงแม้จะไม่โต	ทานยาต้านไวรัส ก็สามารถลดอัตราการเกิดโรคนี้ลง หากรักษาไม่หาย ต้องเจาะหนอง เพื่อเพาะหาเชื้อโรคอื่น และรักษาตามอาการ	ควรเลี่ยงการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆและการสัมผัสแมวและอุจจาระแมว เนื่องจากสิ่งเหล่านี้อาจมีไข่พยาธิปนอยู่
ต่ำกว่า350	งูสวัด	เริ่มจากอาการปวดแสบปวดร้อนนำมาก่อน 2-3 วัน หลังจากนั้น จะมีผื่นผิวหนังขึ้นเป็นปื้นบวมแดง แล้วกลายเป็นตุ่มน้ำพองใส แตกออกแห้งเป็นสะเก็ด ลามไปตามแนวเส้นประสาท ตุ่มจะหายไป 2-3 สัปดาห์ แต่อาการปวด อาจจะอยู่ได้นานกว่า ส่วนใหญ่จะหายไปภายใน 3 เดือน บางรายอาจเป็นปี	ยาอะไซโคลเวียร์ ขนาด 800 มก. วันละ 5 ครั้ง / ยาแฟมซิโคลเวียร์ 250 มก. วันละ 3 ครั้ง / ยาวาลาไซโคลเวียร์ 1000 มก. วันละ 3 ครั้ง	

ตารางแสดงอาการของโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่ต้องให้ผู้รับบริการสังเกตตนเอง Case Manager ควรมีความรู้เรื่องโรคฉวยโอกาสที่พบบ่อยในประเทศไทย (ต่อ)

ระดับ	โรค	อาการ	การรักษา	ผลข้างเคียงของยา
ต่ำกว่า 200	ปอดอักเสบ พีซีพี	มีไข้สูง อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก เหนื่อยหอบมาก ไอแห้งๆ	ใช้ยา Cotrimaoxazole (โคตรัยมอกซาโซล) หรือที่เรียกว่า แบคทิม (ชื่อทางการค้า) ทานครั้งละ 3 – 4 เม็ด วันละ 3 เวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ จากนั้นจะให้กิน 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง จนกว่า CD4 จะถึง 200	มีผื่นแดงที่ผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียน และมีไข้
	เชื้อราแคนดิซิส (เชื้อราในช่องปาก)	มีแผ่นฝ้าขาว หรือจุดแดงของเชื้อราในช่องปาก หรือลำคอ ทำให้เกิดอาการแสบลิ้น เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก คลื่นไส้	Candinas Troche (แคนดิแนสโทรคิ) อม 1 เม็ดวันละ 5 ครั้ง 7 – 14 วัน	ยากิน สามารถทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดหัว หรือมีผลต่อตับได้
	ตุ่ม พีพีอี	เริ่มจากอาการตุ่มแดง บวม คัน คล้ายยุงกัดเม็ดใหญ่ๆ แต่ใช้เวลานานมากกว่าจะหาย ถ้าหากเกาจะกลายเป็นแผลได้ ซึ่งอาจจะทำให้ติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน/ มักจะเริ่มขึ้นจากบริเวณปลายแขน/ขา ลามมาที่ต้นแขน-ขา หลังส่วนล่าง และสะโพก	ทานยาต้านไวรัส ก็สามารถลดอัตราการเกิดโรคนี้ลง	ยาแก้แพ้ อาจทำให้ง่วงมาก
	โรคสมองเสื่อม	ปวดตามเส้นประสาท กล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณเท้า ขา มือ ซึมเศร้า มีปัญหาการทรงตัว การกลืน พูดลำบาก ความคิดและความจำช้าลง	ทานยาต้านไวรัส ก็สามารถลดอัตราการเกิดโรคนี้ลง	

ระดับ	โรค	อาการ	การรักษา	ผลข้างเคียงของยา
ต่ำกว่า 100	เยื่อหุ้มสมองอักเสบ Cryptococcal	มีไข้ เซื่องซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง คอแข็ง ปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน สับสน มีปัญหาในการมองเห็น	ยาแอมโฟเทอริซิน บี หรือ AMB ให้ทางเส้นเลือดดำ 2 สัปดาห์ ตามด้วยยาฟลูโคนาโซล 400 มก./วัน อีก 8-10 สัปดาห์ จากนั้นจะต้องทานแบบ 200 มก./วัน ต่อไปจนกว่า CD4 จะสูงขึ้น	ยาแอมโฟเทอริซิน บี หรือ AMB มีพิษต่อไต
ต่ำกว่า 100	ฝีในสมอง Toxoplasma	มีไข้ ปวดศรีษะ อ่อนแรง การมองเห็นผิดปกติ		
ต่ำกว่า 100	โรคติดเชื้อซัยโตเมกาโลไวรัส (Cytomegalovirus Infection : CMV)	มีปัญหาในการมองเห็น เช่น เห็นจุดดำลอยไปลอยมา ตามัว มองภาพไม่ชัด หรืออาจมีอาการตาแดง แสบตา	ยาแกงไซโคเวียร์ ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ/ฉีดเข้าวุ้นลูกตาโดยตรง	ยาแกงไซโคเวียร์ อาจทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ มีผลต่อระบบประสาท และอาจทำให้การทำงานของตับผิดปกติได้
ต่ำกว่า 50	วัณโรคเทียม	มีไข้สูง หนาวสั่น ท้องเสีย น้ำหนักลด ปวดท้อง เมื่อยล้า และซีด	ใช้ยา Azithromycin (อะซิโตรมัยซิน) หรือ Clarithomycin (คลาริโทรมัยซิน) ร่วมกับ Ethambuthol (อีแทมบูทอล)/บางครั้ง หมอจะเลือกให้ยาต้านไวรัสเพียงอย่างเดียว เพราะค่ายาแพงมาก (หาก CD4 ขึ้นก็จะทำให้ลดโอกาสการเป็นโรคนี้)	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว ท้องเสีย

การดูแลตนเองเบื้องต้น เมื่อเกิดโรคฉวยโอกาส

(สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2555)

เชื้อราในช่องปาก :

- อมยา โคลไตรมาโซล 10 มิลลิกรัม วันละ 3 - 5 ครั้ง นาน 7 - 14 วัน
- ระมัดระวังการกระทบกระแทกระหว่างการเคี้ยวอาหาร อย่าให้เกิดแผลเพราะอาจกลายเป็นแผลร้อนในได้
- ดูแลสุขภาพภายในช่องปากด้วยการแปรงฟันให้ถูกวิธี บ้วนปากให้สะอาดด้วยน้ำเกลือจางๆ หรือน้ำสะอาดหลังกินอาหารทุกครั้ง
- รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รสไม่จัด ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป หากมีอาการเจ็บทำให้รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ ให้ใช้วิธีทานมื้อละน้อยๆ แต่ทานบ่อยครั้งขึ้น

เริมที่ปาก หากเป็นไม่มากจะหายเองได้ โดยต้องดื่มน้ำมากๆ และพักผ่อนให้เพียงพอ หรือใช้ยาอะไซโคลเวียร์แบบครีมทาวันละ 3-5 ครั้ง

ตุ่มพีพีอี มีลักษณะเป็นตุ่มคล้ายยุงหรือมดกัด ขึ้นตามลำตัว แขน ขา มีอาการคันมาก เกิดจากภูมิคุ้มกันที่ผิวหนังผิดปกติ จึงมีการตอบสนองรุนแรงหรือมากกว่าปกติ ควรปฏิบัติดังนี้

- หากมีตุ่มขึ้นมาใหม่ ไม่ควรเกา ควรรีบทายาสเตียรอยด์ชนิดครีม ทีเอครีม หรือเบ็ทโนเวท
- ตัดเล็บให้สั้น เลี่ยงการถูกยุงกัด
- อาบน้ำทำความสะอาดโดยใช้สบู่อ่อนๆ ใส่เสื้อผ้าหลวมๆ ให้ระบายอากาศ ถ้ามีอาการคันให้ประคบผิวหนังด้วยน้ำเย็น และทาโลชั่น เพื่อลดการระคายเคือง หากคันมากอาจใช้ยาทานแก้แพ้ เช่น พีซีเอ็ม (PCM) หรือ อะทาแร็ก (Atarax)

ปอดอักเสบพีซีพี ผู้ป่วยมักมีอาการหอบ หายใจเร็ว หายใจไม่ค่อยทัน และมีอาการไอ ซึ่งควรปฏิบัติตนดังนี้

- ควรดื่มน้ำมากๆ อาจจิบน้ำมะนาวใส่เกลือเล็กน้อย เพื่อช่วยขับเสมหะ ญาติอาจช่วยตบหลังผู้ป่วยเบาๆ ก่อนอาหารจะช่วยให้เสมหะออกได้ดีขึ้น
- หากต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ ควรพลิกตัวบ่อยๆ
- พยายามลุกนั่งเวลาไอ หรือใช้หมอนหมุนศรีษะให้สูงขึ้น เพื่อไม่ให้สำลักน้ำลาย อาจใช้หมอนกอดเพื่อช่วยประคองลดอาการ เจ็บหน้าอก ขณะไอ ควรปิดปากทุกครั้งที่ไอ และบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ หมั่นเททิ้งและล้างภาชนะให้สะอาด
- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ่อยๆ รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย
- นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

บทที่ 5

การดูแลสนับสนุน: การรับยาต้านไวรัส

ขั้นตอนที่ 4: การรับยาต้านไวรัส

การดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคมจาก Case Manager: ในขั้นตอนที่ 4

หลังจากรับยาต้านไวรัสจากสถานพยาบาลแล้ว Case Manager มีวิธีการทำงาน ดังนี้

1. Case Manage และผู้รับบริการร่วมกันประเมินความพร้อม ปัญหา และอุปสรรคในการกินยาต้านไวรัส
    a. ผู้รับบริการสามารถกินยาได้ตรงเวลาหรือไม่
    b. ค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถกินยาได้ตรงเวลา
    c. หาเวลาที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการแต่ละราย เพื่อให้สะดวกในการกินยาต้านไวรัส
2. Case Manager จัดชุดยาให้กับผู้รับบริการ
    a. จัดชุดยาแต่ละชนิดพร้อมกันกับผู้รับบริการตามคำแนะนำของแพทย์ทั้งยาต้านไวรัส และยารักษาโรคอื่นๆ (เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และอำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ)
    b. Case Manager กระตุ้นให้ผู้รับบริการจดชื่อสูตรยาไว้ในกระเป๋าหรือมือถือ (กรณีฉุกเฉิน: ผู้รับบริการสามารถไปขอยาต้านไวรัสที่อื่นได้)
3. Case Manager ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาต้านไวรัส
    a. เน้นย้ำความสำคัญของสาเหตุที่ต้องกินยาตรงเวลา และสม่ำเสมอ
    b. หากพบปัญหาการกินยาหรือลืมกินยา ให้ผู้รับบริการติดต่อกับ Case Manager ก่อนกินยาในมื้อถัดไป
4. ให้ข้อมูลถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากยาต้านไวรัสแต่ละชนิด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ให้ผู้รับบริการสามารถรับมือ และปรับจิตใจให้ยอมรับกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้หลังรับยาต้านไวรัส
    a. อาการที่อาจเกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส (ให้ข้อมูลเฉพาะผลข้างเคียงของยาต้านที่ผู้รับบริการกินเท่านั้น)
    b. อาการที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะภูมิกระเด้ง
    c. หากผู้รับบริการพบความผิดปกติขึ้น ให้ผู้รับบริการติดต่อกับ Case Manager ก่อน และห้ามผู้รับบริการไม่ให้หยุดยาเอง
    d. ข้อสังเกตที่เกิดการดื้อยา
5. Case Manager ชวนผู้รับบริการทบทวน และวางแผนในชีวิตทั้งแผนระยะสั้น และแผนระยะยาว ผู้รับบริการวางแผนการในชีวิตหลังจากนี้อย่างไร การดูแลสุขภาพ อาชีพ และรายได้ การเปิดเผยสถานะ ความรักและความสัมพันธ์
6. การตรวจ CD4 และ VL หลังรับยาต้านไวรัส: แจ้งสิทธิการตรวจดังเนื้อหาในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ในบทที่ 8 (หน้า 112-118)

รายละเอียด ดังตารางด้านล่าง
(สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2557)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	เมื่อทราบว่าติดเชื้อครั้งแรก	ในปีแรก	ในปีต่อๆ ไป	หมายเหตุ
ระดับ CD4	✔	ที่ 6 และ 12 เดือน	- ที่ 6 และ 12 เดือน จนกว่า CD4 > 350 cells/mm3 และ VL < 50 copies/mL ให้ตรวจ ปีละ 1 ครั้ง	
ปริมาณไวรัส VIRAL LOAD		ที่ 3 และ 6 เดือน หลังเริ่มยา	ถ้า VL < 50 copies/mL ให้ตรวจปีละ 1 ครั้ง ถ้า VL ≥ 50 copies/mL ให้พิจารณาเรื่อง การดื้อยาและติดตามที่แพทย์แนะนำ	ควรตรวจทุกครั้ง ก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนสูตรยา อันเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยา

**ปัจจุบัน VL สามารถอ่านได้ที่ระดับต่ำกว่า 40 และ 20 ขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาล

8. หลักในการติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการยังอยู่ในระบบการดูแลสนับสนุนของภาคประชาสังคม
   a. Case Manager ควรติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะช่วงแรก เพื่อสอบถามการกินยา อาการข้างเคียงต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการกินยาสม่ำเสมอ และเกิดความสนิทสนม คุ้นเคยกับ Case Manager เพราะเมื่อเกิดปัญหาขึ้น ผู้รับบริการจะได้ติดต่อกลับเพื่อสอบถามข้อมูล และข้อสงสัยต่างๆ ได้อย่างเป็นธรรมชาติ
   b. ในครั้งแรกที่รับยาต้านไวรัส แพทย์จะสั่งยาให้ผู้รับบริการประมาณ 2 สัปดาห์ เพื่อดูว่ายาที่สั่งไปเข้ากับร่างกายของผู้รับบริการได้หรือไม่ ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว Case Manager ควรติดตามต่อเนื่อง ดังนี้

ระยะเวลาการติดตาม	รูปแบบการติดตาม
หลังรับยาต้านไวรัส 2 วันแรก หลังเริ่มยาต้าน สัปดาห์ ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2	โทรศัพท์ติดตาม สอบถามปัญหา และอุปสรรค Line – Social App สอบถามความเป็นไป โทรติดตาม และนัดแนะผู้รับบริการ กรณีผู้รับบริการไปรับยาต้านไวรัสเพิ่ม

ความรู้พื้นฐานสำหรับ Case Manager

การรับ ARV

ในปัจจุบันยังไม่สามารถกำจัดเชื้อเอชไอวีออกจากร่างกายได้ แต่การใช้ยาต้านไวรัส (Antiretroviral Drug: ARV) ซึ่งเป็นยาที่ช่วยยับยั้งไม่ให้เชื้อเอชไอวี เพิ่มจำนวนเพื่อไปทำลายภูมิต้านทานของร่างกายโดยเฉพาะเซลล์ CD4 ส่งผลให้

ผู้ที่กินยาต้านไวรัสมีภูมิต้านทานเพิ่มขึ้น สุขภาพแข็งแรง ป้องกันโรคฉวยโอกาสซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ คือ การกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อจะต้องกินยาให้ครบตามจำนวนที่ถูกต้องให้ตรงเวลาทุกวันอย่างเคร่งครัด การกินยาไม่ครบ และไม่ตรงเวลาจะทำให้การรักษาไม่ได้ผล ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ถูกทำลายต่อไปเรื่อยๆ และเกิดการดื้อยาได้ ซึ่งหากมีการดื้อยาเกิดขึ้น นอกจากจะทำให้การกินยาชนิดนั้นไม่ได้ผลอีกต่อไปแล้ว ยังจะทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกยาและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2555)

ก่อนเริ่มยาต้าน

การเตรียมความพร้อมก่อนรับ ARV

ก่อนการรับยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนรับยาต้านไวรัส เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาต้านไวรัส มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและปฏิบัติตนในการกินยาได้ถูกต้อง เนื้อหาที่ผู้ติดเชื้อจะต้องได้รับการเตรียมพร้อมก่อนรับยาต้านได้แก่

ความสำคัญของการรักษาด้วยยาต้าน

ในปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาเอชไอวีมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปมาก เปลี่ยนจากเดิมซึ่งการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการติดเชื้อที่ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากเสียชีวิต เป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้แม้ไม่หายขาด และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่รับยาต้าน จะต้องรับการรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัสไปตลอด

เรายังไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสเอชไอวีออกจากร่างกายได้ เนื่องจากเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกาย เชื้อไวรัสเอชไอวีได้ผนวกสายพันธุกรรมของเชื้อไวรัส เข้าไปไว้กับสายพันธุกรรมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อโดยเฉพาะในเซลล์ CD4 ซึ่งหากจะรักษาให้หายขาด ต้องทำลายเซลล์ CD4 จนหมด แต่การทำลายเซลล์ CD4 นี้ จะทำให้ร่างกายขาดภูมิคุ้มกันจนเสียชีวิตได้จากโรคฉวยโอกาส

ปัจจุบันแม้จะไม่มีวิธีการรักษาเพื่อกำจัดเชื้อเอชไอวีให้หมดไปจากร่างกาย แต่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จะทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายลดลง ซึ่งการลดลงของเชื้อไวรัสเอชไอวี ช่วยเพิ่มระดับ CD4 ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันเพียงพอที่จะป้องกันการติดเชื้ออื่นๆ ได้ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติ

เนื่องจากเชื้อไวรัสมีการผลิตเพิ่มปริมาณได้อย่างมากในร่างกาย ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสเพื่อควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวี จึงต้องกินยาให้ตรงเวลาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอไปตลอด เพื่อลดโอกาสของเชื้อดื้อยา

เมื่อใดควรเริ่มยาต้าน

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ที่มีจำนวนเซลล์ CD4 น้อยกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. ใน (WHO. Consolidated ARV Guidelines, June 2013) สอดคล้องกับแนวทางการเริ่มยาต้านไวรัสของประเทศไทยในปี 2557 ซึ่งแนะนำให้ยาต้านไวรัสในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทุกรายโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มี CD4 น้อยกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. โดยพิจารณาความพร้อมในการรับยาต้านของผู้อยู่ร่วมกับเชื้ออย่างเคร่งครัดทุกราย ซึ่งผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่จะเริ่มยาต้านไวรัส ควรมีความตั้งใจและให้คำมั่นสัญญา ยินดีที่จะรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เข้าใจถึงประโยชน์ และผลข้างเคียงของยา เข้าใจประเด็นความสำคัญของการกินยาตรงเวลา สม่ำเสมอและต่อเนื่อง และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 มากกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. ก็มีสิทธิเลือกที่จะไม่รับยาในขณะนี้

ยาต้านไวรัสสามารถรักษาการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างไร

ยาต้านไวรัสที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย มีหลายกลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มมีกลไกในการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน คือ

1. ยับยั้งการสร้างสายพันธุกรรม ได้แก่ NRTI และ NNRTI
2. ยับยั้งการผนวกของสายพันธุกรรมของไวรัสเข้ากับสายพันธุกรรมของเซลล์ CD4 (Integrase Inhibitors)
3. ยับยั้งการสร้างโปรตีนในการผลิตไวรัสตัวใหม่ (Protease Inhibitors)
4. ยับยั้งการเกาะตัวของเชื้อ ที่ผิวเซลล์ CD4 (Fusion Inhibitors)

สูตรยาและกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน คือ

การรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยาต้านไวรัสในปัจจุบัน ประกอบด้วยยาต้านไวรัสอย่างน้อย 3 ชนิด ในกลุ่มที่แตกต่างกันมาใช้ร่วมกัน เพื่อการรักษา ซึ่งการใช้ยาต้านไวรัสที่แตกต่างกันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ในการยับยั้งเชื้อเอชไอวี และช่วยป้องกันการดื้อยาที่อาจเกิดตามมา ปัจจุบันยาต้านไวรัสที่ใช้มี 2 สูตรหลักคือ สูตรพื้นฐาน และสูตรดื้อยา

1. กลุ่มยาที่ยับยั้งการสร้างสายพันธุกรรม: ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่ไวรัสใช้ขนส่งและใช้เชื่อมต่อสารพันธุกรรมเพื่อสร้างสายพันธุกรรมใหม่ของไวรัสเอง ส่งผลให้สายพันธุกรรมไม่สมบูรณ์และทำให้ไวรัสไม่สามารถแพร่พันธุ์ได้ ยาในกลุ่มนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ

a. กลุ่มที่ทำหน้าที่เป็นเสมือนสารพันธุกรรมเทียม (Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor : NRTI) ได้แก่ Zidovudine (AZT), Lamivudine (3TC), Stavudine (d4T), Didanosine (ddI), Abacavir (ABC) และ (Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitor : NtRTI) ได้แก่ Tenoforvir TDF โดยปกติในการต่อสายพันธุกรรมของไวรัสนั้น สายพันธุกรรมจะต้องใช้สารพันธุกรรมขนาดเล็กๆ ต่อกันเป็นเส้นโดยใช้เอนไซม์ Reverse Transcriptase เป็นตัวขนส่งต่อเชื่อม ซึ่งทำหน้าที่เหมือนเป็นกาวเชื่อมสายพันธุกรรม เมื่อไวรัสนำยาซึ่งมีลักษณะเหมือนสารพันธุกรรมของไวรัสแต่เป็นของปลอม มาต่อบนเส้นพันธุกรรม ทำให้การสร้างสายพันธุกรรมของไวรัสหยุดชะงัก
b. กลุ่มที่ทำหน้าที่ยับยั้งตัวเอนไซม์ที่ไวรัสใช้ขนส่งและเชื่อมต่อสารพันธุกรรม (Non-Nucleosider Verse Transcriptase Inhibitor: NNRTI) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งตัวเอนไซม์โดยตรง เปรียบเสมือนทำให้กาวเสื่อมคุณภาพ ทำให้สายพันธุกรรมไม่สามารถต่อตัวกันได้ ตัวอย่างยาได้แก่ Efavirenz, (EFV), Nevirapine (NVP) และ Etravirin (ETR) และ Rilpivirine (RPV)

2. กลุ่มยาที่ยับยั้งเอนไซม์ที่ใช้ในการสร้างโปรตีนในการผลิตไวรัสตัวใหม่ (Protease Inhibitors) โดยปกติแล้วไวรัสตัวใหม่จะมีความสามารถในการทำให้เกิดการติดเชื้อในเซลล์ตัวใหม่และทำลายภูมิต้านทาน CD4 ได้ต้องมีองค์ประกอบภายในที่เป็นโปรตีนที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งได้จากการใช้เอนไซม์ที่ชื่อ Protease ตัดแต่งให้เป็นโปรตีนที่สมบูรณ์แบบ ดังนั้นเมื่อยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ จะทำให้โปรตีนไม่สมารถถูกตัดแต่ง ยับยั้งไม่ให้ไวรัสผลิตไวรัสตัวใหม่ที่สมบูรณ์แข็งแรง ไวรัสจะไม่มีคุณสมบัติในการติดเชื้อ ตัวอย่างยาได้แก่ Lopinavir/v, Atazavir/r, Darunavir/r

3. กลุ่มที่ยับยั้งการผนวกของสารพันธุกรรมของไวรัสกับพันธุกรรมของ CD4 (Integrase Inhibitors) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Integrase ที่ใช้ในการผนวกสารพันธุกรรมของไวรัสกับพันธุกรรมของ CD4 ทำให้ไวรัสไม่สามารถสร้างไวรัสตัวใหม่ได้ ตัวอย่างยาได้แก่ Raltegravir (RAL)

4. กลุ่มที่ยับยั้งการเกาะตัวของเชื้อกับภูมิคุ้มกันชนิด CD4 (Fusion Inhibitor) ในการติดเชื้อไวรัสต้องยึดจับกับภูมิต้านทาน CD4 โดยใช้ตัวยึดจับที่ผิวหนังของไวรัสกับผิวของ CD4 ในลักษณะเหมือนตะขอ ยาในกลุ่มนี้จะขัดขวางการจับกันของตะขอบนผิวของภูมิต้านทาน CD4 ไวรัสจึงไม่สามารถเข้าไปในเซลล์ CD4 ตัวอย่างยาได้แก่ Maraviroc (MVC), T20

การรักษาในปัจจุบันต้องให้ยาอย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จึงเกิดเป็นสูตรยาต้านไวรัสแบบต่างๆ และสามารถนำมารวมกันภายในเม็ดเดียว เพื่อให้สะดวกในการรับประทานยา โดยสูตรยาที่ใช้บ่อยได้แก่ AZT/3 TC/NVP (GPO-VIR Z250), AZT/3TC/EFV, TDF/3TC/EFV, TDF/3TC/NVP, AZT/3TC/LPV/r, TDF/3TC/LPV/r เป็นต้น

ภาวะที่มีอาการรุนแรงหลังการรับยาต้านไวรัส
(Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome: IRIS)

ภาวะอักเสบแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับยาต้านไวรัส เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในขณะที่ CD4 ต่ำมาก ซึ่งหลังจากที่ผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสแล้ว ระดับไวรัสเอชไอวีจะลดลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ภูมิคุ้มกัน CD4 และ CD8 จะเพิ่มขึ้นมาก ภูมิคุ้มกันที่เพิ่มขึ้นมากนี้เป็นภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นใหม่จากเซลล์ต้นกำเนิด จึงมีความสามารถสูงในการจำแนกโรคติดเชื้อในตัวผู้ป่วย ร่างกายจึงสร้างปฏิกิริยาต่อเชื้อฉวยโอกาส หรือชิ้นส่วนของเชื้อ หรือแม้แต่อวัยวะของตัวเองทำให้เกิดกระบวนการอักเสบอย่างรุนแรง ซึ่งอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะ IRIS บางครั้งอาจจะรุนแรงกว่าการติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นๆ และอาจรุนแรงถึงชีวิตได้

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะ IRIS ได้แก่

- ระดับ CD4 ต่ำมากๆ ก่อนการรักษาด้วยยาต้าน
- มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซ่อนเร้นอยู่ในร่างกายโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาก่อนรับยาต้าน
- การเริ่มยาต้าน ก่อนที่ร่างกายจะกำจัดเชื้อหรือซากของเชื้อที่ตายแล้ว (แอนติเจน) ได้หมด
- ภาวะผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมไทรอยด์อักเสบ

การติดเชื้อที่มักพบภาวะภูมิ IRIS ได้บ่อย ได้แก่

- เชื้อไมโคแบคทีเรียม เช่น วัณโรค วัณโรคเทียม
- เชื้ออื่นๆ เช่น เชื้อคริปโตคอคคัส (Cryptococcus), เชื้อฮีสโตพลาสมา, เชื้อไซโตเมกาโลไวรัส (CMV), เชื้อไวรัสซอสเตอร์ (VZV), ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี

การป้องกันภาวะ IRIS ทำได้โดยการเริ่มยาต้าน ก่อนที่ระดับ CD4 จะต่ำมาก แต่หากผู้รับบริการเริ่มการรักษาเมื่อระดับ CD4 ต่ำ ควรคัดกรองการติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เช่น วัณโรค MAC, Cryptococcosis หรือ CMV ก่อนเริ่มยาต้านเสมอ

อาการข้างเคียงและอาการแพ้ยา

อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสอาจพบได้ในลักษณะของอาการข้างเคียง และอาการแพ้ยา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2554)

อาการแพ้ยา คือ อาการแพ้ที่เกิดต่อผิวหนัง แยกออกเป็นชนิดที่รุนแรงและไม่รุนแรง เช่น คันตามผิวหนัง โดยไม่มีผื่นหรือมีผื่นแดง ลักษณะคล้ายการออกหัดและอาการผื่นที่รุนแรง เช่น มีผื่นลมพิษขึ้นกระจายเท่าๆกันทั้งสองด้านของร่างกาย หรือคันทั้งตัว หรืออาจมีผิวหนัง เยื่อบุในช่องปากเปลือกตาบวมพองหรือผิวหนังลอกทั้งตัว เหนื่อยหอบ ร่วมกับมีไข้สูง จำเป็นต้องรักษาเร่งด่วน

เนวิราปิน (Nevirapine) เป็นยาต้านที่ทำให้เกิดอาการแพ้ได้บ่อยกว่าชนิดอื่น ดังนั้น กรณีเริ่มกินเนวิราปิน แพทย์จะลดโอกาสการแพ้ยา โดยเริ่มให้เนวิราปินครึ่งหนึ่งของขนาดที่เราควรได้ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงเพิ่มเป็นขนาดตามจริง เช่น เราควรได้วันละ 2 เม็ด แพทย์จะให้กินวันละเม็ดนาน 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงเพิ่มเป็นวันละ 2 เม็ด

ภาพ: อาการแพ้ยารุนแรง Steven Johnson Syndrome (SJS) ผื่นกระจายทั้งตัว เยื่อบุในช่องปาก และเปลือกตาบวมพอง

อาการข้างเคียง คือ อาการที่เกิดจากผลของตัวยาที่มีต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ยาบางตัวมีผลต่อกระเพาะอาหารทำให้คลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาการข้างเคียงแบ่งได้เป็น

- อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงสามารถดูแลตามอาการหรือกินยาบรรเทาอาการได้ ส่วนใหญ่จะเป็นในช่วงแรกของการกินยาต้าน และอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 2 เดือน ได้แก่ อาการปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน เบื่ออาหาร แน่นท้อง ง่วงซึม นอนไม่หลับ วิตกกังวล
- อาการข้างเคียงที่รุนแรง หมายถึง อาการที่ต้องรีบปรึกษาแพทย์เพื่อรับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะอาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ เช่น ภาวะกรดในเลือดสูง ปลายประสาทอักเสบรุนแรง ตับอักเสบ หรือภาวะเลือดจางอย่างรุนแรง อาจเกิดได้ทุกช่วงของการกินยา และพบได้บ่อยในผู้ที่มีระดับ CD4 ต่ำมาก
- อาการข้างเคียงที่เกิดในระยะยาว มักเกิดขึ้นหลังจากกินยาไปนานๆ (3-4ปี) เช่น น้ำตาลในเลือดสูง (อาการเบาหวาน: หิวน้ำบ่อย, ปัสสาวะบ่อย) ไขมันกระจายตัวผิดปกติ (ลงพุง ไขมันพอกที่ต้นคอ หน้าอก แต่หน้าตอบและแขนขาลีบ)

ผลข้างเคียงเรื่องอาการจากภาวะกรดแลคติคคั่ง (Lactic Acidosis)

(ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2553)

เป็นภาวะที่มีระดับกรดแลคติคในเลือดสูง ทำให้เลือดเป็นกรด เป็นผลข้างเคียงที่รุนแรง โดยมีสาเหตุจากยากลุ่ม NRTIs โดยเฉพาะยา d4T และ ddI ส่วน AZT พบน้อย อุบัติการณ์ของภาวะกรดแลคติคคั่งน้อยมาก แต่อัตราการตายอาจสูงถึง 50% โดยเกิดขึ้นหลังจากใช้ยาไปหลายเดือน

อาการและอาการแสดง: เริ่มจากอาการที่ไม่เฉพาะ คือ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปวดท้อง อาเจียน อ่อนเพลีย น้ำหนักลดจากนั้นอาการจะรุนแรงอย่างรวดเร็วด้วยอาการชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว หอบ ดีซ่าน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หายใจลำบาก บางรายอาจมีอาการของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว เช่น ตับอ่อนอักเสบ ตับวาย สมองอักเสบ ภาวะหายใจล้มเหลว

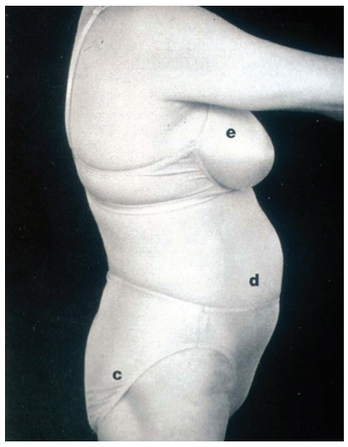
การรักษา: รีบพบแพทย์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หยุดยาต้านไวรัสทั้งหมด และให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ โดยใช้สารนำ และเกลือแร่ทางเส้นเลือดให้เพียงพอ เปลี่ยนสูตรยาใช้ ABC, TDF, 3TC แทน (เริ่มใช้เมื่อ Lactate ลดลงเป็นปกติ) ติดตามระดับ Serum Lactate หลังเริ่มยาใหม่

ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ

ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ เป็นผลข้างเคียงที่เกิดในระยะยาว เกิดจากการใช้ยากลุ่ม Protetase Inhibitor (PI) หรือสูตรยาในกลุ่ม NRTI โดย d4T พบมากที่สุด ไขมันกระจายตัวผิดปกติ มีหน้าท้องโตขึ้น มีก้อนไขมันที่คอด้านหลัง และมีอาการแก้มตอบ แขนขาลีบ เส้นเลือดที่แขนขาเห็นชัดขึ้น ก้น และสะโพกแฟบลง รักษาโดยเปลี่ยนเป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อย (ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2553)

ภาพ: ผลข้างเคียงจากยา AZT เล็บดำ

แก้มตอบ



ไขมันพอกที่ต้นคอ หน้าอก ลงพุง ก้นแฟบ

แขนลีบ

ต้นขาลีบ

ภาพ: แสดงไขมันกระจายตัวผิดปกติ

ตารางแสดงอาการข้างเคียงที่พบบ่อยของยา

ตารางแสดงอาการข้างเคียงที่พบบ่อยของยาอาการข้างเคียงที่มักจะพบได้ในยาต้านเกือบทุกตัว คือ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ส่วนอาการข้างเคียงเฉพาะที่อาจพบได้ในยาต้าน แต่ละชนิด เช่น

กลุ่มเอ็นอาร์ทีไอ (NRTI)

- เอแซดที (AZT) ซีด, เล็บดำ
- ดีโฟร์ที (d4T) ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า ไขมันกระจายตัวผิดปกติ (พบน้อย)
- สามทีซี (3TC) ไม่ค่อยพบอาการข้างเคียง
- ดีดีไอ (ddI) ท้องเสีย, ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า, ตับอ่อนอักเสบ
- อะบาคาเวียร์ (Abacavir) ผื่นแพ้ยา

กลุ่มเอ็นเอ็นอาร์ทีไอ (NNRTI)

- เนวิราปีน (NVP) ผื่นแพ้ยา ตับอักเสบ
- เอฟฟาไวเร็นซ์ (EFV) ฝันร้าย ปวดศรีษะ มึนงง ไม่แจ่มใส นอนหลับไม่สนิท

กลุ่มพีไอ (PI)

ยากลุ่มพีไอ เกือบทุกตัว อาจทำให้เกิดอาการเบาหวาน ไขมันกระจายตัวผิดปกติ เมื่อกินนานๆ

- Lopinavir/r ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน
- Atazanazir/r ตัวเหลือง ตาเหลือง

ข้อควรปฏิบัติตัวเมื่อรักษาด้วยยาต้านไวรัส

- รับการรักษาต่อเนื่อง
- ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และผู้ดูแล
- กินยาตรงเวลา สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง
- ป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส
- หลีกเลี่ยงการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม
- หลีกเลี่ยงการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

ข้อแนะนำการปฏิบัติเบื้องต้นเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

1. การกินยาต้านไวรัสไม่จำเป็นต้องยึดติดกับมื้ออาหาร ไม่จำเป็นต้องกินก่อนหรือหลังอาหาร แต่ต้องตรงเวลา โดยไม่คลาดเคลื่อนกับเวลาที่เลือกไว้ การกินยาวันละ 2 ครั้งต้องห่างกัน 12 ชั่วโมง ผู้รับบริการควรเลือกกินยาที่เหมาะสมกับตัวเอง โดยมีข้อแนะนำการเลือกเวลาที่เหมาะสมได้แก่
    a. ควรเป็นช่วงเวลาที่ตื่นนอนแล้วในทุกๆ วัน
    b. ควรเป็นเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกที่จะกินยาหรือสามารถเตือนตนเองให้หยิบกินยาได้ตรงเวลา
    c. ควรเป็นเวลาที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถช่วยเตือนการกินยาหรือสามารถจัดยาให้ผู้รับบริการได้ กรณีที่ผู้รับบริการไม่สามารถจัดยาเองได้
    d. ควรเป็นเวลาที่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ไม่มีส่วนร่วมรับรู้การกินยาของผู้รับบริการ มียาต้านไวรัสบางชนิด เช่น Didanosine (ddI) ยานี้ไม่ทนต่อกรดในกระเพาะอาหาร จึงแนะนำให้กินตอนท้องว่างหรือก่อนอาหาร หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง
2. ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อควรได้รับการฝึกกินยา
3. หากลืมกินยาให้กินทันทีเมื่อนึกได้ และกินมื้อต่อไปตามปกติ
4. หากเลื่อนเวลากินยาเพราะวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ควรปรึกษาแพทย์ที่รักษา ซึ่งแพทย์จะให้คำแนะนำในการเลื่อนเวลากินยาเพื่อปรับให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน
5. การเก็บรักษายา ควรเก็บให้พ้นจากความร้อน แสงแดด และความชื้น แต่ยาบางชนิดจะมีวิธีเก็บที่ต่างออกไป
    a. สถานที่ที่ไม่เหมาะสมในการเก็บยา ได้แก่ ในรถ ใต้เบาะรถ ตู้ติดกำแพงด้านที่แดดส่องถึง ในตู้ซักผ้า
    b. การหักยานั้นไม่ควรหักเตรียมไว้กินก่อนหลายๆ วัน ควรหักเมื่อถึงเวลากินยาเท่านั้น
    c. ยาบางชนิดจำเป็นต้องแช่ตู้เย็น

(สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2554)

ตัวอย่าง เทคนิค และวิธีการจัดการการกินยา

- ขั้นทดลองกินวิตามิน ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีควรได้รับการฝึกให้กินยาอย่างน้อยเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยให้ผู้รับบริการฝึกกินวิตามิน และให้ผู้รับบริการกำหนดเวลากินยาเองตามคำแนะนำที่กล่าวมา ยกเว้นรายที่มีอาการรุนแรงวิกฤต มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ไม่จำเป็นต้องฝึกการกินยา
- การกินยาต้าน เหมือนกับการกินวิตามินหรือยาบำรุงร่างกาย Case Manager ทำให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญ เพราะการกินยาต้านจะช่วยควบคุมปริมาณของเชื้อไวรัสในร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง ต่อต้านเชื้อไวรัส และโรคฉวยโอกาสต่างๆ ซึ่งทำให้ร่างกายทรุดโทรมลง หากอยากดูดี อยากสวย อยากมีอายุยืนยาวเทียบเท่าผู้ไม่มีเชื้อ หรืออยากหายขาดในอนาคต ต้องกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ตรงเวลา
- จัดชุดยาในกล่องที่ใช้ประจำวัน เพื่อตรวจสอบว่าตนเองกินยาทุกวันหรือไม่
- เทคนิคช่วยเตือนเวลาในการกินยา
    a. ใช้ระบบเตือนการกินยา เช่น โทรศัพท์มือถือ นาฬิกาปลุก เป็นต้น
    b. เลือกเวลาให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของผู้รับบริการ เช่น กินก่อนออกจากบ้านไปทำงานทุกวัน
    c. เวลาในการกินยาที่สม่ำเสมอ เช่น ทุกๆ 8 โมง เช่น กรณีที่ผู้รับบริการไม่มีมือถือ หรือไม่มีเครื่องเตือนเวลา Case Manager ใช้วิธีแนะนำให้ผู้รับบริการกินยาในเวลาที่เพลงชาติขึ้น เป็นต้น

ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส

อาการปวดศีรษะ	การดูแลอาการตนเองที่บ้าน	ควรพบแพทย์หากมีอาการดังนี้
	• นวดบริเวณขมับด้วยนิ้วหัวแม่มือ • นอนพักหลับตาในห้องที่ไม่มีเสียงหรือแสงสว่างรบกวน • ประคบวางผ้าเย็นบริเวณดวงตาและหน้าผาก • หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชาหรือกาแฟ • รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล 1-2 เม็ด ทุก 4 - 6 ชั่วโมง	• ตาพร่ามัวมองเห็นไม่ชัด • มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ กินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น • คลื่นไส้หรืออาเจียน

ปากแห้ง	การดูแลอาการตนเองที่บ้าน	ควรไปพบแพทย์หากมีอาการดังนี้
	• บ้วนปากด้วยน้ำเกลืออุ่นๆ • ดื่มน้ำสะอาดมากๆ • หลีกเลี่ยงขนมที่มีรสหวานจัด • หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชาหรือกาแฟ	• มีปากแห้งมาก และไม่ดีขึ้น • มีอาการกลืนลำบาก

มือเท้าชาหรือปวด ปวดชาตามปลายมือปลายเท้า	การดูแลอาการตนเองที่บ้าน	ควรไปพบแพทย์หากมีอาการดังนี้
	• สวมถุงเท้า รองเท้าที่ไม่รัดแน่นเกินไป • แช่เท้าในน้ำอุ่น และใช้ผ้านวด • ดูแลปลายเท้าให้อบอุ่น • เดินออกกำลังเบาๆ	• มีอาการชาบ่อยๆ และรุนแรงขึ้น • ปวดเวลาเดิน • ไม่สามารถใช้มือทำกิจกรรมประจำวันได้

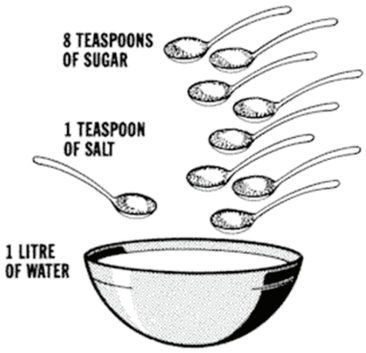
โลหิตจาง/ซีด	การดูแลอาการตนเองที่บ้าน	ควรพบแพทย์หากมีอาการดังนี้
	• รับประทานปลา ไก่ และเนื้อให้มากขึ้น • รับประทานผักโขม ผักปวยเล้ง ผักกูด ผักแว่น กะหล่ำดอก ผักใบเขียว และถั่วต่างๆ • รับประทานธาตุเหล็กเสริม	• รู้สึกเหนื่อยง่ายติดต่อกัน 3-4 สัปดาห์ และมีอาการเหนื่อยมากขึ้นๆ • รู้สึกเดินเซ ทรงตัวไม่ได้ และวิงเวียนงงศีรษะ

เหนื่อยง่ายและวิงเวียนศรีษะ	การดูแลอาการตนเองที่บ้าน	ควรไปพบแพทย์หากมีอาการดังนี้
	• ตื่นและเข้านอนให้ตรงเวลาทุกวัน • ออกกำลังกายเบาๆ ตามสภาพร่างกาย • รับประทานอาหารที่มีผักและผลไม้ • งดแอลกอฮอล์เหล้า บุหรี่ สารเสพติดทุกชนิด • ทำอาหารง่ายๆ รับประทานหากคุณต้องเหน็ดเหนื่อยมากขึ้นจากการปรุงอาหาร	• รู้สึกอ่อนเพลีย จนไม่มีแรงเคลื่อนไหวหรือรับประทานอาหารไม่ได้ • กลืนอาหาร หรือกินอาหารไม่ได้จนร่างกายไม่มีแรง

ผื่นตามผิวหนัง	การดูแลอาการตนเองที่บ้าน	ควรไปพบแพทย์หากมีอาการดังนี้
	• ดูแลทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำสะอาดและใช้สบู่ที่ปราศจากเชื้อหรือน้ำหอม • ดูแลรักษาผิวหนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ • ใช้โลชั่นเพื่อบรรเทาอาการ • งดการโดนแดดหรือตากแดด • ดื่มน้ำสะอาดวันละหลายๆ แก้วเพื่อให้ผู้หนังชุ่มชื่น	• มีไข้ร่วมด้วย • เริ่มรู้สึกเจ็บคอหรือตาแดง • มีผื่นขึ้นผิวหนังเป็นเวลานาน • เริ่มมีตุ่มน้ำใสๆ ร่วมด้วย

อาการตัวเหลือง	การดูแลอาการตนเองที่บ้าน	ควรไปพบแพทย์หากมีอาการดังนี้
	• ดื่มน้ำสะอาดมากๆ • พักผ่อนให้เพียงพอ • หลีกเลี่ยงอาหารที่มีมันมาก	• อาการตัวเหลืองเพิ่มขึ้น • มีไข้ร่วมด้วย • มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และรู้สึกไม่สบายท้อง • มีอาการบวมตามมือ เท้า และบริเวณท้อง

ท้องเสีย	การดูแลอาการตนเองที่บ้าน	ควรไปพบแพทย์หากมีอาการดังนี้
	• รับประทานอาหารปริมาณน้อยๆ แต่รับประทานบ่อยๆ ครั้ง • รับประทานอาหารอ่อนกลืนง่าย เช่น ข้าว กล้วย ขนมปังกรอบ • ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ • ดื่มน้ำเกลือแร่ ORS • หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด และอาหารทอด	• ถ่ายอุจจาระมีเลือดปนออกมา • ถ่ายเหลว/ท้องเสียมากกว่า 4 ครั้งต่อวัน • มีไข้ร่วมด้วย • รู้สึกกระหายน้ำหรือหิว แต่ไม่สามารถรับประทานได้

คลื่นไส้และอาเจียน	การดูแลอาการตนเองที่บ้าน	ควรไปพบแพทย์หากมีอาการดังนี้
	• ปรึกษาแพทย์ว่าคุณสามารถรับประทานยาต้านไวรัสพร้อมกับอาหารได้หรือไม่ • รับประทานอาหารปริมาณน้อยๆ แต่รับประทานบ่อยๆ ครั้ง • ดื่มน้ำสะอาด น้ำชาอ่อนๆ หรือน้ำเกลือแร่ ORS จนกว่าจะหยุดอาเจียน • หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด และอาหารทอด	• มีอาการปวดบิดท้อง • มีไข้ร่วมด้วย • อาเจียนมีเลือดปนออกมา • มีอาการอาเจียนติดต่อกันมากกว่า 1 วัน • รู้สึกกระหายน้ำหรือหิว แต่ไม่สามารถรับประทานได้

ฝันร้าย	การดูแลอาการตนเองที่บ้าน	ควรไปพบแพทย์หากมีอาการดังนี้
	• ทำกิจกรรมที่ชอบเพื่อให้ผ่อนคลายก่อนเข้านอน • งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดทุกชนิด • พูดคุยกับคนอื่นเพื่อระบายความรู้สึก • หลีกเลี่ยงอาหารมันๆ หรือรับประทานอาหารมื้อใหญ่	• คุณนอนไม่หลับ / นอนหลับไม่สนิทติดต่อกันหลายๆ คืน • ฝันเห็นสิ่งที่น่ากลัว เช่น การฆ่าตัวตาย

ตารางข้างต้นดัดแปลงจาก เกรก คาร์ล: เครื่องมือประกอบการให้คำปรึกษาผลข้างเคียงจากยาต้าน

การใช้ยาต้านไวรัส ร่วมกับการใช้ฮอร์โมน เพื่อเปลี่ยนแปลงร่างกาย

สาวประเภทสองอาจมีการใช้ฮอร์โมนเพื่อเสริมสร้างให้เกิดลักษณะเฉพาะของเพศหญิง และลดลักษณะเฉพาะต่างๆ ของเพศชาย ซึ่งยาตัวหลักๆ ที่ใช้ ได้แก่ เอสโตรเจน (Oestrogen) และยาต้านฮอร์โมนเพศชาย โดยปกติแล้วสาวประเภทสองที่ใช้ยาต้านควรตรวจดูระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (ระดับของเอสตราไดออล) และเทสโทสเตอโรนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยยืนยันให้แน่ใจว่าใช้ฮอร์โมนในขนาดที่เหมาะสมอยู่

ในกรณีที่สาวประเภทสองต้องรับยาต้านมีข้อควรระวัง คือ ยาต้านไวรัสมีผลกับระดับของฮอร์โมน ดังนั้นเมื่อรับยาต้านสาวประเภทสองที่ใช้ฮอร์โมนเพื่อเปลี่ยนแปลงร่างกาย ควรปรึกษาแพทย์เรื่องฮอร์โมนที่ใช้อยู่ ทั้งนี้สามารถใช้ฮอร์โมนพร้อมๆ ไปกับการรับยาต้าน แต่ต้องระมัดระวังเรื่องผลกระทบที่เกิดจากการใช้ฮอร์โมนร่วมกับยาต้าน เพราะยาต้านไวรัสทำให้ระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงต้องคอยติดตามดูระดับของฮอร์โมนสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถปรับระดับของฮอร์โมนที่ใช้อยู่ให้เหมาะสม และไม่ควรเปลี่ยนชนิดของยาต้านเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (ศูนย์ให้คำปรึกษาซีสเตอร์, 2555; Humphrey-Waa K., 2011).

ยารักษาเอชไอวีที่ทำให้ระดับของเอสตราไดออลเพิ่มขึ้น	ยารักษาเอชไอวีที่ทำให้ระดับของเอสตราไดออลลดลง
Amprenavir (Agenerase)	Darunavir (Prezista)
Atazanavir (Reyataz)	Lopinavir/Ritonavir (Kaletra)
Delavirdine (Rescriptor)	Nelfinavir (Viracept)
Efavirenz (Sustiva)	Nevirapine (Viramune)
Etravirine (Intelence)	Ritonavir (Norvir)
Fosamprenavir (Lexiva)	Tipranivir (Aptivus)
Indinavir (Crixivan)	
Saquinavir (Invirase)	

บทที่ 6

การดูแลสนับสนุน: การกินยาต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 : การกินยาต่อเนื่อง

หลังจากที่เริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านแก่ผู้ติดเชื้อแล้วจำเป็นต้องมีการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินผลการรักษาและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษา ซึ่งการติดตามประเมินผลการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือการตรวจ Viral Load และระดับ CD4

โดย Viral Load เป็นดัชนีที่บอกประสิทธิภาพในการรักษาได้แม่นยำกว่าระดับ CD4 และสามารถวินิจฉัยการรักษาล้มเหลวได้เร็วที่สุด โดยทั่วไปหลังจากเริ่มให้การรักษาด้วยสูตรยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อรับประทานในขนาดที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อส่วนใหญ่จะมี Viral load ลดลงจนน้อยกว่า 50 copies/mL ในเวลา 6 เดือน แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อค่า Viral Load คือ ผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อที่ดื้อยาตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาทำให้ Viral Load ไม่ลดลงถึงแม้จะมีการกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ (สำนักโรคเอดส์และวัณโรค, 2554)

การดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคมจาก Case Manager: ในขั้นตอนที่ 5

ในขั้นตอนนี้ผู้รับบริการจะเริ่มมีวินัยในการดูแลเรื่องการกินยา และในหลายกรณีพบว่าเมื่อตนเองลืมหรือขาดยา ผู้รับบริการจะติดต่อมาปรึกษากับ Case Manager เพราะบทบาทที่ Case Manager วางไว้คือเพื่อนที่ปรึกษา เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสบายใจที่จะติดต่อ และขอคำปรึกษา เมื่อผู้รับบริการกินยาต้านไวรัสได้ระยะหนึ่งแล้ว Case Manager มีบทบาทในการติดตาม 3 รูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

1. Case Manager ติดตามกับผู้รับบริการ
   a. โทรติดตามผลกับผู้รับบริการเป็นระยะ
      i. สอบถามสถานการณ์ทั่วไปในชีวิตของผู้รับบริการ
      ii. ตรวจสอบสภาวะจิตใจของผู้รับบริการ
      iii. สอบถามการกินยาต่อเนื่อง และการไปรับยาที่สม่ำเสมอกับผู้รับบริการ

2. Case Manager ติดตามกับสถานพยาบาล
   a. ติดต่อสอบถามโดยตรงกับสถานพยาบาลที่ผู้รับบริการเข้ารับการรักษา ซึ่งในกรณีนี้ Case Manager จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์อันดี และการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินหัวข้อต่อไปนี้
      i. การอยู่ในระบบการรักษาของผู้รับบริการ
      ii. ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ
      iii. ช่วยแบ่งเบาภาระงานต่างๆ ของสถานพยาบาล เช่น การติดตาม และการลงพื้นที่ในกรณีผู้รับบริการหายไปจากระบบการรักษา

3. Case Manager ติดตามผลการตรวจระดับ CD4 และ VL
   a. สอบถามผู้รับบริการถึงระดับ CD4 ว่าเพิ่มขึ้นหรือไม่ และระดับ VL ที่ลดลงเหลือเท่าไหร่
   b. ร่วมกันประเมินผล CD4 และ VL กับผู้รับบริการ เพื่อให้เห็นผลเชื่อมโยงของการทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบ 3 ช่องทางเช่นนี้จะเป็นตัวช่วยสำคัญที่ทำให้ Case Manager ได้เห็นข้อมูลของผู้รับบริการทั้งระบบ เพื่อให้ผู้รับบริการยังอยู่ในระบบการรักษาต่อไป และ Case Manager สามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีในกรณีที่ผู้รับบริการประสบปัญหาต่างๆ

ตัวอย่างแผนการติดตาม

ระยะเวลาการติดตาม	รูปแบบการติดตาม
หลังรับยาต้านไวรัส และผู้รับบริการมีสภาวะการกินยาคงที่	
เดือนที่ 1	โทรศัพท์ติดตาม สอบถามปัญหา และอุปสรรค
เดือนที่ 2	Line - Social App สอบถามความเป็นไป
เดือนที่ 3	โทรติดตามกรณีผู้รับบริการไปรับยาต้านไวรัส
เดือนที่ 4 - 5	Line - Social App สอบถามความเป็นไป
เดือนที่ 6	1. โทรติดตามกรณีผู้รับบริการไปรับยาต้านไวรัส 2. นัดพบผู้รับบริการ • พบผู้รับบริการผ่านกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร • ลงพื้นที่เยี่ยม / นัดเจอผู้รับบริการเฉพาะราย • พบตามสถานพยาบาล กรณีผู้รับบริการไปรับยาในระบบการรักษา
เดือนที่ 7 - เดือนที่ 11	Line - Social App สอบถามความเป็นไป
เดือนที่ 12	โทรติดตามเพื่อรักษาความสัมพันธ์

การดูแลสนับสนุนทางจิตใจ

ผลกระทบด้านจิตใจของการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเรื้อรังปลอดอาการจากเชื้อเอชไอวี (จุรีรัตน์, 2553 และ กรมสุขภาพจิต, 2546) ดังนี้

ผู้รับบริการที่อยู่ในขั้นตอนนี้จะอยู่ป็นระยะเวลาที่มีความยาวนานหลายปี ทั้งนี้ในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ติดเชื้อ มีดังนี้

a. มีความไม่ไว้วางใจ: เนื่องจากผู้รับบริการอาจต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ได้แก่ ไม่แน่ใจว่าตนเองจะแพ้ยา หรือมีอาการดื้อยาหรือไม่ ไม่มั่นในการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดกับตนจะเป็นไปในทิศทางใด ไม่มั่นใจว่าจะเกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคฉวยโอกาสเมื่อไหร่ หากคนในครอบครัวหรือคนรักรับรู้แล้วจะเต็มใจให้ความช่วยเหลือตนเองหรือไม่ คนอื่นๆ จะเข้าใจ และยอมรับสิ่งที่เกิดกับตนเองได้หรือไม่

b. เกิดความอับอาย และความสงสัย: เมื่อผู้รับบริการอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้สักระยะ และเริ่มทำใจยอมรับตนเองได้ ภาวะที่อาจตามมาคือ ความไม่มั่นใจว่าคนอื่นๆ จะเข้าใจ และยอมรับตัวตนได้หรือไม่หากรู้ความจริง เนื่องจากการอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมทางเพศอาจเป็นสิ่งที่สังคมยังไม่ยอมรับ กลัวถูกเปิดเผยความลับ ยิ่งคนที่ไม่อยากให้คนอื่นรู้ความจริงนั้นยิ่งทำให้เกิดความอับอายมากขึ้น รวมทั้งอาจเกิดความสงสัยภายในตนเองว่า ตนจะสามารถทนกับความอายได้หรือไม่ สงสัยว่าคนอื่นจะมีปฏิกิริยาอย่างไร

c. มีความรู้สึกผิด: เนื่องจากเรื่องราวในอดีต และพฤติกรรมที่ผ่านมาจนนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี เช่น การตำหนิตนเองที่มีพฤติกรรมเสี่ยง การที่ไม่ได้มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเท่าที่ควร เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีคนอื่นทราบความลับของตน แล้วแสดงความรังเกียจหรือตำหนิด้วยท่าทีหรือคำพูด

d. เกิดความรู้สึกด้อยค่า: เนื่องจากการปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความรู้สึกต่างๆ ที่ต้องใช้เวลา ในการปรับทัศนคติ ความเปลี่ยนแปลงระหว่างความรู้สึกด้อยค่าและมีคุณค่ากลับไปกลับมาได้บ่อยๆ ในช่วงที่มีความรู้สึกด้อยค่า มักคิดว่าตนเองเป็นคนอ่อนแอโง่ ด้อยกว่าผู้อื่น โดยเฉพาะเมื่อถูกผู้อื่นย้ำถึงสภาวะการอยู่รวมกับเชื้อเอชไอวี

ทัศนคติ บทบาท และเทคนิคของ Case Manager ในการดูแลสนับสนุนผู้รับบริการ ในระยะเรื้อรังปลอดอาการ

ทัศนคติของ Case Manager:

- Case Manager จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงสภาวะอารมณ์ต่างๆ ของผู้รับบริการที่อาจเกิดขึ้น (ดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ข้างต้น) เมื่อผู้รับบริการต้องเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ในแต่ละช่วงขณะของชีวิต
- เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก มีความเป็นไปได้สูงที่ผู้รับบริการจะเกิดภาวะสับสน ไม่แน่ใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในลักษณะเดี๋ยวดี เดี๋ยวร้าย ในกรณีดังกล่าว Case Manager จะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความชัดเจน และมั่นคงในการใช้ชีวิตมากขึ้นได้
- Case Manager ต้องคอยช่วยสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถก้าวข้ามช่วงเวลาที่ยากลำบากและกลับไปใช้ชีวิตเช่นปกติอีกครั้งเมื่อเวลาผ่านไป ไม่ควรปล่อยให้ผู้รับบริการอยู่กับสภาวะอารมณ์ในด้านลบนานเกินไป และในขณะเดียวกันก็ต้องไม่ให้ผู้รับบริการพึ่งพิง และเห็น Case Manager เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวที่มั่นคงจนไม่สามารถพึ่งพา และดูแลตนเองได้

บทบาท และเทคนิคของ Case Manager:

- สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการรู้สึกสบายใจที่ได้ พูดคุย และได้เล่าถึงปัญหาต่างๆ ให้กับ Case Manager ฟัง โดยการแสดงออกของ Case Manager ควรเต็มไปด้วยความเข้าใจผู้รับบริการที่ต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ดังกล่าว

- หลังจากสร้างความสัมพันธ์อันดีแล้ว Case Manager จะต้องเริ่มให้ผู้รับบริการกล้าที่จะเผชิญหน้ากับความจริง โดยใช้คำถามปลายเปิด และท้าทายให้ผู้รับบริการเผชิญหน้ากับความกลัว และความวิตกกังวลนั้น เช่น

Case Manager : หากบอกกับครอบครัวแล้ว คิดว่าครอบครัวจะเป็นอย่างไร? *(คำถามปลายเปิด)*

ผู้รับบริการ : ก็ไม่รู้เหมือนกัน ที่บ้านอาจจะรับได้ก็ได้เพราะยังไงเขาก็รักเรา หรือไม่เขาก็อาจรังเกียจเราเลยก็ได้

Case Manager : เราไม่มีทางรู้หรอกว่าเขาจะคิดยังไง ถ้าเราไม่ลองถามเขาดู *(Case Manager อาจใช้วิธีการท้าทายเพื่อให้ผู้รับบริการเผชิญหน้ากับความจริง แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องให้ผู้รับบริการเตรียมใจ และประเมินความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้กับสถานการณ์ดังกล่าวด้วยเช่นกัน)*

- เน้นให้ผู้รับบริการมีทัศนคติต่อชีวิตในแนวทางที่เหมาะสม หมายถึง ไม่เอาแต่โทษตนเอง หรือกล่าวโทษคนอื่น แต่เริ่มปรับทัศนคติของผู้รับบริการให้รู้จักให้อภัยตนเอง และเรียนรู้จากความผิดพลาดในชีวิต โดยเน้นการหาเป้าหมายในชีวิต ก้าวเดินไปข้างหน้า ไม่เอาแต่นั่งจมอยู่กับความผิดพลาดในอดีตที่ไม่สามารถแก้ไขได้

การกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ

การกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence) หมายถึง การที่ผู้รับบริการเข้าใจ ยอมรับ และตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตน และรับประทานยาต้านไวรัสให้ถูกขนาด ถูกเวลา ตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อให้ได้ผลการรักษาดีที่สุด การกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีความสำคัญต่อการใช้ยาต้านไวรัส เนื่องจากเชื้อเอชไอวี มีความสามารถในการดื้อยาได้ง่าย เพราะในแต่ละวันเชื้อแบ่งตัวเป็นจำนวนมาก และมีโอกาสกลายพันธ์ได้สูงในการแบ่งตัวแต่ละครั้ง

Good Adherence คือ การที่ผู้รับบริการเต็มใจ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ และปฏิบัติตามคำสั่งการใช้ยา และคำแนะนำได้ถูกต้องเคร่งครัด โดยกินยาได้มากกว่าร้อยละ 95 และ แต่ละครั้งของการกินยา ต้องไม่คลาดเคลื่อนเกิน 30 นาทีจากเวลาที่กำหนดไว้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศศัมพันธ์, 2554)

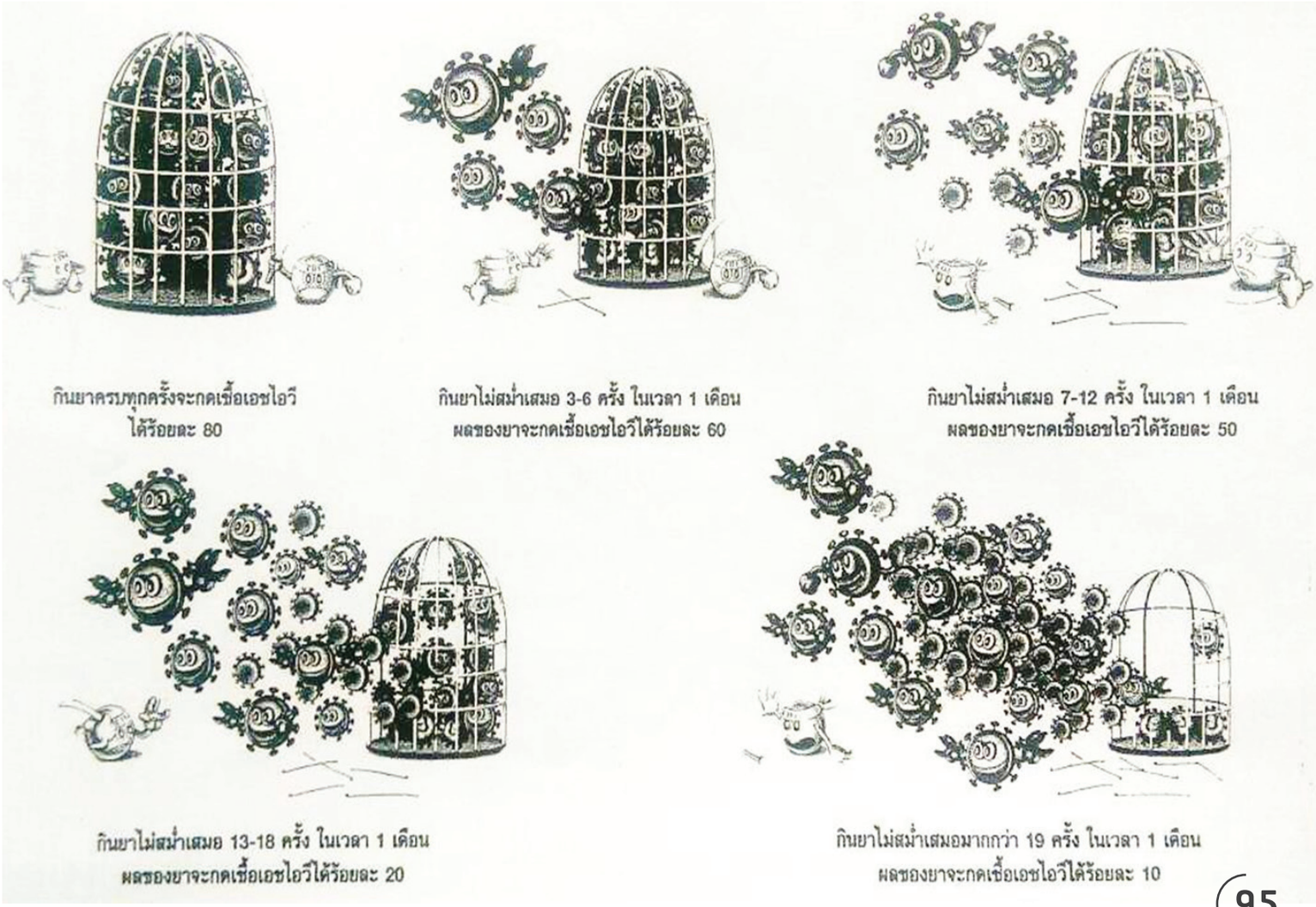
กินยาให้ตรงเวลาครบถ้วน ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เช่น ยาที่กินห่างกัน 12 ชั่วโมง ต้องห่างกัน 12 ชั่วโมงทุกครั้ง

- **ต้องกินตรงเวลา และไม่ควรเกินเวลามากกว่า ครึ่งชั่วโมง**
- **กรณีลืมกินยาเมื่อนึกขึ้นได้ให้กินแทนทันที แต่ถ้าหากมื้อถัดไปห่างจากมื้อที่กินแทนไม่เกิน 2 ชั่วโมงก็ไม่ต้องกินมื้อนั้น และให้เริ่มกินยามื้อต่อไปตามปกติ**

การกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ จะทำให้ความสามารถในการกดเชื้อเอชไอวีลดลง รายละเอียดดังต่อไปนี้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

- กินยาครบทุกกครั้งจะกดเชื้อเอชไอวีได้ 80%
- กินยาไม่สม่ำเสมอ 3 – 6 ครั้งในเวลา 1 เดือน ผลของยาจะกดเชื้อเอชไอวีได้ 60%
- กินยาไม่สม่ำเสมอ 7 – 12 ครั้งในเวลา 1 เดือน ผลของยาจะกดเชื้อเอชไอวีได้ 50%
- กินยาไม่สม่ำเสมอ 13 – 18 ครั้งในเวลา 1 เดือน ผลของยาจะกดเชื้อเอชไอวีได้ 20%
- กินยาไม่สม่ำเสมอมากกว่า 19 ครั้งในเวลา 1 เดือน ผลของยาจะกดเชื้อเอชไอวีได้ 10%



หากผู้รับบริการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ส่งผลทำให้เกิดภาวะดื้อยา จะเป็นต้องใช้ยาสูตรอื่นๆ ทำให้การรักษามีความยากลำบากมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

- การดื้อยามีผลเสีย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาจะรักษาตัวด้วยยาสูตรเดิมไม่ได้ผล ต้องเปลี่ยนไปรักษาด้วยยาสูตรอื่นๆ ซึ่งมีความยุ่งยากในการกินยา ตลอดจนมีผลข้างเคียงอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ราคาที่สูงขึ้น ผลข้างเคียงของตัวยาต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เป็นต้น
- ปัจจัยที่มีผลต่อผู้รับบริการในการกินยาไม่สม่ำเสมอ เช่น การเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ต่างจากเดิม การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น ยาสมุนไพรต่างๆ เป็นต้น
- หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการกินยา หรือวิธีการรักษาอื่นๆ ควรไปพบแพทย์หรือทีมสุขภาพที่ดูแล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

(ภาณุ สหัสสานนท์, 2557)

1. อาการเจ็บป่วย และผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ (Symptoms & Medication Side Effects) ปัจจัย และอาการความเจ็บป่วยที่ผิดปกติไปของผู้รับบริการหลังกินยาต้านไวรัส ทำให้ส่วนใหญ่เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส เช่น การปวดหัว วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน อาการท้องเสีย เป็นไข้หรือมีอาการคล้ายไข้หวัด และเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย อาการต่างๆ เหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกหวั่นเกรง ไม่สบายใจ และหยุดยาเองโดยอัตโนมัติ รู้สึกว่าหลังกินยาต้านไวรัสแล้วตนเองมีอาการแย่ลง

2. เหตุการณ์ที่มีความตึงเครียดในชีวิต (Stressful Life Events) เช่น การถูกเลิกจ้าง การไร้ที่อยู่อาศัย การได้รับโทษจำคุก การเป็นเหยื่อในความรุนแรงต่างๆ และการเข้ารักษาในโรงพยาบาล เหตุการณ์ตึงเครียดต่างๆ ในชีวิตเหล่านี้ล้วนสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสทั้งสิ้น ผู้รับบริการที่ประสบกับสภาวะตึงเครียดจะนำไปสู่การไม่ร่วมมือในการกินยาต้านอย่างต่อเนื่องเพราะขาดกำลังใจในการดำเนินชีวิต

3. การขาดการสนับสนุนทางสังคมและจากครอบครัว (Family & Social Support) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้รับบริการ จะทำให้ผู้รับบริการให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง เพราะรู้ว่ายังมีคนรัก มีคนห่วงใย การได้รับกำลังใจดังกล่าวจึงเป็นผลทำให้ผู้รับบริการมีกำลังใจในการดูแลตนเอง เพราะอยากมีชีวิตที่ยืนยาว

4. ความซับซ้อนของการรับประทานยา (Complexity of Regimen) การรับประทานยาต้านไวรัสที่มีความยุ่งยาก และซับซ้อน เพราะต้องกินยาหลายชนิดในช่วงเวลา และในปริมาณที่แตกต่างกันมักทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถทำตามแนวทางในการกินยาได้อย่างต่อเนื่อง

5. ความมั่นใจในการกินยาต้านไวรัส (Self-Efficacy) ความมั่นใจในความสามารถที่จะรับประทานยาต้านไวรัส หมายถึง ผู้รับบริการบางรายไม่มั่นใจในตนเองว่าจะสามารถกินยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องและตรงเวลาไปตลอด ความลังเล ไม่มั่นใจดังกล่าวทำให้ผู้รับบริการบางรายไม่อยากกินยาต้านไวรัส เพราะกลัวความไม่ต่อเนื่องดังกล่าว ดังนั้นในการดูแลสนับสนุนผู้ดูแลสนับสนุนต้องส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในศักยภาพของตน

บทที่ 7

การดูแลสนับสนุน: การดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ

การดูแลสนับสนุน: การดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ

การดูแลสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณที่ Case Manager ใช้ในการดูแลผู้รับบริการ ประกอบด้วย

1. เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ
2. เทคนิคการฟัง
   - การฟังระดับเนื้อหา
   - การฟังระดับความรู้สึก
   - การฟังระดับความต้องการ
3. เทคนิคการตั้งคำถาม
4. เทคนิคการทวนความ
5. เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก
6. เทคนิคการให้กำลังใจ
7. เทคนิคการปรับทัศนคติโดยใช้หลักเหตุผล

เทคนิค และวิธีการดูแลสนับสนุนทางจิตใจ

หลักการ และเทคนิคผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การดูแลทางจิตใจที่ Case Manager ใช้ในการดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในภาคประชาสังคมนั้น เน้นการนำหลักทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มีความหลากหลายมาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมของผู้รับบริการแต่ละราย และ ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้งานนั้นประกอบด้วย ทฤษฎีการให้คำให้ปรึกษาโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความเป็นจริง (Reality Therapy) ทฤษฎีจิตบำบัดแนวความหมายในชีวิต (Logo Therapy) ทฤษฎีการปรึกษาที่เน้นความคิด และเหตุผล (Cognitive Approaches to Counseling) และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational InterViewing)

การทำงานการให้บริการปรึกษาในสังคมไทยยังเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ค่อนข้างน้อยหากเปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ อีกทั้งข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้รับบริการที่ต้องเข้าไปรับการปรึกษาผู้ให้บริการซึ่งเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อนในสังคมไทย ทำให้การทำงานในภาคประชาสังคม Case Manager จะเน้นวิธีการดูแลสนับสนุนทางจิตใจในลักษณะของความเป็นเพื่อนร่วมทาง เพื่อนคู่คิดหรือเพื่อนที่ปรึกษาแทน เพราะการทำงานในลักษณะนี้ทำให้ Case Manager และผู้รับบริการเกิดความใกล้ชิดกันมากขึ้น และในขณะเดียวกันผู้รับบริการก็มีความรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยบอกเล่าเรื่องราว และปัญหาในชีวิตต่างๆ ของตนให้ Case Manager ฟัง ดังเช่นการเล่าสู่กันฟังของเพื่อนสนิท ซึ่งรูปแบบ ทักษะ และเทคนิคของการเป็นเพื่อนร่วมทางของ Case Manager มีรายละเอียดดังนี้ (พงษ์พันธ์, 2543)

• เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำงาน เพราะในการพบกันครั้งแรกระหว่างผู้รับบริการและ Case Manager จะเป็นเสมือนการประเมินความรู้สึกระหว่างกันว่า จะสามารถทำงานร่วมกันต่อจากนี้ได้หรือไม่และจะมีความร่วมมือระหว่างกันเช่นไรต่อไป การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นหน้าต่างบานแรกที่เปิดออกไปสู่ความสัมพันธ์ที่ผู้รับบริการ และ Case Manager จะมีร่วมกันในอนาคต การเริ่มต้นระหว่างกันควรมีบรรยากาศที่เป็นกันเอง อบอุ่น ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเชื่อมั่น มั่นใจ และสบายใจที่จะเดินต่อไปกับ Case Manager

• เทคนิคการฟัง

การฟังถือเป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่สุดในการทำงานดูแลสนับสนุนภาคประชาสังคม โดยเฉพาะการทำงานกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เพราะการฟังเป็นเสมือนการปรับจูนคลื่นแห่งความเข้าใจให้เกิดขึ้นระหว่างผู้รับบริการ และ Case Manager การทำงานในขั้นตอนนี้ จึงถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญ และละเอียดอ่อน Case Manager จะต้องฟังและเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญของผู้รับบริการให้ได้ ทั้งข้อมูลในส่วนเนื้อหา ความรู้สึก และความต้องการในส่วนลึกของผู้รับบริการ หากแจกแจงรายละเอียดการฟังสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

การฟังระดับเนื้อหา คือ

รายละเอียด องค์ประกอบต่างๆ และเรื่องราวในชีวิตของผู้รับบริการ เช่น บุคคลในชีวิต ลักษณะครอบครัว วิถีชีวิตความเป็นอยู่ อาชีพการงาน ประสบการณ์ในอดีต เป็นต้น

การฟังระดับความรู้สึก คือ

ความรู้สึกต่างๆ ที่สอดแทรกออกมาพร้อมๆ กับเนื้อหาที่ผู้รับบริการบอกเล่า อาจออกมาเป็นคำที่บอกความรู้สึกตรงๆ เช่น “เราก็ดีใจที่พ่อแม่รักเรา” หรือความรู้สึกอาจแสดงออกมาในลักษณะที่ไม่เป็นคำพูดชัดเจน แต่แสดงออกทางอวัจนภาษาต่างๆ เช่น สีหน้า แววตา น้ำเสียง และการแสดงออก เช่น ทุกครั้งที่ผู้รับบริการพูดถึงงานที่ทำ ผู้รับบริการจะแสดงออกด้วยสีหน้า และน้ำเสียงที่ภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

ความรู้สึกสามารถแบ่งออกได้ 2 ชนิด คือ

ความรู้สึกทางบวก	ความรู้สึกทางลบ
ดีใจ, ภูมิใจ, รัก, สนุกสนาน, ตื่นเต้น, โล่งอก, มั่นใจ	เสียใจ, ละอายใจ, รังเกียจ, กลัว, กังวล, หวาดหวั่น, ไม่มั่นใจ

การฟังระดับความต้องการ คือ

สิ่งที่แทรกอยู่ลึกๆ ภายในใจของผู้รับบริการ อาจเป็นในลักษณะของความต้องการ ความอยาก และความคาดหวัง หลายครั้งผู้รับบริการอาจไม่รู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งผู้ให้การปรึกษาจะเป็นคนทำหน้าที่สะท้อนสิ่งนี้กลับไปให้ผู้รับบริการทราบ ความต้องการจะออกมาในลักษณะของสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น ต้องการความรัก ต้องการการยอมรับ ต้องการความสงบสุข เป็นต้น ซึ่งวิธีในการแยกแยะความต้องการนั้น Case Manager สามารถจับสังเกตได้ในระดับความรู้สึกของผู้รับบริการ รายละเอียดดังภาพ

ความต้องการที่เชื่อมโยงกับระดับความรู้สึก สามารถเชื่อมโยงได้ดังนี้

ความรู้สึกด้านบวก	ความรู้สึกด้านลบ
เพราะได้รับการตอบสนองความต้องการบางอย่าง	เพราะยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการบางอย่าง
รู้สึกมีความสุขเพราะได้รับความรัก	รู้สึกกังวลเพราะไม่แน่ใจว่าจะได้รับการยอมรับหรือไม่

แผนภาพ แสดงความสัมพันธ์ในระดับต่างๆของการฟัง

เนื้อหา (Content) คือ
สิ่งที่แสดงออกให้เห็น
ฟังได้ชัดเจนจากการบอกเล่า

ความรู้สึก (Feeling) คือ
สิ่งที่อยู่ลึกกว่าเนื้อหา
แสดงออกทางอวัจนภาษา
(สีหน้า ท่าทาง) และ
เนื้อความที่ถ่ายทอดออกมา

ความต้องการ (Need) คือ
สิ่งที่อยู่ลึกที่สุด ต้องใช้การฟังอย่างลึกซึ้ง
การตั้งคำถาม และการสะท้อนความรู้สึก
ช่วยในการจับความต้องการ

• เทคนิคการตั้งคำถาม

การตั้งคำถามเป็นช่องทางสำคัญที่จะทำให้ Case Manager ได้ค้นหาข้อมูลในด้านต่างๆ เพิ่มเติมจากผู้รับบริการ เช่น ข้อมูลในส่วนภูมิหลัง ความสนใจ ลักษณะวิชาชีพ การทำงาน เป็นต้น ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ Case Manager มีโอกาสเข้าใจถึงปัญหาและตัวตนของผู้รับบริการมากขึ้น ขณะเดียวกันการตั้งคำถามของ Case Manager จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการทบทวน และเกิดความเข้าใจความคิด ความรู้สึกของตนเองมากขึ้น การใช้คำถามของ Case Manager จึงไม่ใช่คำถามทั่วๆ ไป แต่จะเป็นคำถามที่ใช้ในลักษณะที่ทำให้ผู้รับบริการได้สืบค้นความคิด ความรู้สึก และความต้องการส่วนลึกในตนเอง การตั้งคำถามมี 2 ลักษณะ คือ

คำถามปลายเปิด	คำถามปลายปิด
1. คำถามที่มีคำตอบที่หลากหลาย ไม่จำกัด เช่น “คุณวางแผนจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร?”	1. คำถามที่มีคำตอบที่จำกัด เช่น ใช่หรือไม่ เช่น “คุณเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายใช่หรือไม่?”
2. คำถามมักขึ้นต้นด้วย 5W 1H (What = อะไร, When = เมื่อไหร่, Where = ที่ไหน, Why = ทำไม, How = อย่างไร) เช่น “อะไรทำให้คุณไม่ป้องกันตนเองขณะมีเพศสัมพันธ์?”	2. คำถามที่มีคำตอบให้เลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น “ในขณะมีเพศสัมพันธ์คุณเป็นฝ่ายรุกหรือฝ่ายรับ?” 3. คำถามที่มีคำตอบตายตัว ไม่สามารถอธิบายเพิ่มเติม เช่น “ในครอบครัวของคุณ คุณมีพี่น้องกี่คน?”

ประโยชน์ของคำถามปลายเปิด	ประโยชน์ของคำถามปลายปิด
1. ให้พื้นที่ความคิดที่เปิดกว้างกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการค้นหาคำตอบที่อยู่ภายในตนเอง	1. เพื่อเป็นการยืนยัน และเน้นย้ำคำตอบที่ชัดเจน
2. เพื่อให้ Case Manager ได้เรียนรู้ตัวตนของผู้รับบริการผ่านคำตอบที่ได้จากผู้รับบริการ	2. เพื่อเป็นการตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันระหว่าง Case Manager และผู้รับบริการ

• เทคนิคการทวนความ

การทวนความ หมายถึง การพูดซ้ำในประโยคเดียวกับที่ผู้รับบริการได้กล่าวมา อาจเป็นประโยคหรือวลีซึ่งมีถ้อยคำน้อยลงหรือใกล้เคียง แต่ยังคงความหมายเดิมอยู่ เช่น

ผู้รับบริการ: ตอนนี้ผมไม่รู้จะทำยังไงแล้ว เรื่องทุกอย่างมันประเดประดังเข้ามาจนไม่รู้จะเริ่มจากตรงไหนมันหลายเรื่องไม่หมด

Case Manager: ตอนนี้ปัญหาทุกอย่างมันประเดประดังเข้ามาหาคุณ จนคุณไม่รู้ว่าจะจัดการมันอย่างไร

• เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก

การสะท้อนความรู้สึก หมายถึง การนำเอาข้อความ และคำพูดของผู้รับบริการมาตีความหมาย ค้นหาความรู้สึกที่แทรกอยู่ในเนื้อหานั้น โดย Case Manager ต้องพยายามจับความรู้สึกแท้จริงที่เกิดขึ้นของผู้รับบริการ และสะท้อนกลับไปเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับรู้ และเข้าใจถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง Case Manager ต้องพยายามเน้นถึงความรู้สึกมากกว่าคำพูด

ผู้รับบริการ: ตอนนี้ผมไม่รู้จะทำยังไงแล้ว เรื่องทุกอย่างมันประเดประดังเข้ามาจนไม่รู้จะเริ่มจากตรงไหน มันหลายเรื่องไปหมด

Case Manager: คุณกำลังกังวล และสับสน ไม่รู้จะจัดการอย่างไร

ประโยชน์ของการทวนความ และการสะท้อนความรู้สึก คือ

1. ทำให้ผู้รับบริการได้ทบทวนตนเองอีกครั้ง หลังฟังคำพูดของตนเองผ่าน Case Manager
2. ทำให้ผู้รับบริการได้รับรู้ และเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง
3. ทำให้ Case Manager และ ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทำการพูดคุย

• เทคนิคการให้กำลังใจ

การเสริมแรงทางบวก และการให้กำลังใจของ Case Manager สามารถกระทำได้หลายวิธี ทั้งในลักษณะการใช้คำพูด หรือการใช้อวัจนภาษา (ภาษากาย) และการสัมผัส เช่น การยกนิ้วหัวแม่มือ การตบไหล่ เป็นต้น แต่หลักและวิธีในการให้กำลังใจนั้นก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ Case Manager จะต้องมีความละเอียดอ่อน เพราะในบางสถานการณ์ความพยายามของ Case Manager ที่อยากจะให้กำลังใจ และปลอบใจผู้รับบริการมากเกินไป อาจทำให้ผู้รับบริการอยู่กับความหวังลมๆ แล้งๆ และไม่ได้อยู่กับความเป็นจริง เช่น

ผู้รับบริการ: ผมจะทำยังไงดี จะบอกที่บ้านยังไงดีว่าติดเชื้อเอชไอวี ที่มหาวิทยาลัยอีก เพื่อนๆ จะต้องรังเกียจผมแน่ๆ เลย แล้วยังจะอนาคตของผมอีก ไม่รู้ต่อไปชีวิตผมจะเป็นยังไง ทุกอย่างมันลวร้ายไปหมด?

การให้กำลังใจที่ไม่เหมาะสม

Case Manager: เอาน่า ใจเย็นๆ ทุกอย่างคงไม่เลวร้ายขนาดนั้นหรอก *(ในความจริงไม่มีใครรู้ว่าจะเกิดอะไรตามมา)*

การให้กำลังใจที่เหมาะสม

Case Manager: ตอนนี้คุณแค่กำลังสับสน ไม่รู้จะจัดการกับสถานการณ์นี้ยังไง *(เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก)* แต่ไม่มีชีวิตใครในโลกนี้ที่จะแย่หรือเลวร้ายไปตลอดหรอกนะ เราจะช่วยกันคิด และแก้ไขปัญหานี้ไปด้วยกัน *(เทคนิคการให้กำลังใจ)*

นอกจากการให้กำลังใจแบบตรงๆ แล้วการแสดงความเห็นชอบ และการให้ความมั่นใจก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการเสริมแรง และให้กำลังใจผู้รับบริการด้วยเช่นกัน

เทคนิคการให้กำลังใจโดยการแสดงความเห็นชอบ

ผู้รับบริการ: นั่นสินะ ชีวิตทุกคนก็มีปัญหาด้วยกันทั้งนั้น แต่อยู่ที่ว่าเมื่อเจอปัญหาแล้ว เราจะแก้ปัญหานั้นต่อไปยังไงมากกว่า

Case Manager: เห็นด้วยค่ะ ทุกคนมีปัญหา แต่อยู่ที่ว่าเราจะจัดการปัญหานั้นยังไง *(เห็นด้วยกับความคิดของผู้รับบริการ + ทวนความ)*

เทคนิคการให้กำลังใจโดยการให้ความมั่นใจ

ผู้รับบริการ: พี่บอกว่าเราจะช่วยกันคิด และแก้ปัญหานี้ไปด้วยกันเหรอครับ?

Case Manager: ใช่ค่ะ เราผ่านปัญหานี้ไปด้วยกัน
(ให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะไม่ต้องเผชิญหน้าอย่างโดดเดี่ยว)

• เทคนิคการปรับทัศนคติ โดยใช้หลักเหตุผล

ในบางสถานการณ์เมื่อผู้รับบริการกำลังประสบปัญหา ผู้รับบริการอาจมองโลก และสิ่งต่างๆ รอบตัวไปในแง่ร้าย และเป็นสิ่งที่มากกว่าความเป็นจริงที่ต้องเผชิญหลายครั้ง Case Manager จำเป็นต้องดึงให้ผู้รับบริการกลับมามองตามความเป็นจริง และใช้การมองปัญหาอย่างมีเหตุผล โดยไม่เอาทัศนคติ หรืออารมณ์แง่ลบที่เกิดขึ้น มาตัดสิน และมองโลกเลวร้ายเกินกว่าความเป็นจริง ซึ่งหลักการดังกล่าว เป็นหลักการที่ประยุกต์ใช้จากทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความเป็นจริง (Reality Therapy) และทฤษฎีการปรึกษาที่เน้นความคิด และเหตุผล (Cognitive Approaches to Counseling) โดยเน้นทักษะการเปลี่ยนมุมมอง และการทบทวนตนเองตามความเป็นจริง โดยเทคนิคเหล่านี้มักจะใช้ในกรณีที่ Case Manager และผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน เช่น

ผู้รับบริการ: ผมจะทำยังไงดี จะบอกที่บ้านยังไงดีว่าติดเชื้อเอชไอวี ที่มหาวิทยาลัยอีกเพื่อนๆ จะต้องรังเกียจผมแน่ๆ เลย แล้วยังจะอนาคตของผมอีก ไม่รู้ต่อไปชีวิตผมจะเป็นยังไง ทุกอย่างมันเลวร้ายไปหมด พ่อกับแม่ต้องเกลียดผมแน่ๆ ถ้ารู้เรื่องนี้เข้า จบแล้ว ชีวิตของผมไม่เหลืออะไรอีกแล้ว

Case Manager: ที่ผ่านมาเวลาเกิดเรื่องแย่ๆ ในชีวิต พ่อแม่ทำอย่างไรกับคุณ ลองเล่าให้ฟังได้ไหมค่ะ? *(ใช้คำถามเพื่อดึงให้ผู้รับบริการใช้หลักเหตุผล ไม่จมกับอารมณ์เดิมๆ)*

ผู้รับบริการ: มีครั้งหนึ่ง ผมเมาแล้วขับรถไปชนกับคนอื่น ครั้งนั้นพ่อก็จะเอาบ่น และด่าว่าผม ส่วนแม่ก็เอาแต่ร้องไห้ตลอดเลย สงสารกลัวผมเจ็บ กลัวผมตาย

Case Manager: คุณคิดว่าที่พ่อแม่แสดงอาการแบบนั้น เป็นเพราะอะไร? *(ใช้คำถามให้ผู้รับบริการวิเคราะห์เรื่องราวจากความเป็นจริง)*

ผู้รับบริการ: เขาคงเหนื่อยหน่ายในตัวผมมั้ง สอนกี่ทีก็ไม่ฟัง นำความเดือดร้อนมาให้ตลอด

Case Manager: พ่อแม่พยายามเตือนคุณตลอดเรื่องเมาไม่ขับ คุณคิดว่ามีเหตุผลอื่นอีกไหมที่ทำให้ท่านคอยบ่น คอยเตือนคุณตลอด *(ใช้คำถามปรับให้ผู้รับบริการคิดถึงเหตุผลที่ต่างจากข้างต้น โดยเชื่อมโยงความเป็นจริงที่ผู้รับบริการเล่าออกมา)*

ผู้รับบริการ: พ่อแม่คงเป็นห่วง ไม่อยากให้ผมทำอะไรไม่ดี เพราะท่านรักผมมาก

Case Manager: ค่ะ ท่านคงรักคุณมาก ฉะนั้นจากที่คุณบอกตอนแรกว่าชีวิตนี้คุณไม่เหลืออะไรอีกแล้ว อาจไม่จริงทั้งหมด เพราะเท่าที่ฟังมา คุณยังมีพ่อแม่ที่รักคุณมากอีก 2 คน *(เทคนิคให้ความมั่นใจ + ให้มองโลกจากความเป็นจริงตามหลักเหตุผล และไม่ปล่อยให้ผู้รับบริการจมกับความรู้สึกแง่ลบ)*

ผู้รับบริการ: ครับ แต่ผมไม่รู้จะทำยังไงดี จะบอกกับท่านยังไงดี ผมกลัวท่านจะเสียใจ

Case Manager: คุณกังวลกลัวว่าหากบอกกับท่านแล้วจะทำให้ท่านเสียใจ *(ทวนความ + สะท้อนความรู้สึก)*

ผู้รับบริการ: ใช่ครับ ไม่รู้จะเริ่มต้นยังไงดี

Case Manager: คุณวางแผนกับเรื่องนี้ไว้อย่างไรบ้างคะ? *(คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้รับบริการได้ทบทวนและเริ่มจัดการชีวิตของตนเอง)*

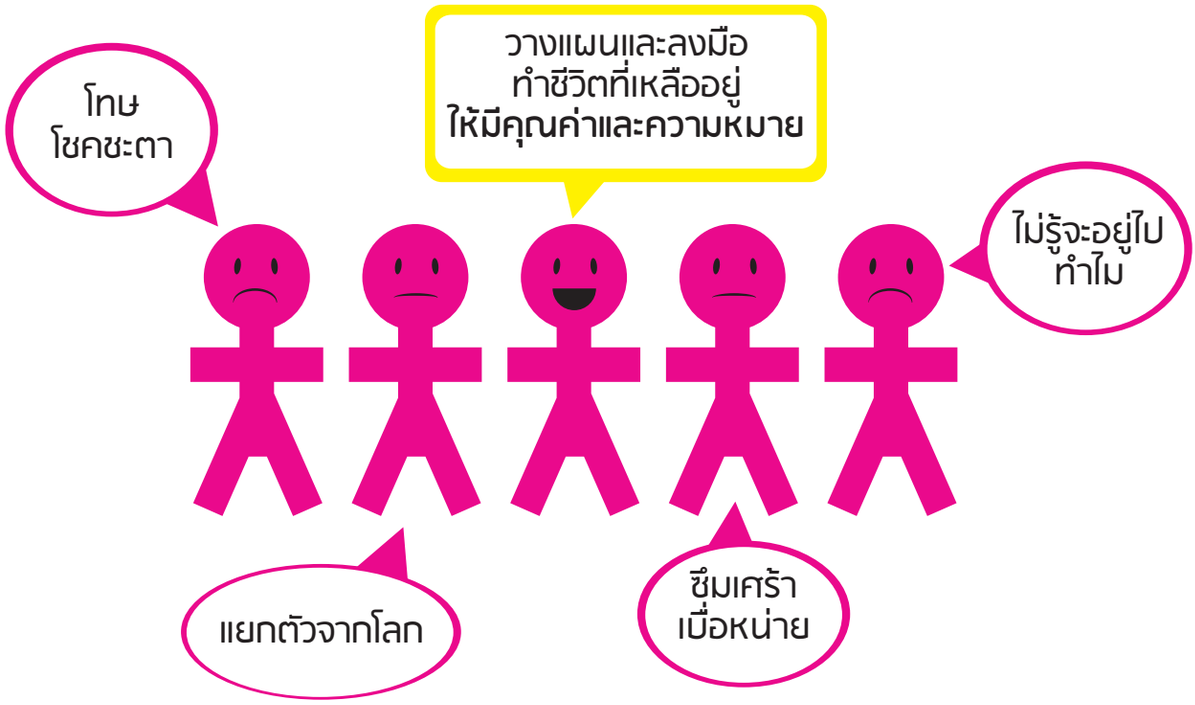
จากตัวอย่างข้างต้น เป็นบทสนทนาสั้นๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้รับบริการ และ Case Manager โดย Case Manager ได้ดึงทักษะและเทคนิคที่หลากหลายในการให้บริการปรึกษาขึ้นมาใช้ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ ให้ผู้รับบริการได้เข้าใจ และค้นหาความกังวลที่แท้จริงของตนเอง และเริ่มลงมือแก้ไขปัญหานั้นๆ จะสังเกตได้ว่า ผู้รับบริการเริ่มต้นบทสนทนาด้วยความเครียด ความวิตกกังวล และไม่รู้ว่าตนเองจะเริ่มแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไร ซึ่งในกรณีตัวอย่างนี้ Case Manager ค่อยๆ ช่วยให้ผู้รับบริการได้คลี่คลายปัญหาออกมาทีละอย่าง จนเห็นชัดว่าสาเหตุของความทุกข์ใจของผู้รับบริการเกิดจากความไม่รู้ว่าจะบอกกับพ่อแม่ของตนอย่างไร ว่าตนนั้นติดเชื้อเอชไอวี จนสุดท้าย Case Manager ช่วยให้ผู้รับบริการทราบถึงปัญหา และความกังวลที่แท้จริง และสามารถเริ่มลงมือวางแผนเพื่อจัดการปัญหานั้นด้วยตัวของตัวเอง โดยปรับเปลี่ยนจากอารมณ์ซึมเศร้า ค่อยๆ ดึง และกระตุ้นผู้รับบริการด้วยคำถามต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการเลิกจมกับอารมณ์ความรู้สึก และหันมาจัดการปัญหาด้วยหลักเหตุผลมากขึ้น

ความรู้พื้นฐานสำหรับ Case Manager

การดูแลสนับสนุนทางจิตวิญญาณ (อรัญญา, 2553)

หมายถึง ความผาสุกที่เกิดจากการมีความหวังในชีวิต มีความรัก ความอบอุ่น ความเชื่อมั่น ศรัทธา มีสิ่งยึดมั่นและเคารพ มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม ด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุข หรือช่วยเหลือผู้อื่นให้ประสบความสำเร็จ (Transcendence) มิตินี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับคุณธรรม และจริยธรรมของคน สามารถสร้างได้ในครอบครัว และชุมชน สร้างด้วยความรักความอบอุ่น ความเข้าใจกันและกัน เห็นใจกัน ยอมรับกัน เคารพในศักดิ์ศรีของกันและกันในฐานะที่เป็นมนุษย์เช่นเดียวกัน ไม่รังเกียจเดียดฉันท์ ไม่แบ่งพวก แต่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน อยู่ร่วมกันอย่างสันติ ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณดี ไม่ได้แปลว่าไม่มีปัญหาแต่สามารถจัดการปัญหาได้ ถ้าแก้ไขไม่ได้ก็สามารถสร้างความสมดุล จัดการให้คนอยู่กับปัญหาที่แก้ไขไม่ได้นั้นโดยไม่ทุกข์ และเดือดร้อนจนเกินไป (กรรณิกา และพนัส, 2555)

การทำงานภาคประชาสังคมในด้านการดูแลสนับสนุนทางจิตวิญญาณของ Case Manager กับผู้รับบริการที่อยู่ร่วมกับเชื้อ HIV จึงเป็นการทำงานที่เน้นการแสวงหาความหมายในชีวิต โดยผู้รับบริการได้ค้นหาความหมายในชีวิตผ่านความทุกข์ เพื่อให้เห็นถึงความมุ่งหวังบางอย่างในชีวิตที่ซ่อนอยู่ รับรู้ว่าความทุกข์เป็นโอกาสที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่มีคุณค่า และมีความหมายแก่ชีวิต มีความพยายามที่จะเติมเต็มความรู้สึกอ้างว้าง ว่างเปล่าในชีวิตด้วยการกระทำบางสิ่งเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมาย และสามารถรับรู้ถึงโอกาส และทางเลือกในชีวิตของตน ว่าตนเองมีความสามารถเพียงใดในการควบคุมหรือกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง (อรัญญา, 2544)



การปรับเปลี่ยนมุมมอง และทัศนคติใหม่ๆ เมื่อต้องเผชิญปัญหาหรือความยากลำบากจึงเป็นโอกาสอีกช่องทางสำหรับผู้รับบริการที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เพราะเมื่อผู้รับบริการรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลง และความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในชีวิต การจัดการตนเอง การวางแผนในชีวิตจากการค้นหาคุณค่าของการถือกำเนิด และการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม จนถึงช่วงเวลาสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้รับบริการที่ค้นพบเป้าหมายในชีวิตของตน ในทางตรงกันข้าม Case Manager จำเป็นต้องคอยสังเกต และให้การดูแลมากขึ้นแก่ผู้รับบริการที่รู้สึกขาดความหมายในชีวิต เพราะบุคคลกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงสูงต่อการคิดทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย

ลักษณะของบุคคลที่ขาดความหมายในชีวิต จะแสดงออกดังต่อไปนี้

1. เกิดความรู้สึกแปลกแยก แยกตัวออกจากโลก
2. รู้สึกเบื่อหน่าย ขาดการสร้างสรรค์ ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมต่างๆ
3. หมกมุ่นอยู่กับปัญหา และมองโลกในด้านลบ
4. รู้สึกด้อยค่า ท้อแท้ใจ โดดเดี่ยวอ้างว้าง
5. ดำเนินชีวิตขาดทิศทาง มักถูกชักจูงจากบุคคลอื่นได้ง่าย
6. มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

เทคนิคการดูแลผู้รับบริการในสภาวะที่ขาดความหมายในชีวิต

วิธีลดการหมกมุ่นจากปัญหา

การคิดอยู่แต่กับเรื่องของตนเอง ความเลวร้าย สถานการณ์ต่างๆ ที่ต้องเผชิญ การคิดและจมกับความรู้สึกเช่นนี้ไม่ช่วยในการแก้ไขปัญหา และยิ่งผู้รับบริการคิดจม และหมกมุ่นกับปัญหานานเท่าใด สภาวะจิตใจของผู้รับบริการก็จะยิ่งแย่ลงเท่านั้น Case Manager จะต้องช่วยเหลือผู้รับบริการในกรณีดังกล่าวด้วยวิธีการดังนี้

1. หยุดจ้องดูตนเอง คือ ตัดใจจากเรื่องที่ทำให้หมกมุ่น ทั้งเรื่องราว ความคิด และความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับเรื่องราวนั้นๆ
2. นำทาง คือ การเปลี่ยนฐานการคิด โดยดึงความสนใจออกไปที่เรื่องอื่นแทน เพื่อให้เกิดทัศนคติด้านบวกต่อชีวิต

บางครั้งการคิดวกวน และจมกับความรู้สึกไม่ช่วยให้แก้ปัญหาได้ เพราะผู้รับบริการไม่อยู่ในสภาวะที่พร้อมจะแก้ไขปัญหาทางออกที่ Case Manager สามารถช่วยเหลือผู้รับบริการได้ คือ ให้หยุดคิดและเลิกมองปัญหา แต่ให้มองเรื่องอื่นในชีวิตแทน การกระทำดังกล่าวไม่ใช่การหนีปัญหา แต่เป็นการพักวางความกังวลใจลงชั่วคราว เพื่อตั้งสติแล้วค่อยกลับมาแก้ปัญหา

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้รับบริการ: ผมคิดดูแล้ว ไม่เข้าใจเลยว่าทำไมเรื่องนี้ต้องเกิดขึ้นกับผม ทำไมโชคชะตาถึงเล่นตลกกับผมแบบนี้ ผมพยายามคิดหาทางออกนะ แต่มันคิดไม่ได้ ตอนนี้มันมืดไปหมด ไม่รู้จะทำยังไง ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ต่อไปยังไงแล้ว

Case Manager: ถ้าตอนนี้ยังคิดไม่ออก หยุดคิดก่อนดีไหม? ลองหยุดเรื่องนี้ แล้วลองพิจารณาดูว่า ตอนนี้มีเรื่องอะไรที่คุณควรให้ความสำคัญอีกไหม? *(ดึงความคิดไปเรื่องอื่นๆ เพื่อให้ผู้รับบริการได้คลี่คลายจากอารมณ์ และความคิดลบเดิม เมื่อผู้รับบริการมีความพร้อมมากขึ้นค่อยกลับมาจัดการปัญหาดังกล่าวอีกครั้ง)*

การแก้ไขปัญหาเมื่อไม่พร้อม อาจนำไปสู่การสร้างปัญหาใหม่ๆ เพิ่มขึ้นอีก ซึ่งจะทำให้เรื่องที่ยากอยู่แล้วมีความซับซ้อนมากขึ้นเป็นลำดับ การหยุดพักเพื่อปรับกาย ปรับใจ ให้พร้อมจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ Case Manager ควรใช้กับผู้รับบริการที่จมอยู่กับปัญหา

3. ปรับทัศนคติ คือ เปลี่ยนมุมมองวิธีคิดในสถานการณ์เดิมๆ โดยการให้อิสระ และทางเลือกกับผู้รับบริการว่าเขาจะเป็นผู้กุมชะตาชีวิตของตนเองหรือจะให้สถานการณ์เป็นตัวกำหนดชีวิตของเขา

วิธีการปรับทัศนคติ

การคิดและจมอยู่กับเรื่องเลวร้าย การกล่าวโทษตนเอง การต่อว่าโชคชะตาไม่เคยนำไปสู่การแก้ปัญหา แต่การปรับวิธีคิด และการลงมือทำจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้รับบริการที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีสามารถแก้ไขเหตุการณ์ เห็นทางออก และทางเลือกของการมีชีวิต และสามารถวางแผนการดำเนินชีวิตของตนเองต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับทัศนคติมีวิธีการ ดังนี้

การตั้งคำถาม คือ การใช้คำถามที่ทำให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแนวคิดในการมีชีวิตอยู่ของตนเอง หลายครั้งการต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ไม่มีทางหลีกเลี่ยง อาจทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเป็นผู้ถูกกระทำ และรู้สึกว่าตนเองไม่มีทางเลือก ไม่มีทางหลีกหนีกับเหตุการณ์ดังกล่าวได้ ในกรณีนี้ Case Manager จะต้องตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดวิธีคิดที่แตกต่างออกไปจากวิธีคิดเดิมๆ ของตน เช่น

- คุณจะเป็นผู้กุมชะตาชีวิตของตนเองหรือจะให้สถานการณ์เป็นตัวกำหนดชีวิตของคุณ
- ในสถานการณ์
- ในตอนนี้มีเรื่องอะไรไหมที่หากคุณไม่ได้ทำแล้ว คุณจะรู้สึกเสียดายไปตลอดชีวิต

รูปแบบคำถามที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เป็นรูปแบบคำถามที่ทำให้ผู้รับบริการได้ขยับจากวิธีคิดแบบเดิมๆ ของตนและก้าวออกมาสู่มุมมองอื่นๆ ในการใช้ชีวิต รูปแบบคำถามเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับมุมคิดและปรับทัศนคติของตนเองได้ในที่สุด

ตัวอย่างการสนทนา

ผู้รับบริการ: ผมคิดดูแล้ว ไม่เข้าใจเลยว่าทำไมเรื่องนี้ต้องเกิดขึ้นกับผม ทำไมโชคชะตาถึงเล่นตลกกับผมแบบนี้ ทำไมต้องเป็นผมด้วยที่ต้องติดเชื้อ เปอร์เซนต์การติดก็ไม่ได้มากมายอะไร แต่ทำไมต้องเป็นผมหรือชาติที่แล้วผมอาจเคยทำกรรมอะไรเอาไว้ ทำให้ผมต้องมาเจอเรื่องแบบนี้ (เงียบ) ทำไมผมถึงโชคร้ายแบบนี้ แล้วต่อไปนี้ชีวิต ผมจะเป็นยังไงต่อไป หมดสิ้นแล้วชีวิตผม ไม่รู้เลยว่าจะมีชีวิตอยู่ยังไง จะมองหน้าใครได้บ้าง มันเป็นเหมือนตราบาปที่ติดตัวผมไปตลอด

Case Manager: ที่ผ่านมาเพราะความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ทำให้คุณต้องติดเชื้อเอชไอวี แต่คุณอาจลืมไปว่าในอนาคตสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไปหลังจากนี้ **คุณเลือกได้** นะว่าคุณอยากให้ชีวิตคุณเป็นยังไง *(ปรับทัศนคติ)*

เป้าหมายหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจในการดำเนินชีวิตต่อไปของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

การทำงานร่วมกันระหว่าง Case Manager และผู้รับบริการ ในส่วนการค้นหาเป้าหมายในชีวิตนั้น Case Manager จำเป็นต้องคำนึงว่าผู้รับบริการอาจมีเป้าหมายในชีวิตแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และบริบทในชีวิต เป้าหมายอาจแบ่งออกได้เป็นหลายลักษณะ เช่น การดูแลบุคคลสำคัญในชีวิต ครอบครัว ความใฝ่ฝันในชีวิต ความห่วงกังวลที่อยากจัดเตรียมทุกอย่างให้พร้อมเพื่อคนที่อยู่ข้างหลัง หรือแม้แต่การท่องเที่ยว เป็นต้น

ซึ่งเป้าหมายที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการอาจเป็นเพียงความตั้งใจเล็กๆ ในชีวิตประจำวันหรืออาจเป็นความหมายที่เติมเต็มชีวิตของผู้รับบริการในรูปแบบที่เป็นนามธรรมก็เป็นได้ การทำงานของ Case Manager จึงไม่ควรละทิ้งเป้าหมายใดๆ ของผู้รับบริการ เพราะสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่จะช่วยเยียวยา สร้างพลัง และกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปของผู้รับบริการ

รูปแบบเป้าหมายแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เป้าหมายระยะสั้น คือ สิ่งที่ผู้รับบริการวางแผน หรือมีความตั้งใจที่จะทำให้เกิดขึ้นได้ในระยะสั้น ในช่วงเวลา 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เป็นต้น
2. เป้าหมายระยะยาว คือ สิ่งที่ผู้รับบริการวางแผนไว้ให้ตัวเองในระยะเวลามากกว่า 1 ปี เป็นต้นไป

วิธีการวางแผนเพื่อไปให้ถึงเป้าหมาย

การวางแผนต่างๆ ในชีวิตของผู้รับบริการ Case Manager ควรจะเป็นคนกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีการวางแผนที่ชัดเจน เพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ เน้นวิธีการที่ลงมือทำได้จริง เพื่อผู้รับบริการจะสามารถประสบความสำเร็จในสิ่งที่หวังไว้ได้ เพราะหากสิ่งที่วางแผนหรือตั้งใจว่าจะทำเป็นไปได้ยาก ความผิดหวังในการไปไม่ถึงเป้าหมายอาจทำให้ผู้รับบริการรู้สึกท้อถอยกับเป้าหมายที่เกินตัว ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวางเป้าหมายจึงควรเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้จริงมากที่สุดและการค่อยๆ ลงมือทำจนสำเร็จในแต่ละขั้นตอน ความสำเร็จในแต่ละขั้นจะเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการสามารถทำตามแผนที่วางไว้ต่อไป

ตัวอย่างการวางเป้าหมาย

หาก Case Manager ค้นพบว่า การอยู่ดูแลคุณแม่คือสิ่งที่เป็นเป้าหมายในชีวิตของผู้รับบริการ Case Manager จะต้องใช้คำถามเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้ค้นหาวิธีการและวางแผนชีวิตนเองเพื่อที่จะทำให้การอยู่ดูแลคุณแม่เป็นจริงได้ในที่สุด

1. เป้าหมาย คือ สิ่งที่ตั้งใจทำโดยออกแบบให้เป็นรูปธรรม

มีพฤติกรรมที่ชัดเจน เช่น

เป้าหมาย: ตั้งใจจะดูแลคุณแม่

พฤติกรรม:
- การโทรศัพท์หาแม่ทุกวัน
- การกลับบ้านทุกวันหยุดเพื่อใช้เวลาอยู่กับแม่
- ส่งเงินให้แม่ใช้ทุกเดือน
- พาแม่ไปเที่ยวเดือนละ 1 ครั้ง
- พาแม่ไปตรวจสุขภาพประจำทุกปี

หลังจากนั้นให้ผู้รับบริการประเมินตนเองถึงความเป็นจริง และความสามารถที่จะทำตามเป้าหมาย เช่น การกลับบ้านทุกอาทิตย์ ทั้งๆ ที่แม่อยู่ต่างจังหวัด ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ยาก และหากมองในระยะยาวก็เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เป็นต้น การค่อยๆ ชวนผู้รับบริการคิดทบทวน ไม่ใช่เพื่อปฏิเสธวิธีการ แต่เป็นการช่วยกันคิดเพื่อทำให้ผู้รับบริการได้กลับมามองโลกตามความเป็นจริง และหาทางออกของปัญหานั้น เพื่อให้สามารถไปได้ถึงเป้าหมายที่ได้วางแผนและตั้งใจไว้อย่างสมเหตุสมผล

2. อุปสรรค คือ สิ่งที่ทำให้ทำตามความตั้งใจไม่ได้ เช่น

อุปสรรค:
- ค่าเดินทางที่ต้องเพิ่มขึ้นในการกลับไปหาแม่
- อาจมีเงินไม่พอที่จะให้แม่ทุกเดือน
- ไม่รู้ว่าจะอยู่ดูแลแม่ไปได้อีกนานแค่ไหน เพราะป่วยเป็นเอชไอวี
- อุปสรรคการอยู่ร่วมกับแม่เพราะตนเองติดเชื้อเอชไอวี

3. แนวทางแก้ไข คือ วิธีการจัดการปัญหาที่ Case Manager จะต้องตั้งคำถามให้ผู้รับบริการได้ประเมินตนเองเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ให้ตนสามารถบรรลุเป้าหมายของตนได้สำเร็จ เช่น

อุปสรรค	ทางแก้ไข
• เงินที่จะให้แม่แต่ละเดือน	• ประหยัดเงินมากขึ้นในแต่ละเดือน • Shopping และเที่ยวเตร่น้อยลง • วางแผนการประกอบอาชีพหรือการเงินเพื่อรองรับกับรายจ่ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
• ร่างกายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี	• ดูแลตนเองสม่ำเสมอ ออกกำลังกาย กินอาหารครบ 5 หมู่ ใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์ ไปหาหมอสม่ำเสมอ ฯลฯ

การวางแผน และหาทางออกร่วมกันในลักษณะนี้จะเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการเห็นทางออกของปัญหา และหันกลับมามีวินัยในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง เพื่อดำรงตนให้ไปถึงเป้าหมายที่ต้องการได้ในที่สุด

4. การเสริมแรง และให้กำลังใจ คือ Case Manager จะให้ผู้รับบริการคิดว่าเมื่อทำสำเร็จได้ตามเป้าหมายแล้ว ให้ผู้รับบริการให้รางวัลตนเองโดยทำสิ่งที่ตนชอบ 1 อย่าง เช่น

เป้าหมาย	ให้รางวัลตัวเอง
- เมื่อโทรหาแม่ได้ทุกวัน ติดต่อกัน 2 สัปดาห์	- อาหารญี่ปุ่น 1 มื้อ

หลักการเสริมแรงในลักษณะดังกล่าว จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดกำลังใจในการไปให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้ และมีแรงขับที่ส่งเสริมให้อยากบรรลุเป้าหมายใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา

บทที่ 8

การดูแลสนับสนุน: ทางสังคม

การดูแลสนับสนุน: ทางสังคม

การดูแลสนับสนุนทางสังคม

การดูแลทางสังคมเป็นอีกมิติหนึ่งที่ Case Manager จะให้การดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง การดูแลทางสังคมหมายถึง การดูแลเพื่อให้บุคคลในสังคมเกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนมนุษย์ มีความเสมอภาค ยุติธรรม มีสันติสุข และความผาสุขกับบุคคลรอบตัว ทั้งครอบครัว เพื่อน และชุมชน เป็นต้น โดยอาจแบ่งรายละเอียดดังกล่าวได้ 3 ระดับ คือ (กรรณิกา และพนัส, 2555)

1. ระดับบุคคล ซึ่งหมายถึง การดูแลให้บุคคลเกิดความเสมอภาค ยุติธรรม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น การดูแลเรื่องสิทธิการรักษาสุขภาพต่างๆ รวมทั้งสิทธิทางสังคมต่างๆ

2. ระดับครอบครัว หมายถึง การเชื่อมโยงกับคนอื่นๆ และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว เช่น มีครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีความรักให้กันและกัน เป็นต้น

3. ระดับชุมชนและสังคม หมายถึง ผู้รับบริการสามารถเชื่อมโยงตนเองกับคนอื่นๆ และสิ่งแวดล้อมในชุมชนและสังคมได้ เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล อันหมายถึงคนในชุมชน สังคมมีความเกื้อกูลเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ถึงแม้ว่าคนในสังคมนั้นๆ จะมีความแตกต่าง หลากหลายชนชั้น อาชีพ และความคิด เป็นต้น

1. การดูแลทางสังคมในระดับบุคคล

- **วิธีการเข้าถึงสิทธิของระบบบริการสุขภาพ**

สามารถแบ่งการทำงานเพื่อช่วยเหลือในการเข้าถึงสิทธิได้เป็น 2 กลุ่มคือ (มูลนิธิเดอะพอสโฮมเซ็นเตอร์, 2555 - และนิติศักดิ์, 2557)

1. กลุ่มผู้รับบริการที่ไม่รู้สิทธิการรักษาของตนเอง เช่น ไม่เคยใช้สิทธิการรักษามาก่อน หรือบางรายมีสิทธิการรักษาอยู่ในต่างจังหวัด เป็นต้น

วิธีการช่วยเหลือ

i. ตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กับผู้รับบริการ (อ้างอิง: เว็บไซต์การตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ http://www.nhso.go.th/peoplesearch)

ii. ในกรณีสิทธิอยู่ต่างจังหวัด หรือไม่สะดวกในการเข้ารับบริการตามสิทธิเดิม Case Manager จะช่วยให้ผู้รับบริการดำเนินการย้ายสิทธิต่างๆ โดยใช้เอกสาร ดังนี้
   - สำเนาสัญญาเช่าห้อง ที่ระบุชื่อผู้รับบริการ หรือชื่อเพื่อนที่เป็นผู้เช่า (กรณีเพื่อนเป็นผู้เช่า เพื่อนต้องลงชื่อรับรองการอาศัยอยู่ร่วมด้วย) และให้เจ้าบ้านเป็นผู้ยืนยันสิทธิให้
   - สำเนาทะเบียนบ้าน
   - สำเนาบัตรประชาชน (กรณีเป็นชื่อเพื่อน ต้องมีสำเนาบัตรประชาชนเพื่อนด้วย)

iii. Case Manager จะพาผู้รับบริการไปติดต่อ เพื่อขอย้ายสิทธิได้ทุกสำนักงานเขต แต่ก่อนดำเนินการเรื่องดังกล่าว Case Manager ต้องโทรตรวจสอบก่อนว่า ที่สำนักงานเขตนั้นๆ มีเจ้าหน้าที่ของ สปสช. ทำการอยู่หรือไม่

iv. เมื่อไปติดต่อของยื่นเอกสารแล้ว ทางเจ้าหน้าที่จะให้เลือกสถานพยาบาลตามเขตที่พักอาศัย (ตามเขตที่ตั้งของห้องเช่า) ในกรุงเทพฯ สิทธิการรักษาจะขึ้นทุกวันที่ 15 และวันที่ 28 ของทุกเดือน (อ้างอิง: เว็บไซต์สถานพยาบาลตามเขตที่พักอาศัย http://bkk.nhso.go.th/pp/stat/mcupmap.php)

v. โทรตรวจสอบสิทธิได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1330

vi. เมื่อได้สิทธิแล้ว Case Manager จะพาผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาตามสิทธิ โดยไปติดต่อที่หน่วยปฐมภูมิก่อน (เช่น รพสต. ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกอบอุ่น เป็นต้น) เพื่อให้แพทย์ที่ปฐมภูมิพิจารณา แล้วจึงทำเรื่องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทุติยภูมิ (เช่น โรงพยาบาลที่ส่งต่อ) ในการดูแลต่อไป

2. กลุ่มผู้รับบริการที่มีสิทธิการรักษาอยู่แล้ว

วิธีการช่วยเหลือ

a. ตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กับผู้รับบริการ (อ้างอิง: เว็บไซต์สถานพยาบาลตามเขตที่พักอาศัย http://bkk.nhso.go.th/pp/stat/mcupmap.php) เพื่อให้ทราบว่าปัจจุบันผู้รับบริการมีสิทธิการรักษาอยู่ที่ใด
   - กรณีผู้รับบริการสะดวกใช้สิทธิเดิม Case Manager สามารถพาผู้รับบริการเข้าสู่สิทธิการรักษาได้ทันที
   - กรณีผู้รับบริการไม่สะดวก และต้องการย้ายสิทธิ สามารถทำได้ตามรายละเอียดดังนี้

b. กรณีย้ายสิทธิ

- **ในกรณีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

  i. หากย้ายสิทธิจากต่างจังหวัดเข้ากรุงเทพฯ (ทำตามรายละเอียดที่กล่าวไว้ข้างต้น)

  ii. หากต้องการย้ายที่อยู่จากกรุงเทพฯ ออกไปอยู่ต่างจังหวัด (ถาวร) สามารถทำได้ดังนี้ (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

  - ทำเรื่องย้ายทะเบียนบ้านโดยนำทะเบียนบ้าน และเจ้าบ้านไปด้วย และในวันเดียวกันนั้นสามารถทำเรื่องย้ายสิทธิได้เลย
  - เจ้าบ้านที่อยู่ในอำเภอนั้นๆ รับรองสิทธิให้ (ในบางพื้นที่ต้องย้ายชื่อผู้รับบริการเข้าไปในทะเบียนบ้านเพื่อให้ได้สิทธิการรักษา)

- **ในกรณีบัตรประกันสังคม**

  i. สามารถย้ายสิทธิได้ภายในวันที่ 1 ม.ค. - 31 มี.ค. ของทุกปี

  ii. ในกรณีที่ทางบริษัทเลือกโรงพยาบาลให้ ให้เราแจ้งความประสงค์กับเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลว่าเราต้องการใช้สิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลไหน เพื่อเปลี่ยนสิทธิการรักษา

  iii. กรณีว่างงานผู้รับบริการสามารถใช้สิทธิได้ถึง 6 เดือน หรือผู้รับบริการสามารถขอยกเลิกสิทธิบัตรประกันสังคม และย้ายสิทธิไปรับบริการในระบบบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

- **กรณีต้องการย้ายสิทธิการรักษาระหว่างปี**

  i. กรณีที่ย้ายงาน สามารถแจ้งได้ที่ฝ่ายบุคคลในเรื่องการย้ายโรงพยาบาล

  ii. กรณีที่ไม่ได้ย้ายงานแต่ย้ายที่อยู่อาศัย สามารถไปแจ้งเรื่องการย้ายสิทธิได้ที่สานักงานประกันสังคม โดยใช้เอกสารการเช่าห้อง/ที่อยู่อาศัย เป็นเอกสารประกอบการทำเรื่อง

  iii. ในกรณีไม่ได้ย้ายงาน และไม่ได้ย้ายที่อยู่อาศัย จะไม่สามารถย้ายสิทธิการรักษาได้ จะต้องรอให้ถึงรอบปีคือ เดือนมกราคม-เดือนมีนาคม ของปีถัดไป

  iv. ในกรณีย้ายสิทธิแล้ว ผู้รับบริการจะต้องขอประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลเดิมที่รักษาอยู่เพื่อใช้เป็นเอกสารการส่งต่อ ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ สิ่งที่ต้องเตรียม คือ

  - ประวัติการรักษา (หากมี)
  - ใบส่งต่อ
  - บัตรประชาชน

- โทรตรวจสอบสิทธิการรักษาได้ที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โทร 1330 หรือสำนักงานประกันสังคมแห่งชาติ 1506
- เมื่อได้สิทธิแล้ว Case Manager จะพาผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาตามสิทธิ โดยไปติดต่อที่หน่วยปฐมภูมิก่อน (เช่น รพสต. ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกอบอุ่น เป็นต้น) เพื่อให้แพทย์ที่ปฐมภูมิพิจารณา แล้วจึงทำเรื่องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทุติยภูมิในการดูแลต่อไป (เช่น โรงพยาบาลที่ส่งต่อ)

การเข้าถึงสิทธิการรักษาตามระบบประกันสุขภาพ แบ่งออกได้ 3 ประเภท คือ

• สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สิทธิประโยชน์ที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจะได้รับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพของสปสช. มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้ (สปสช, 2557) ทั้งนี้ชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักหลักประกันสุขภาพจะมีการปรับเปลี่ยนทุกปีซึ่งสามารถ Download ได้จาก Website ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (link: http://e-library.nhso.go.th/files/book%2002.pdf)

สิทธิประโยชน์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอชไอวี / เอดส์		
การตรวจ Anti – HIV		**ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี**
การตรวจพื้นฐาน (CBC,FBS, Cr, Chol.,TG, SGPT/AZT)* **ในกรณีที่เริ่มยาแล้ว** • ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า 35 ปี และไม่มีโรคประจำตัว • ผู้ติดเชื้ออายุต่ำกว่า 35 ปี และมีโรคประจำตัว • ผู้ติดเชื้อมีอายุ 35 ปี ขึ้นไป		 ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
การตรวจ CD4 **กรณีที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส** • CD4 > 500 cells/mm^3 • CD4 350 - 500 cells/mm^3		 ปีละ 1 ครั้ง ปีละ 2 ครั้ง
กรณีเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส • CD4 > 350 cells/mm^3 และ VL < 50 copies/ml • CD4 < 350 cells/mm^3 และ VL < 50 copies/ml		 ปีละ 1 ครั้ง ปีละ 2 ครั้ง
เกณฑ์การรับยาต้านไวรัสเอชไอวี		
อาการทางคลินิก	**ระดับ CD4 (cell/mm^3)**	**คำแนะนำ**
มีความเจ็บป่วยของระยะเอดส์ (ALD – Defining Illness)	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านไวรัส
มีอาการทางคลินิก**	เท่าใดก็ตาม	เริ่มยาต้านไวรัส
ไม่มีอาการ	< 500	เริ่มยาต้านไวรัส
ไม่มีอาการ	> 500	เริ่มยาต้านไวรัส โดยพิจารณาความพร้อมอย่างเคร่งครัด***
การตรวจ VL **เฉพาะผู้ที่เริ่มยาต้านไวรัสแล้ว** • ตั้งแต่เริ่มยาต้านไวรัส จน VL < 50 copies/ml • VL < 50 copies/ml • กรณีที่มีข้อสงสัยว่าผู้ติดเชื้อจะมีการเกิดเชื้อดื้อยา a. มีประวัติทานยาไม่ตรงเวลามากกว่า 1 ชม. (ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป) หรือทานยาไม่สม่ำเสมอ b. มีอาการป่วยของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส		 ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี 1 ครั้ง/ปี สามารถตรวจเพิ่มได้ตามดุลยพินิจของแพทย์ ทั้งนี้ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง
การตรวจ Drug Resistance • VL > 1,000 copies/ml ในขณะที่ยังทานยาอยู่ หรือหยุดยาไม่เกิน 4 สัปดาห์		 ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี

* CBC คือ ตรวจเลือดทั่วไปเพื่อประเมินว่า มีภาวะติดเชื้อไหม ซีดไหม มีเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวจำนวนเท่าไหร่เม็ดเลือดขาวผิดปกติหรือไม่, FBS คือ ตรวจน้ำตาลในเลือด, CR คือ ตรวจการทำงานของไต, Chol. คือ ตรวจไขมันในเลือด คอเรสเตอรอล, TG คือ ตรวจไขมันในเลือด และ SGPT คือ ตรวจการทำงานของตับ

** อาการทางคลินิก ได้แก่ เชื้อราในปาก, ตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ, ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ, อุจจาระร่วงเรื้อรังไม่สามารถหาสาเหตุได้นานเกิน 14 วัน, น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ใน 3 เดือน และเป็นเริมขึ้นพร้อมกัน 2 ตำแหน่ง

***ในกรณี CD4 > 500 cells/mm^3 ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้อย่างเคร่งครัด

- ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่จะเริ่มยาต้านไวรัสต้องเข้าใจถึงประโยนช์และผลข้างเคียงของการรักษา เข้าใจประเด็นความสำคัญของ adherence ยินดีที่จะเริ่มยาต้านไวรัสและมีความมุ่งมั่นตั้งใจรับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ
- ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อมีสิทธิเลือกที่จะยังไม่รับยาถ้ายังไม่พร้อมในการเริ่มยาต้านไวรัส
- ในกรณีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่ยังไม่มีอาการ ประโยชน์ต่อตัวผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเองไม่ชัดเจน แต่มีประโยชน์ในด้านการสาธารณสุขเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ
- ผู้ให้การดูแลรักษาควรพิจารณาเลื่อนการเริ่มยาไปก่อน หากพบมีปัญหาทางสภาพจิตใจหรือสังคมที่ไม่เหมาะสมต่อการกินยาต่อเนื่อง

• สิทธิประกันสังคม

สิทธิประโยชน์ที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจะได้รับบริการตามสิทธิบัตรประกันสังคม มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้ (สำนักประกันสังคม, 2557)

<u>กรณีตรวจ CD4</u>

- การตรวจ CD4 โดยสำนักงานประกันสังคมจะเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลครั้งละ 500 บาท ปีละไม่เกิน 1,000 บาทต่อราย

<u>กรณีตรวจ Viral load</u>

- การตรวจ Viral Load สำนักงานประกันสังคมจะเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ครั้งละ 2,500 บาท ปีละไม่เกิน 5,000 บาทต่อราย

<u>กรณีตรวจเชื้อดื้อยา (Drug Resistance Testing)</u>

- การตรวจ Drug Resistance Testing สำนักงานประกันสังคมจะเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ครั้งละ 8,500 บาทต่อรายต่อปี

<u>กรณีรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ในกรณีใดกรณีหนึ่ง)</u>

- ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีค่า CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 cell/cu.mm^3
- ผู้ประกันตนที่มีอาการหรือโรคที่มีข้อบ่งชี้ว่ามีอาการของโรคเอดส์ (AIDS Defining Illness) เช่น มีไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ อุจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 14 วัน โดยไม่ทราบสาเหตุ หรือมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 10% ภายใน 3 เดือน เป็นต้น
- กรณีผู้ประกันตนได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ก่อนเป็นผู้ประกันตน ให้สามารถรับสูตรยาต้านไวรัสเดิมได้ต่อไป (เฉพาะสูตรพื้นฐานและสูตรทางเลือก หากเป็นยาต้านไวรัสเอชไอวีในสูตรอื่นต้องได้รับการอนุมัติจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน HIV เสียก่อน)

• สิทธิข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ

สิทธิดังกล่าวขึ้นอยู่กับสังกัดที่ผู้รับบริการแต่ละรายทำงานอยู่ ค้นหาเพิ่มเติมได้ที่ “ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล” ซึ่งรายละเอียดการเบิกจ่ายในแต่ละกรณี และแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับต้นสังกัด

วิธีการเบิกจ่ายสามารถทำได้ 2 ลักษณะ คือ เบิกจ่ายตรง และตั้งเรื่องเบิกย้อนหลัง (กรณีที่ยาอยู่ในบัญชีไม่จำเป็นต้องมีเอกสารกำกับยา ข้อมูลดังกล่าวขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่ผู้รับบริการแต่ละคนสังกัดอยู่) กรณีผู้รับบริการเป็นบุตรข้าราชการ สามารถใช้สิทธิข้าราชการได้ ในกรณีที่อายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์

• การคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์

(สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2554)

ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายบัญญัติรับรองหรือคุ้มครองเฉพาะในการแก้ปัญหาเรื่องเอดส์ แต่ได้มีบทบัญญัติในกฎหมายที่สามารถใช้เทียบเคียง อันได้แก่ กฎหมายรัฐธรรมนูญ กฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งฯ รวมทั้งหลักการและแนวคิดตามหลักสิทธิมนุษยชนซึ่งเป็นเสมือนการป้องปรามการละเมิดสิทธิต่างๆ รายละเอียดดังนี้

1. **การรักษาความลับ และความเป็นส่วนตัว**
   a. การบังคับตรวจเลือดหรือบังคับให้เปิดเผยผลเลือด การตรวจเลือดเพื่อหาเอชไอวีต้องเป็นไปตามความสมัครใจของผู้รับบริการ ไม่มีการบังคับ เมื่อบุคคลใดสมัครใจตรวจเลือดเอชไววีบุคคลนั้นต้องได้รับการให้คำปรึกษาก่อน และหลังการตรวจเลือด ห้ามระบุหรือเปิดเผยชื่อบุคคลพร้อมสถานภาพการติดเชื้อให้บุคคลที่สามทราบโดยไม่ได้รับการยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
   b. การเปิดเผยผลเลือด การเปิดเผยต้องได้รับความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้รับบริการเท่านั้น

- โรงพยาบาลแจ้งผลการตรวจเลือดเอชไอวีต่อนายจ้างโดยไม่ได้รับความยินยอมขัดต่อกฎหมาย 3 ฉบับ คือ รัฐธรรมนูญมาตรา 34, กฎหมายอาญามาตรา 323 และข้อบังคับแพทยสภาหมวด 3 ข้อ 9
- กรณีมีผู้เปิดผนึกซองผลเลือดของผู้มีเชื้อเพื่อล่วงรู้ผลการตรวจ โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากผู้ถูกตรวจ ขัดต่อกฎหมายอาญามาตรา 322
- กรณีประมาทเลินเล่อทำให้ผู้อื่นทราบว่าใครติดเชื้อขัดต่อกฎหมายแพ่งฯ มาตรา 420
- การแจ้งผลเลือดโดยไม่ได้รับคำยินยอมจากผู้รับบริการขัดต่อกฎหมาย 3 ฉบับ คือ รัฐธรรมนูญมาตรา 34, กฎหมายอาญามาตรา 323 และกฎหมายแพ่งฯ มาตรา 420

2. **การทำงาน การประกอบอาชีพ และสิทธิการศึกษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวียังสามารถทำงานได้ และมีสิทธิในการทำงาน และใช้สิ่งของสาธารณะในที่ทำงานร่วมกับผู้อื่น**
   a. การเลิกจ้างการทำงาน และการประกอบอาชีพด้วยสาเหตุติดเชื้อเอชไอวีขัดต่อรัฐธรรมนูญมาตรา 30 ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ยังสามารถทำงานได้มีสิทธิในการทำงาน สิทธิของความเท่าเทียมกันในโอกาสของการจ้างงาน ความมั่นคงในตำแหน่งหน้าที่
   b. ข้อกำหนดที่ถือว่าเป็นการฝ่าฝืนสิทธิมนุษยชน ได้แก่ การบังคับให้ตรวจเลือด การกีดกันหรือแบ่งแยกการกระทำใดๆ ของนายจ้าง และพนักงานซึ่งเป็นการเปิดเผยความลับเกี่ยวกับสถานภาพของการติดเชื้อเอชไอวี
   c. สิทธิในการศึกษา ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสที่จะเข้าถึง และได้รับประโยชน์จากการจัดการด้านการศึกษา รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกในการศึกษาทั้งในสถานศึกษาของรัฐและเอกชน และจะต้องได้รับการปฏิบัติด้วยกฎระเบียบเดียวกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ

3. **การสมรส และการมีครอบครัว**
   สิทธิในการสมรส และการมีครอบครัว ข้อกำหนดที่ถือว่าเป็นการฝ่าฝืนสิทธิมนุษยชน มีดังนี้
   a. การห้ามผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคดังกล่าวใช้สิทธิดังกล่าว
   b. การบังคับให้หญิงมีครรภ์และเด็กตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
   c. การบังคับให้ทำแท้งเนื่องจากมารดาหรือบิดา หรือทั้งบิดาและมารดาอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
   d. การบังคับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ทำหมัน

• การร้องเรียนกรณีถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน

สามารถร้องเรียนกรณีลูกละเมิดสิทธิต่างๆ ได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (Office of the National Human Rights Commission of Thailand) สายด่วนการร้องเรียนโทร 1337 หรือเข้าไปกรอกข้อมูลรายละเอียดการถูกละเมิดได้ใน เว็บไซต์ http://www.nhrc.or.th/2012/wb/th/petition.php?menu_id=4&groupID=2

• กรณีขอรับเงินทดแทนการขาดรายได้จากสำนักประกันสังคม (สำนักประกันสังคม, 2557)

เงินทดแทนการขาดรายได้สำหรับการหยุดงาน เพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ในรอบปีปฏิทิน ถ้าผู้ประกันตนลาป่วยโดยได้รับค่าจ้างจากนายจ้างครบ 30 วัน ตามกฎหมายของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานแล้วต้องหยุดงานตามคำสั่งแพทย์ต่อไปอีก สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินเรียกว่า “เงินทดแทนการขาดรายได้” ซึ่งผู้ประกันตนได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ครั้งละไม่เกิน 90 วันในรอบปีหนึ่งๆ ก็จะจ่ายให้ปีละไม่เกิน 180 วัน เว้นแต่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง* ไม่เกิน 365 วัน ในกรณีที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าจ้างจากนายจ้างในระหว่างหยุดงาน เพื่อการรักษาพยาบาลตามกฎหมายของกรมสวัสดิการ และคุ้มครองแรงงาน หรือมีสิทธิตามระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงานสัญญาจ้างแรงงาน หรือข้อตกลงเกี่ยวกับสภาพการจ้างแล้วแต่กรณี ผู้ประกันตนไม่มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้จนกว่าสิทธิที่ได้รับเงินค่าจ้างนั้นได้สิ้นสุด จึงจะมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ดังกล่าวเท่ากับระยะเวลาที่คงเหลือ

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับสิทธิประโยชน์

1. แบบคำขอรับประโยชน์ทดแทน (สปส. 2-01)
2. ใบรับรองแพทย์
3. หนังสือรับรองจากนายจ้าง
4. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้
5. สถิติวันลาของผู้ยื่นคำขอ
6. หลักฐานอื่น ๆ ที่ทางเจ้าหน้าที่ขอเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณา

**หมายเหตุ โรคเอดส์ จัดอยู่ในหมวดโรคเรื้อรัง ตามเกณฑ์สำนักประกันสังคม อ้างอิงข้อมูลจาก http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=868&id=3647)*

• **เงินสนับสนุนจากภาครัฐกรณีเป็นผู้ป่วยเอชไอวี** (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2554) การดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการด้านเงินช่วยเหลือจากภาครัฐบาลกรณีที่บุคคลเป็นโรคเอดส์ รายละเอียดดังนี้

1. เบี้ยยังชีพ ได้แก่ ฝ่ายสวัสดิการสังคมในเทศบาลเมืองหรือตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล การจ่ายเบี้ยยังชีพเฉพาะผู้ที่มีชื่อในทะเบียนบ้านตามที่อยู่ที่จะขอรับเบี้ยยังชีพเท่านั้น

2. เงินสงเคราะห์ครอบครัว ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และศูนย์พัฒนาสังคม หลักฐานการขอความช่วยเหลือ

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ระบุผลตรวจเลือดมีเชื้อเอชไอวี

2. การดูแลทางสังคมในระดับครอบครัว

การมีความสมดุลของสุขภาวะ เชื่อมโยงกับคนอื่นๆ และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว เช่น มีครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีความรักให้กันและกัน เป็นต้น

- **การเปิดเผยผลเลือดตนเองกับผู้อื่น**

การตัดสินใจของผู้รับบริการที่จะเปิดเผยสถานะผลเลือดของตนเองให้ผู้อื่นทราบนั้น เป็นสิทธิของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยก็ได้ แต่ประเด็นสำคัญที่ Case Manager จำเป็นต้องเน้นย้ำกับผู้รับบริการ คือการเปิดเผยนั้นมีผลอย่างไร การประเมินถึงผลกระทบดังกล่าว ทั้งด้านบวกและด้านลบ กระบวนการพิจารณาตนเองก่อนตัดสินใจเป็นสิ่งที่ Case Manager ต้องให้ความสำคัญมากกว่าแค่คำตอบว่าจะเปิดเผยหรือไม่ของผู้รับบริการ

รูปแบบตาราง: กิจกรรมการประเมินตนเองเพื่อเปิดเผยสถานะผลเลือด (FHI, 2555)

ประโยชน์ของการเปิดเผย (ข้อดี) • ไม่ต้องเก็บความลับไว้ในใจอีกต่อไป • ได้รับกำลังใจ จากผู้ที่เข้าใจความรู้สึก • เข้าถึงบริการสาธารณสุข และการรักษาด้วยยาได้สะดวกขึ้น (ไม่ต้องหลบๆ ซ่อนๆ) • สามารถพูดคุยเกี่ยวกับอาการป่วย และความกังวลต่างๆ ได้อย่างเปิดเผย • หากเปิดเผยให้คู่/คู่นอนของตนเองรู้ ก็จะทำให้สามารถหารือกันเกี่ยวกับทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการวางแผนครอบครัวได้ • สามารถพูดคุยกันอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับเรื่องสำคัญต่างๆ ได้ • คู่/คู่นอนสามารถเข้ารับการตรวจเลือดและได้รับการรักษาโรค	**อุปสรรคของการเปิดเผย (ข้อเสีย)** • คู่/คู่นอน/เพื่อนมักจะตีตัวออกห่างหรือเลิกคบ • อาจตกงาน* • ครอบครัวอาจจะถูกคนอื่นรังเกียจ* • อาจถูกมองว่าเป็นคนสำส่อนทางเพศ • อาจถูกทอดทิ้งเมื่อป่วยหนัก* • เมื่อมีอาการป่วยอื่นๆ มักถูกเข้าใจผิดว่าเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี* • คนอื่นไม่อยากเข้าใกล้เพราะกลัวว่าจะไม่ปลอดภัย* • เสี่ยงที่จะถูกทำร้ายทางจิตใจหรือทางร่างกาย *เพราะถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ
ประโยชน์ของการไม่เปิดเผย • ไม่มีใครรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี • ทุกอย่างยังคงเป็นเหมือนเดิมไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง • ตนเองจะไม่ถูกตีตรา ถูกรังเกียจถูกปฏิเสธ หรือสูญเสียรายได้ ถูกกระทำรุนแรง ถูกตำหนิเพราะการเปลี่ยนแปลงทางสถานะทางสังคม • ไม่ถูกห้ามเรื่องการที่จะมีลูก • ไม่ถูกบังคับให้เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น	**อุปสรรคของการไม่เปิดเผย** • ต้องเก็บความลับไว้ในใจต่อไป • วิตกกังวลเพราะเกรงว่าคนอื่นอาจรู้ความลับที่ตนไม่อยากให้รู้ • ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนและช่วยเหลือทางสังคมได้ • อาจต้องแยกตัวอยู่คนเดียว • ทำให้คู่นอนเสี่ยงต่อการติดเชื้อ • เข้าถึงการดูแลรักษาล่าช้าออกไป • ลูก/ครอบครัวขาดความไว้วางใจ

รูปแบบตาราง: กิจกรรมเตรียมตัวก่อนเปิดเผย และวิธีรับมือกับผลกระทบที่อาจตามมา

เปิดเผยกับใคร	เหตุผลที่เปิดเผย	วิธีการเปิดเผย	ผลหลังเปิดเผย	วิธีรับมือกับผลกระทบ
คนรัก	1. อยากให้คนรักรู้ 2. ลดความรู้สึกผิด 3. ให้แฟนมาตรวจเลือด	1. ค่อยๆ เอาหนังสือเกี่ยวกับเอชไอวีไปวางไว้ในบ้านก่อนสักระยะให้แฟนเห็น 2. ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย 3. ชวนแฟนมาตรวจเอชไอวี	แฟนรู้สึกเสียใจ, โกรธมาก	1. ขอโทษคนรัก บอกว่าเราไม่ได้ตั้งใจ เราก็พึ่งรู้ว่าเราติดเชื้อ
			แฟนไม่เชื่อว่าเป็นความจริง	1. บอกเขาว่าเป็นความจริง เราไปตรวจเลือดมาแล้ว 2. อยากให้เขาไปตรวจจะได้รีบรักษาทัน
			แฟนขอเลิก	1. ต้องยอมรับความจริงและปล่อยเขาไป 2. หันกลับมาดูแลตัวเองดีๆ ป้องกันตัวทุกครั้งเวลามีเพศสัมพันธ์

การประเมินตนเองใน 2 ลักษณะที่กล่าวข้างต้น จะเป็นตัวช่วยสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการได้ประเมินสถานการณ์ในรูปแบบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้หลังเปิดเผยผลเลือดให้ผู้อื่นรับทราบ และเป็นการพิจารณาว่าการเปิดเผยดังกล่าวมีประโยชน์หรือมีผลกระทบกับชีวิตอย่างไร แต่การเปิดเผยผลเลือดในบางกรณีก็เป็นสิ่งที่มีความจำเป็น เช่น การเปิดเผยกับแฟนหรือคู่นอน เป็นต้น เพราะบุคคลดังกล่าวเป็นบุคคลที่ผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และมีเพศสัมพันธ์ด้วย การเปิดเผยตนเองของผู้รับบริการจะเป็นการช่วยป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่บุคคลอื่นต่อไป และยังเป็นการลดความเสี่ยงของตัวผู้รับบริการเองในการรับเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ใหม่ และเชื้อดื้อยา การกระตุ้นให้ผู้รับบริการเปิดเผยกับแฟนหรือคู่นอนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ Case Manager จำเป็นต้องให้ข้อมูล

- **ความจำเป็นที่ต้องเปิดเผยสถานะผลเลือด โดยเฉพาะกับแฟนหรือคู่นอน (PSI, 2557)**
    1. เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว
    2. เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
        - ป้องกันการรับเชื้อเพิ่มหรือติดเชื้อซ้ำ
        - ป้องกันการถ่ายทอด และรับเชื้อดื้อยา
        - ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังผู้อื่น

3. ควรอธิบายให้ผู้รับบริการทราบถึงประโยชน์ในการบอกให้แฟนหรือคู่นอนของตนรู้ เพราะเหตุผลดังต่อไปนี้
    - ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาเป็นเวลานานแล้วอาจยังไม่มีอาการเจ็บป่วยใดๆ แสดงออกมาให้เห็น และอาจไม่รู้ว่าตนเองติดเชื้อ ดังนั้นจึงสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ (เช่น แฟนหรือคู่นอน หรือโดยการบริจาคเลือด)
    - หากแฟนหรือคู่นอนของผู้รับบริการไม่รู้ว่าตัวเองมีความเสี่ยง ก็จะคิดว่าตัวเองปลอดภัย จึงไม่คิดที่จะไปเข้ารับการตรวจหรือเข้ารับการรักษา
    - ผู้ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ได้รับการรักษาจนหายแล้ว อาจจะติดจากคู่นอนที่ยังไม่ได้รับการรักษาอีกได้
    - ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถรับเชื้อเพิ่มหรือติดเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์อื่นได้อีก แม้ว่าคู่นอนทั้งสองฝ่ายจะเป็นผู้ติดเชื้อด้วยกันทั้งคู่ และกำลังกินยาต้านไวรัสอยู่ก็ตาม

• การแนะนำทางเลือก และวิธีบอกให้แฟนหรือคู่นอนให้รู้ว่าตนเองติดเชื้อ

1. ผู้รับบริการเป็นผู้บอกแฟนหรือคู่นอนด้วยตัวเอง
2. ผู้รับบริการพาแฟนหรือคู่นอน/ครอบครัวมาที่คลินิก และเป็นผู้บอกด้วยตัวเอง โดยมีผู้ให้การปรึกษาอยู่ด้วย
3. ผู้รับบริการพาแฟนหรือคู่นอน/ครอบครัวมาที่ศูนย์บริการ แล้วให้ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้บอกโดยมีผู้รับบริการอยู่ด้วย
4. ผู้รับบริการอนุญาต/ยินยอมให้ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้บอก โดยผู้รับบริการไม่อยู่ด้วย
5. ผู้รับบริการเป็นผู้บอกสมาชิกครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่ตนไว้วางใจ แล้วให้บุคคลนั้นเป็นผู้บอกแฟนหรือคู่นอนของตน

• กรณีผู้รับบริการไม่พร้อมเปิดเผยตนเองกับแฟนหรือคู่นอน

Case Manager ต้องแนะนำผู้รับบริการถึงการป้องกันที่ปลอดภัย เพื่อไม่ให้ผู้รับบริการรับเชื้อเพิ่มและป้องกัน ขณะเดียวกันผู้รับบริการจำเป็นต้องป้องกันการถ่ายทอดเชื้อถึงคนรัก

- เน้นการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย คือ สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง
- ผู้รับบริการต้องกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และถูกวิธี เพื่อควบคุมเชื้อเอชไอวีที่มีในร่างกาย
- ป้องกันแฟนหรือคู่นอนของตนไม่ให้มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้กับบุคคลที่สามต่อไป

3. การดูแลทางสังคมในระดับชุมชน และสังคม

การเชื่อมโยงตนเองกับคนอื่น และสิ่งแวดล้อมในชุมชน และสังคม โดยรวมเน้นความสัมพันธ์ระหว่างคนต่อคน อันหมายถึงคนในชุมชน และสังคมมีความเกื้อกูลเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ยอมรับความแตกต่าง และหลากหลายภายในสังคมได้

• กิจกรรมกลุ่ม

การสร้างความสัมพันธ์ในชุมชนหรือสังคมสามารถทำได้โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มในลักษณะต่างๆ เพื่อให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี รู้สึกว่าตนเองได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีพื้นที่ให้ตนได้แสดงออก และมีส่วนร่วม ซึ่งกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ช่วยเพิ่ม และเติมเต็มคุณค่าในตนเองให้เกิดขึ้น

รูปแบบกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผ่านรูปแบบกิจกรรมกลุ่มในภาคประชาสังคม เช่น

1. กิจกรรม Family Day คือ กิจกรรมสังสรรค์ที่จัดขึ้นสำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เพื่อให้กลุ่มผู้รับบริการดังกล่าวได้มีสังคม มีเพื่อนที่เข้าใจได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ร่วมกัน จัดโดยมูลนิธิเดอะพอสโฮมเซ็นเตอร์ (The Poz Home Center)
2. Good Life Workshop คือ กิจกรรมที่จัดเพื่อให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อได้แลกเปลี่ยนมุมมอง ความคิดและความรู้สึกร่วมกันในแต่ละสถานการณ์ของชีวิต เพื่อให้เข้าใจในโรคที่ต้องเผชิญ และขณะเดียวกันก็ให้รับรู้ว่า ตนไม่ใช่คนเดียวที่ต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว แต่ยังมีเพื่อนและบุคคลอื่นๆ ที่พร้อมจะเข้าใจและให้ความช่วยเหลือ จัดโดยมูลนิธิเอชไอวี (The HIV Foundation)
3. กิจกรรมกลุ่มเพิ่มความรู้เกี่ยวกับ HIV, CD4, ARV ที่จัดขึ้นตามองค์กรชุมชนต่างๆ อีกมากมาย เช่น องค์กรแคร์แมท (Caremat), สวิงค์ (SWING), ศูนย์ซิสเตอร์ (Sisters), สมาคมฟ้าสีรุ้ง (RSAT) และ เอ็มพลัส (MPlus) เป็นต้น

นอกจากกิจกรรมที่จัดขึ้นเฉพาะสำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อด้วยกันแล้ว ยังมีกิจรรมที่จัดขึ้นเพื่อสร้างมิติใหม่ๆ ทางสังคม และช่วยลดการตีตราสำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้ออีกมาก เช่น

• กิจกรรมกลุ่มสำหรับคนที่มีผลเลือดลบ และคนที่มีผลเลือดเป็นบวกที่จัดขึ้นร่วมกัน

กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์เพื่อแสดงให้สังคมเห็นถึงการอยู่ร่วมกัน และร่วมกันลดการตีตราผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ และให้ทุกคนในสังคมได้เรียนรู้ เปลี่ยนทัศนคติ และสามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างไม่แตกต่าง เช่น กิจกรรมฝึกอาชีพต่างๆ กิจกรรมชมรมปาท่องโก๋ (คู่รักผลเลือดต่าง) และกิจกรรมกลุ่มสำหรับครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทำความเข้าใจ เกิดทัศนคติใหม่ๆ ในการอยู่ร่วมกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อได้อย่างมีความสุข

บทที่ 9

การดูแลสนับสนุน: การลงเยี่ยม

การลงเยี่ยมผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการทำงานดูแลสนับสนุน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่ายและต่อเนื่อง เพราะหลายครั้งผู้รับบริการไม่สะดวกที่จะพบกับ Case Manager ที่สถานบริการ Case Manager จึงต้องลงเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือนอกสถานบริการ ซึ่งการลงเยี่ยมนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การลงเยี่ยมนอกสถานที่ (นอกศูนย์บริการ)
2. การลงเยี่ยมบ้าน

การลงเยี่ยมนอกสถานที่

การเยี่ยมนอกสถานที่ หมายถึง การออกนอกศูนย์บริการเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการ ซึ่ง Case Manager ประเมินจากข้อมูลที่ได้รับเบื้องต้นว่าควรต้องพบเพื่อให้ความช่วยเหลือ โดย Case Manager อาจได้ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการจากการพูดคุยทางโทรศัพท์ หรือสื่อสารผ่านทางช่องทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ (Email, Line) เป็นต้น หรือ Case Manager อาจได้ข้อมูลของผู้รับบริการจากการส่งต่อมาจากสถานบริการ หรือองค์กรภาคีอื่นๆ ทั้งนี้ Case Manager จะต้องติดต่อกับผู้รับบริการเพื่อนัดหมายสถานที่ และเวลาการเยี่ยม หรือบางกรณีการลงเยี่ยมอาจเป็นการเยี่ยมผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การลงเยี่ยมนี้มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้การดูแลสนับสนุนผู้รับบริการ เมื่อ Case Manager ประเมินว่าการสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์หรือช่องทางอื่นๆ อาจไม่เพียงพอสำหรับการดูแลสนับสนุนผู้รับบริการ เช่น

- ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่ท้อแท้ ขาดกำลังใจ หรือมีปัญหารุมเร้าหลายด้านและขาดคนคอยรับฟังให้การปรึกษาหรือให้ความช่วยเหลือ
- ผู้รับบริการต้องการพบ Case Manager เพื่อช่วยประเมินอาการในเบื้องต้นว่ามีความจำเป็นต้องพบแพทย์หรือไม่ เช่น อาการที่สงสัยว่าเป็นผลข้างเคียงของยา
- ในบางครั้ง Case Manager ประเมินว่าผู้รับบริการยังขาดความเข้าใจเรื่องการดูแลตนเองจากการสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ หรือ Application จึงนัดลงเยี่ยมเพื่อเติมความเข้าใจแก่ผู้รับบริการพร้อมทั้งสนับสนุนให้ความมั่นใจในการดูแลตนเอง เช่น กรณีความเข้าใจและการปฏิบัติเรื่องการกินยาต้านให้สม่ำเสมอตรงเวลา Case Manager อาจขอนัดพร้อมทั้งให้ผู้รับบริการนำยาที่ได้รับมาทั้งหมดให้ดู เพื่อให้ Case Manager ทบทวนสอบถามวิธีการกินยาและนับเม็ดยาที่เหลือ เพื่อตรวจสอบว่าผู้รับบริการกินยาได้สม่ำเสมอถูกต้องหรือไม่ และจะได้เสริมเพิ่มเติมความรู้และความมั่นใจในการกินยาให้ผู้รับบริการ

ทั้งนี้ก่อนลงเยี่ยม Case Manager ต้องเตรียมตัวก่อนทุกครั้งโดยการทบทวนปัญหาของผู้รับบริการที่วางแผนจะลงเยี่ยม และเตรียมการเรื่องวัสดุอุปกรณ์ที่จะต้องใช้สำหรับการลงเยี่ยมครั้งนั้น ซึ่งจะมีหลักการเช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านที่จะกล่าวต่อไป

การเยี่ยมบ้าน (ชมรมหมอครอบครัว, 2553)

การเยี่ยมบ้าน เป็นกระบวนการสำคัญอีกกระบวนการหนึ่งที่ Case Manager นำมาใช้เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ การเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งก็มีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป หรืออาจมีหลายวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการ และญาติมีความมั่นใจ และสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ (ในกรณีป่วย)
2. เพื่อช่วยให้ญาติรู้วิธีในการอยู่ร่วมกับผู้รับบริการที่บ้าน และร่วมดูแลรักษาผู้รับบริการ
3. เพื่อการประเมินทั้งโรค และความเจ็บป่วย (Illness) ซึ่งหมายถึงความคิด อารมณ์ความรู้สึก ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อชีวิตประจำวัน และความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ และญาติได้อย่างถูกต้องครอบคลุม
4. เพื่อทำความรู้จัก และสานต่อความสัมพันธ์อันดีกับผู้รับบริการ และญาติในระยะยาว
5. เพื่อประเมินภาวะความเสี่ยงต่าง ๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั้นๆ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น สามารถโน้มน้าวหรือแนะนำให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย
6. เพื่อติดตามผู้รับบริการเพื่อให้เข้าบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

การเยี่ยมบ้านโดยทั่วไปต้องเกิดจากความยินยอมของทั้งสองฝ่าย คือ ผู้เยี่ยม และฝ่ายผู้ถูกเยี่ยม คือ

1. ผู้รับบริการ และญาติยินยอมให้ Case Manager เยี่ยมบ้าน
2. Case Manager เต็มใจที่จะเยี่ยมผู้รับบริการที่บ้าน

ประเภทการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. **การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมิน** คือการประเมินปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับบริการ และครอบครัวในการรักษาโรค โดยประเมินปัญหาในทุกมิติ คือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น
   1.1 ปัญหาที่เป็นอุปสรรคทำให้ผู้รับบริการไม่ไปรับการรักษาในสถานพยาบาลทุติยภูมิเพื่อรับการตรวจ CD4 หรือการรักษาต่อเนื่อง
   1.2 ปัญหาเรื่องผลกระทบของการใช้ยาต่อชีวิตประจำวัน การกินยาต่อเนื่องตรงเวลาสม่ำเสมอ
   1.3 ปัญหาเรื่องสิทธิการเข้าถึงบริการ ปัญหาเรื่องความเข้าใจของครอบครัวต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ
   1.4 ประเมินเรื่องสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยภายในบ้าน
   1.5 ประเมินเรื่องความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการเข้ากันได้ของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน

2. **การเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลปฐมพยาบาลหรือรักษาในกรณีเจ็บป่วย** การเจ็บป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทได้แก่
   2.1 กรณีฉุกเฉิน การช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้รับบริการหรือครอบครัว เช่น หมดสติ หอบมาก เป็นต้น
   2.2 โรคฉับพลัน เพื่อช่วยประเมิน และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น โรคท้องร่วง และต้องการรักษาที่บ้าน รวมทั้งการประเมินเพื่อป้องกันการกระจายเชื้อ
   2.3 โรคเรื้อรัง เพื่อประเมิน และวางแผนในการช่วยเหลือให้กับผู้รับบริการ และญาติหรือหน่วยงานในการช่วยเหลือผู้รับบริการเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต เป็นต้น

3. **การเยี่ยมบ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล** ผู้รับบริการที่ออกจากโรงพยาบาลอาจเป็นผู้รับบริการที่เข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเป็นผู้รับบริการที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก เช่น กรณีนัดตรวจรับยาต้าน

4. **การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่**
   4.1 การดูแลระยะสุดท้าย เพื่อลดความทรมานจากอาการของโรคในระยะสุดท้าย
   4.2 ประกาศการเสียชีวิต การเยี่ยมบ้านโดยแพทย์หรือทีมจะช่วยบอกสาเหตุการตายได้และทำให้อัตราการตายที่รวบรวมไว้ถูกต้องมากยิ่งขึ้นเพื่อที่จะใช้บอกแนวโน้มการเสียชีวิต และวางแผนในการป้องกันโรคเหล่านั้น
   4.3 ประคับประคองภาวะโศกเศร้า แพทย์ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวโดยการดูแลจิตใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวซึ่งอยู่ในภาวะที่โศกเศร้า ทั้งในช่วงก่อนเสียชีวิตและหลังการเสียชีวิต

ขั้นตอนการเยี่ยมบ้านและการเตรียมการ

ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 4 ขั้น คือ 1. ก่อนเยี่ยมบ้าน 2.ขณะเยี่ยมบ้าน 3.ตรวจประเมินผลจากการเยี่ยมและ 4. หลังการเยี่ยมบ้าน

1. ก่อนออกเยี่ยมบ้าน

กำหนดทีมเยี่ยมบ้านและบทบาทของสมาชิกในทีม ศึกษาข้อมูลต่างๆ ของผู้รับบริการและครอบครัว กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม และกำหนดกิจกรรมเตรียมอุปกรณ์ที่จะต้องนำไปด้วยในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่

- แผนที่ในการเดินทาง
- อุปกรณ์การตรวจในกรณีที่มีแพทย์หรือพยาบาลออกตรวจ: ไม้กดลิ้น (Tongue Depressors) หูฟัง (Stethoscope) เครื่องตรวจหูและตา (Otoscope and Ophthalmoscope) เครื่องวัดความดันและที่พันขนาดต่างๆ (Sphygmomanometer and Various Cuff Sizes)
- สารหล่อลื่น
- แฟ้มบันทึกประวัติ
- ใบสั่งยา
- ถุงมือใช้แล้วทิ้ง
- ไฟฉาย
- ปรอทวัดไข้ (Thermometer)
- อุปกรณ์อื่นๆ อาจจะจัดเตรียมตามความจำเป็นของการเยี่ยมบ้าน เช่น ชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด แผ่นพับเรื่องโรคต่าง ๆ ที่จำเป็น เครื่องชั่งน้ำหนัก คอมพิวเตอร์พกพา
- อุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น
- ยืนยันวัน และเวลาเยี่ยมบ้านกับสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ ล่วงหน้า

2. ขณะเยี่ยมบ้าน

การประเมินครบถ้วนในขณะเยี่ยมบ้านจะประเมินตาม INHOMESSS ซึ่งอักษรแต่ละตัวสื่อถึงหัวข้อในการประเมิน ดังต่อไปนี้

การเคลื่อนไหว (I = Immobility) เป็นการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการ (Activities of Daily Livings) ได้แก่ การอาบน้ำ การเคลื่อนย้ายการแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การกินอาหาร การปัสสาวะและอุจจาระโดยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หากไม่ได้ควรประเมินต่อไปด้วยว่ามีใครเป็นผู้ช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้รับบริการไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

อาหาร (N=Nutrition) เป็นการประเมินลักษณะอาหาร ชนิดของอาหารที่ผู้รับบริการ และครอบครัวรับประทานว่าเหมาะสมกับโรคหรือภาวะที่เป็นหรือไม่ รวมไปถึงวิธีการเก็บอาหารว่าถูกสุขลักษณะหรือไม่อย่างไร

สภาพบ้าน (H=Housing) เป็นการประเมินสภาพบ้านว่าสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมมีความเหมาะสมกับโรคที่ผู้รับบริการเป็นหรือไม่

สมาชิกคนอื่นในบ้าน (O=Other people) เป็นการประเมินดูครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร เมื่อมีปัญหาภายในครอบครัวหรือมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ใครเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแล

การใช้ยา (M=Medication) เป็นการประเมินการใช้ยา ได้แก่ วิธีการใช้ยาว่าผู้รับบริการกินยาสม่ำเสมอและถูกต้องหรือไม่ รวมไปถึงภาชนะที่บรรจุยามีความเหมาะสมกับยาหรือไม่ และผู้ป่วยมีการใช้ยาอื่นๆ นอกเหนือไปจากยาที่สั่งโดยแพทย์ เช่น ยาบำรุง วิตามินต่างๆ ยาที่ผู้ป่วยซื้อเอง เพื่อการรักษาโรค และยาสมุนไพร

การตรวจร่างกาย (E=Examination) เป็นการประเมินจากการตรวจร่างกายผู้รับบริการ และอาจรวมไปถึงการตรวจร่างกายของสมาชิกในครอบครัวด้วย

แหล่งให้บริการ (S=Services) ได้แก่ การประเมินว่ามีแหล่งบริการอะไรบ้างที่สามารถช่วยเหลือผู้รับบริการและสมาชิกในครอบครัว ในชุมชนบ้าง เช่น คลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

ความปลอดภัย (S=Safety) เป็นการประเมินถึงความปลอดภัยภายในบ้านของผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ สภาพบ้าน ลักษณะโครงสร้างของตัวบ้าน ความแข็งแรง ความห่างของขั้นบันได ความเหมาะสมของพื้นบ้าน เช่น มีความต่างระดับเสี่ยงต่อการสะดุดล้ม เฟอร์นิเจอร์และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกก่อให้เกิดความเสี่ยงหรือไม่อย่างไร

จิตวิญญาณ (S=Spiritual) เป็นการค้นหาความหมาย สิ่งยึดเหนี่ยวและวัตถุประสงค์ในการดำรงชีวิตของผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้รับบริการ และครอบครัวให้คุณค่า และส่งผลไปถึงสุขภาพของผู้รับบริการ

หลังจากการประเมินดังกล่าวข้างต้น Case Manager อาจมีบทบาทในการกระตุ้น และช่วยเหลือผู้รับบริการในการปัดกวาด ทำความสะอาดบริเวณที่อยู่อาศัย เพื่อให้ผู้รับบริการมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น บางครั้ง Case Manager อาจมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีกำลังใจในการรับประทานยา มีความรู้เกี่ยวกับยาอย่างถูกต้อง หรือในบางครั้ง Case Manager อาจปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับปัญหาที่พบบ่อย ซึ่ง Case Manager ควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับอาการไข้ อาการอุจจาระร่วง อาการเจ็บในปาก เจ็บคอ และอาการไอ (ดังในหมวดองค์ความรู้)

3. การตรวจสอบและประเมินผลการเยี่ยม

ประเมินผลการเยี่ยมบ้านผู้รับบริการ และครอบครัวร่วมกับทีมว่าการดูแลได้บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ มีการแก้ไขปัญหาที่พบอย่างไร นอกจากนี้แล้วควรประเมินปัญหาและอุปสรรคของการเยี่ยมบ้าน เพื่อวางแผนแก้ไขสำหรับการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

4. การวางแผนการดูแลสุขภาพผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

หลังจากการทบทวนและประเมินผลการเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้าน ควรสรุป และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมผู้ให้การรักษาทั้งหมดเพื่อการวางแผนการรักษาต่อเนื่อง

ความรู้พื้นฐานสำหรับ Case Manager

การปฐมพยาบาลเบื้องต้นอาการไข้

ไข้ คือ การที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงกว่าปกติ เวลามีไข้มักจะมีอาการตัวร้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าใช้หลังมือแตะบริเวณหน้าผากจะสัมผัสถึงความร้อนที่สูงกว่าคนปกติ นอกจากนี้แล้วผู้รับบริการอาจมีอาการปวดศรีษะ ปวดเมื่อยตามตัว และหากมีไข้สูงมาก หรือไข้ขึ้นเร็วจะลดลงเร็ว และมีอาการหนาวสั่น

สาเหตุของไข้ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ โรคติดเชื้อ ไม่ว่าจะ ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ คออักเสบ ปอดอักเสบ และ ในกรณีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาจเป็นไข้จากโรคฉวยโอกาสที่พบบ่อย ได้แก่

- วัณโรคปอดหรือต่อมน้ำเหลือง ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการไอมานาน หรือมีต่อมน้ำเหลืองโต
- ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินิไอ (PCP) ซึ่งจะมีอาการไอแห้งๆ หอบ และเหนื่อยง่าย
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราคริปโตคอคโคซีส อาการสำคัญคือ มีไข้ อ่อนเพลีย ปวดศรีษะ คอแข็ง บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน

ซึ่งหากผู้อยู่ร่วมกับเชื้อมีอาการที่ทำให้สงสัยโรคดังกล่าวข้างต้น หรือมีอาการอ่อนเพลียมาก Case Manger ควรรีบแนะนำให้เข้ารับการรักษาทันที Case Manager อาจให้การปฐมพยาบาล โดยการวัดไข้ เช็ดตัว แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ และรับประทานยาพาราเซตามอล 1 - 2 เม็ด เพื่อลดไข้ในเบื้องต้น

การวัดไข้ เป็นการวัดอุณหภูมิของร่างกาย (ความร้อนของร่างกาย) เครื่องวัดอุณหภูมิ เรียกว่า เทอร์โมมิเตอร์ วิธีวัดอุณหภูมิ มี 3 ทาง

1. วัดทางปาก ใช้เวลา 3 – 5 นาที อุณหภูมิปกติได้เท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส
2. วัดทางรักแร้ ใช้เวลา 5 นาที อุณหภูมิปกติเท่ากับ 36.5 องศาเซลเซียส การวัดทางรักแร้จะต้องบวก 0.5 เพิ่มเข้าไป
3. การวัดทางทวารหนัก ใช้เวลา 2 – 3 นาที อุณหภูมิเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส

การวัดอุณหภูมิ หากสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ถือว่ามีไข้

วิธีเช็ดตัว

1. เตรียมของให้พร้อม ดังนี้ อ่างน้ำ 1 ใบ ผ้าขนหนูเล็ก 3 ผืน ผ้าเช็ดตัว 1 ผืน
2. ถอดเสื้อผ้าออก
3. ใช้ผ้าขนหนูที่บิดน้ำพอหมาดๆ ลูบหน้า วางผ้าที่ซอกคอ และหลังหู พักไว้สักครู่
4. บิดผ้าผืนใหม่ลูบหน้าอก ลำตัว พักผ้าไว้บริเวณหัวใจ
5. ใช้ผ้าบิดหมาดๆ เช็ดแขนด้านไกลตัวจากปลายแขนเข้าหาหัวใจ พักที่ฝ่ามือ ข้อพับศอก รักแร้
6. เช็ดแขนด้านใกล้ตัว ทำเช่นเดียวกับ (ข้อ 5)
7. เช็ดขาด้านไกลตัว จากปลายขาเข้าหาหัวใจ พักผ้าไว้ที่ฝ่าเท้า ข้อพับใต้เข่า ขาหนีบ
8. เช็ดขาด้านใกล้ตัวทำเช่นเดียวกับข้อ (7)
9. พลิกตะแคง เพื่อเช็ดหลังโดยเริ่มจากก้นไปหาหัวใจ
10. ใส่เสื้อผ้าให้เรียบร้อย (ควรใส่เสื้อผ้าบางๆ เพื่อระบายความร้อน)

การปฐมพยาบาลอาการอุจจาระร่วง

เป็นอาการที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งกว่าปกติหรือถ่ายเป็นมูกเลือด อาจเป็นชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง

สาเหตุ ของอาการอุจจาระร่วงแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่

1. อาการอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เกิดจากการติดเชื้อจากอาหารหรือน้ำดื่มที่เราทานเข้าไป จะมีอาการถ่ายเหลวมากกว่าปกติหรือถ่ายมีมูกปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง มักหายได้เองในระยะสั้นๆ ภายใน 7 วัน
2. อาการอุจจาระร่วงเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะมีอาการนานมากกว่า 3 สัปดาห์ขึ้นไป อาจเกิดจากยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ จากการติดเชื้อโรค หรือจากเนื้องอกหรือมะเร็งของลำไส้ บางสาเหตุสามารถรักษาให้หายได้ บางสาเหตุอาจรักษาไม่หายขาด จึงใช้การรักษาตามอาการให้ทุเลาลง

ควรประเมินระดับการขาดน้ำของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยขาดน้ำมากจะพบว่าลิ้นแห้ง ตาลึกโบ๋ ผิวหนังขาดความยืดหยุ่น และอ่อนเพลียมาก หากมีการขาดน้ำมากควรรีบส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ตั้งแต่เริ่มมีอาการอุจจาระร่วง และไม่ได้มีอาการขาดน้ำหรืออ่อนเพลียมาก Case Manager ควรให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่บ้าน

การปฐมพยาบาล

1. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย โปรตีนสูง แคลอรี่สูง เช่น อาหารไข่ต่างๆ นมไขมันต่ำ โยเกิร์ต ซุปใส
2. หลีกเลี่ยงอาหารทอด ผลไม้ดิบ ผลไม้แห้ง ผักสด อาหารรสจัด อาหารที่มีเครื่องเทศมาก อาหารที่ร้อนจัด เย็นจัด หรืออาหารที่ทำให้เกิดลม เช่น กะหล่ำ บล็อคเคอรี่ หอมใหญ่ ชากาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2.5 - 3 ลิตร หรือซื้อน้ำเกลือซองละลายน้ำรับประทาน หรือทำน้ำเกลือรับประทานเองการทำน้ำเกลือรับประทาน: ใช้น้ำสุก 1 ขวดแม่โขง หรือขวดน้ำเปล่าใหญ่คือประมาณ 750 มิลลิลิตร โดยผสมน้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะ (25-30 กรัม) และเกลือป่น ½ ช้อนชา (1.7 กรัม) หรืออาจใช้น้ำอัดลม หรือน้ำข้าวต้มใส่เกลือ (เกลือ ½ ช้อนชา ในน้ำข้าว 1 ขวดแม่โขง) ถ้าผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อยยังพอดื่มน้ำเกลือหรือน้ำข้าวต้มได้
4. แนะนำให้ทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ควรพยายามให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารเพื่อให้น้ำหนักร่างกายคงที่หรือเพิ่มขึ้น
5. ดูแลความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ขับถ่ายให้สะอาด
6. ผู้ที่เดินได้ทำความสะอาดด้วยน้ำอุ่น และสบู่หลังการถ่ายทุกครั้ง ถ้ากลั้นอุจจาระไม่อยู่ให้ใส่ผ้าอ้อมไว้
7. สังเกตอาการ ถ้าหากมีอาการหน้ามืด ใจสั่น ขณะเปลี่ยนท่าหรือลุกจากเตียง ซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ ควรให้ผู้ป่วยลุกเปลี่ยนท่าช้าๆ ถ้าผู้ป่วยมีไข้สูงหรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำจำนวนมากหรือถ่ายเหลวมากกว่าวันละ 5 ครั้ง ถ่ายมีมูกเลือดปน หรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ควรไปพบแพทย์

การปฐมพยาบาลอาการเจ็บปากเจ็บคอ

อาการเจ็บปากเจ็บคอเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งอาจเป็นครั้งคราวหรือเป็นนานติดต่อกันหลายวันถึงหลายสัปดาห์ อาจหายได้เองหรือต้องการการรักษา

สาเหตุของอาการเจ็บคอแบ่งได้ดังนี้

1. สาเหตุที่ไม่เกี่ยวกับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น เจ็บคอจากการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน เช่น เป็นหวัด หรือคออักเสบ หรืออาจเกิดจากการขบเคี้ยว และกระทบเกิดแผลในปาก
2. ภาวะติดเชื้อราในช่องปากพบได้บ่อยในภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะตรวจพบเป็นลักษณะเป็นฝ้าขาว ดังที่ได้กล่าวไปก่อนนี้ในเนื้อหาเรื่องโรคฉวยโอกาส ซึ่งผู้รับบริการจะมีอาการปวดแสบปวดร้อนในปากเวลารับประทานอาหารรสจัดหรือกลืนอาหารลำบาก บางครั้งอาจต้องดูแลว่าฝ้าขาวในปากเป็นลักษณะที่เกิดจากเชื้อราหรือ เป็นฝ้าธรรดาอย่างที่พบได้ในคนปกติทั่วไป ซึ่งหากเป็นเชื้อราจะมีลักษณะเป็นดวง หรือปื้นเละสีขาวคล้ายนมที่เด็กทารกอาเจียนออกมาหลังรับประทานนมไปแล้ว หากขูดแล้วอาจมีเลือดออกซิบๆ รักษาโดยใช้ยาฆ่าเชื้อรารักษาโดยอมในปากหรือรับประทาน
3. แผลร้อนใน มีลักษณะเป็นแผลในช่องปากมักเป็นแผลเดี่ยว ขอบตื้น มีตั้งแต่ขนาดเล็กจนถึงใหญ่ ที่ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก จะเจ็บแผลมาก โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนตอนเช้า การใช้ไม้พันสำลีแห้งป้ายยาทาช่วยให้สะดวกมากขึ้น ควรทายาบริเวณแผลตั้งแต่เริ่มมีแผลใหม่ๆ
4. เริมในช่องปาก เป็นการติดเชื้อไวรัส อาจเป็นที่ริมฝีปาก ช่องปาก กระพุ้งแก้ม ลำคอ เวลาเริ่มเป็นใหม่ๆจะเป็นจุดแดงๆ ต่อไปจะแตกเป็นแผลตรงกลางสีขาวล้อมรอบด้วยจุดแดงๆ เจ็บมาก แยกยากจากแผลร้อนใน แต่มักมีหลายแผลมากกว่าแผลร้อนใน ต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัส
5. สาเหตุอื่นๆ ที่พบได้น้อยเช่น แผลในปากเป็นๆ หายๆ อาจเป็นอาการของ SLE หรือเนื้องอก

การปฐมพยาบาล

1. การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเป็นปัจจัยที่สำคัญ ควรแปรงฟันให้ถูกวิธี โดยใช้แปรงสีฟันนุ่มๆ วันละ 3-4 ครั้ง บ้วนปากให้สะอาดทุกครั้ง การใช้น้ำอุ่นหรือเกลือผสมน้ำพอสมควรบ้วนปากสม่ำเสมอ จะช่วยรักษาความสะอาดในช่องปากและบรรเทาอาการได้
2. ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป
3. ระมัดระวังการกระทบกระแทกระหว่างเคี้ยวอาหาร

การปฐมพยาบาลอาการไอ

อาการไอมีหลายลักษณะด้วยกัน อาจไอแห้งๆ ไอมีเสมหะ ไอเป็นชุดติดต่อกัน มีอาการเหนื่อยหอบร่วมกับอาการไอ หรือหายใจมีเสียงดังวี๊ดๆ

สาเหตุสามารถแบ่งได้เป็น

1. สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการอยู่ร่วมกับเชื้อ เช่น เป็นหวัด ภูมิแพ้ หรือหอบหืด หรือภาวะหลอดลมอักเสบจากการสูบบุหรี่
2. สาเหตุที่เกี่ยวกับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้แก่
   - 2.1 ปอดบวม หรือปอดอักเสบซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียทั่วไป หรืออาจเป็นปอดอักเสบที่เกิดจาก นิวโมซิสติสคารินิไอ (PCP) ซึ่งเป็นปอดอักเสบที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยจะมีอาการไอแห้งๆ หอบเหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม โดยอาการจะเป็นมากขึ้นอย่างช้าๆ และมีไข้ร่วมด้วย
   - 2.2 วัณโรค เป็นสาเหตุสำคัญของอาการไอในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย อาการสำคัญได้แก่ อาการไข้ ไอ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่ค่อยมีอาการหอบ มักพบว่าไข้จะสูงช่วงบ่ายๆ และตอนกลางคืน
   - 2.3 สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้ออื่นๆ หรือมะเร็ง แต่พบน้อยกว่าสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น

การปฐมพยาบาล

1. หากเป็นอาการไอที่เป็นจากการเป็นไข้หวัด โดยมีอาการไข้ มีน้ำมูก คัดจมูก ไอ สามารถรักษาด้วยการทานยาบรรเทาอาการเช่น การรับประทานยาลดน้ำมูก ยาลดไข้ และยาขับเสมหะจิบแก้ไอ
2. ควรดื่มน้ำมากๆ
3. อาจใช้น้ำมะนาวเติมเกลือเล็กน้อยจิบ ช่วยให้ขับเสมหะได้ดีขึ้น
4. ใช้มือหรือผ้าเช็ดหน้าปิดปากทุกครั้งที่มีอาการไอ
5. ควรบ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อรองอยู่ และเทลงโถส้วมเป็นครั้งคราว พร้อมทั้งขัดล้างภาชนะด้วยน้ำยาซักฟอก หรือบ้วนใส่กระดาษหรือกล่องกระดาษแล้วเผาทิ้ง
6. พลิกตัวบ่อยๆ ในรายที่นอนอยู่นานๆ ถ้าได้นั่งหรือลุกนั่งเวลาไอ จะช่วยป้องกันการสำลัก และอาจใช้หมอนหนุนศรีษะให้สูงขึ้นเวลาไอ
7. ช่วยเคาะหลังให้ผู้ป่วยเป็นครั้งคราวก่อนอาหารเพื่อช่วยกระตุ้นให้เสมหะออกได้ดีขึ้น
8. ใช้หมอนกอดเพื่อช่วยประคับประคองลดอาการเจ็บหน้าอกเวลาไอ
9. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากบ่อยครั้ง
10. รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
11. บางครั้งต้องให้กำลังใจผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจไอมาก รู้สึกเหนื่อยมากเหมือนขาดใจ จึงต้องการกำลังใจ

ควรส่งปรึกษาแพทย์ ในกรณี

1. ผู้ป่วยมีอาการไอต่อเนื่องนานเกิน 2 สัปดาห์
2. มีไข้สูง ไอ เหนื่อยหอบ
3. เสมหะมีเลือดหรือหนองปน

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 :
แบบประเมินเพื่อวางแผนดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อ (FHI 360, 2555)

แบบประเมินเพื่อวางแผนดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อ

รหัสผู้รับบริการ: **วันที่:** _ _ _/ _ _ _ _/_ _ _ _

วันที่ฟังผลตรวจเอชไอวี: _ _ _/ _ _ _ _/_ _ _ _

1. การติดตาม

สำหรับผู้รับบริการที่เพิ่งตรวจพบว่าติดเชื้อหรือผู้รับบริการรายใหม่
ผู้รับบริการเคยพบแพทย์ด้านเอชไอวีตั้งแต่รู้ว่าติดเชื้อบ้างหรือไม่?

◯ เคยพบแล้ว เมื่อวันที่: ◯ ไม่ได้พบเลย เหตุผล _____

คุณพบแพทย์ด้านเอชไอวีครั้งล่าสุดเมื่อไร? วันที่: _____

แพทย์ (หรือพยาบาล) บอกว่าสุขภาพของคุณเป็นอย่างไรบ้าง? (บันทึกโดยสรุป)

แพทย์ (หรือพยาบาล) จ่ายยาให้คุณกินหรือไม่? รายละเอียด:

คุณมีปัญหาในการกินยาหรือไม่ (สามารถกินในปริมาณที่ถูกต้อง ตามวิธีที่ถูกต้อง และตามเวลาที่ถูกต้อง)?

2. สุขภาพโดยทั่วไป – ควรพิจารณาการได้รับการตรวจสุขภาพด้านต่างๆ ของผู้รับบริการ และประสานคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลที่ผู้รับบริการ เพื่อประเมินความครบถ้วนของบริการต่างๆ โดยพิจารณาตามบริบทของผู้รับบริการ และปัญหาสุขภาพ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

◯ ตรวจ CD4
◯ ตรวจหาเชื้อดื้อยา
◯ ตรวจระดับอิเลคโตรไลท์และความสมดุลกรดด่างในกระแสเลือด
◯ น้ำตาลในเลือด
◯ วัณโรค
◯ ตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
◯ หนองในแท้
◯ หูด
◯ ตรวจไวรัสตับอักเสบ
◯ ไวรัสตับอักเสบบี
◯ ตรวจปริมาณไวรัสในเลือด
◯ การตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)
◯ ตรวจหาโรคติดเชื้อ Toxoplasma IgG
◯ ไขมันในเลือด
◯ มะเร็งปากมดลูก
◯ ตรวจปัสสาวะ
◯ ซิฟิลิส
◯ หนองในเทียม
◯ อื่น ๆ
◯ ไวรัสตับอักเสบเอ
◯ ไวรัสตับอักเสบซี

การฉีดวัคซีน

- ◯ หูด
- ◯ ไวรัสตับอักเสบ
- ◯ ไข้หวัดใหญ่
- ◯ โรคหัด, คางทูม และหัดเยอรมัน

ผลการตรวจทั่วไป/สิ่งที่ต้องติดตาม

3. การประเมินสุขภาพจิตอย่างย่อ

ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา (ในกรณีที่เป็นผู้รับบริการรายเก่า) หรือตั้งแต่รู้ว่าติดเชื้อ

ผู้รับบริการเคยมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่?[2]
(ให้กาเครื่องหมายในช่องที่เหมาะสม):

- ◯ รู้สึกเศร้า วิตกกังวล หรือเฉยชาอย่างต่อเนื่อง
- ◯ นอนหลับได้น้อยเกินไปหรือมากเกินไป
- ◯ เบื่ออาหารและน้ำหนักลด หรือทานอาหารมากขึ้นและน้ำหนักเพิ่มขึ้น
- ◯ ไม่สนใจหรือไม่ชอบทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ
- ◯ ไม่อยากเจอเพื่อน ญาติหรือคนอื่นๆ ที่ผู้รับบริการเคยมีความสนิทสนมด้วย
- ◯ กระสับกระส่าย กระวนกระวาย หรือหงุดหงิดง่าย
- ◯ มีอาการป่วยทางกายอย่างต่อเนื่องและรักษาไม่หาย (อาจเป็นอาการบ่งชี้ของความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพ)
- ◯ ขาดสมาธิมีปัญหาเรื่องความจำ หรือการตัดสินใจ
- ◯ ประสาทหลอน (ได้ยินเสียงหรือเห็นสิ่งต่างๆ ที่คนอื่นไม่ได้ยินหรือไม่เห็น)
- ◯ อ่อนเพลีย หรือหมดเรี่ยวแรง
- ◯ มีความรู้สึกผิด หมดอาลัยตายอยาก หรือรู้สึกเป็นคนไร้ค่า
- ◯ คิดเรื่องความตายหรือการฆ่าตัวตาย (บันทึกโดยสรุป)

<u>หมายเหตุ</u>

[2].หากผู้รับบริการมีอาการเหล่านี้ตั้งแต่ 5 อย่างขึ้นไปเป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์หรือหากมีอาการรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการทำ กิจวัตรประจำวัน ให้ประเมินโดยละเอียดต่อไปโดยพยาบาลด้านจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ด้านจิตเวช หรือนักจิตวิทยา หรือส่งต่อให้แพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านจิตเวชเป็นผู้ประเมิน หากผู้รับบริการมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ให้ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายต่อไป (ใช้เครื่องมือที่อยู่ในชุดเครื่องมือ)

4. การติดตามด้านสังคมและสวัสดิการ

ผู้รับบริการประสบปัญหาหรือความยากลำบากในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่?

ที่อยู่อาศัย	◯ ใช่	◯ ไม่ใช่	รายละเอียด:_____
การเงิน	◯ ใช่	◯ ไม่ใช่	รายละเอียด:_____
อาหาร ยารักษาโรค	◯ ใช่	◯ ไม่ใช่	รายละเอียด:_____
ความสัมพันธ์ (แฟน/สามี/ภรรยา ครอบครัว เพื่อน)	◯ ใช่	◯ ไม่ใช่	รายละเอียด:_____

5. การป้องกันการแพร่เชื้อ

5.1 การเปิดเผยให้สามี/ ภรรยา/ แฟนรู้ว่าตนเองติดเชื้อ

เปิดเผยแล้วใช่หรือไม่? ◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

ให้บันทึกผลของการเปิดเผยให้ผู้อื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อหรือเหตุผลที่ไม่อยากเปิดเผย:_____

_____

_____

แผนที่จะบอกให้ผู้อื่นรู้ในอนาคต

- ◯ ผู้รับบริการจะเป็นผู้บอกด้วยตนเอง
- ◯ ผู้รับบริการจะเป็นผู้บอกโดยมีผู้ให้การปรึกษาอยู่ด้วย
- ◯ ให้ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้บอกแทนโดยผู้รับบริการจะไม่อยู่ด้วย (ในกรณีนี้ผู้รับบริการจะต้องลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล)
- ◯ ผู้รับบริการต้องการให้ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้บอกโดยผู้รับบริการอยู่ด้วย
- ◯ ผู้รับบริการจะบอกแก่บุคคลที่สามที่ไว้วางใจได้และขอให้บุคคลนั้นเป็นผู้บอกผู้อื่นแทนผู้รับบริการ

5.2 การลดการแพร่เชื้อ

การใช้ถุงยางอนามัย

- ◯ ไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน
- ◯ ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ เท่านั้น
- ◯ ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนทุกคน ยกเว้นคู่นอนประจำ
- ◯ ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนทุกคน

ผู้รับบริการบอกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศหรือไม่ ◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่ หากใช่ (โปรดระบุ)

- ◯ ปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวของอวัยวะเพศ
- ◯ อวัยวะเพศแข็งตัวแต่อยู่ได้ไม่นาน
- ◯ มีปัญหาเกี่ยวกับการหลั่ง

ผู้รับบริการบอกว่าปัญหาดังกล่าวทำให้มีปัญหาในการสวมถุงยางอนามัยใช่หรือไม่?

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

ผู้รับบริการบอกว่าใช้สาร/ยากระตุ้นสมรรถภาพทางเพศเช่น ซิลเดลนาฟิล ไวอากร้า

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่ หากใช่ โปรดระบุ.....

ให้ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา หรือการส่งต่อที่ผู้รับบริการได้รับแล้วหรือจำเป็นจะต้องได้รับ:

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้รับบริการใช้/กินยาใดๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่งจ่ายให้รวมทั้ง ฮอร์โมน สเตอรอยด์ หรือดื่มเหล้าหรือไม่?

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แพทย์เคยสั่งจ่ายฮอร์โมนหรือ สเตอรอยด์ให้ผู้รับบริการหรือไม่

◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่

ใช้เข็มฉีดยาหรืออุปกรณ์ฉีดยาร่วมกับผู้อื่น? ◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่ รายละเอียด:_____

ต้องประเมินหรือส่งต่อเพื่อบำบัดหรือไม่? ◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่ รายละเอียด:_____

หากใช่ ให้ประเมินการเสพยาเสพติดและการดื่มเหล้า (ใช้เครื่องมือที่อยู่ในชุดเครื่องมือ)

ได้จัดทำแผนดูแลและรักษาผู้รับบริการแล้ว (ตามแนบ) ◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่ รายละเอียด:_____

ผู้รับบริการลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลแล้ว ◯ ใช่ ◯ ไม่ใช่ รายละเอียด:_____

รายละเอียดเพิ่มเติม:_____

ลายมือชื่อ_____

วันที่:_____

แผนการดูแลรักษาผู้รับบริการ

ประเด็นปัญหา	แนวทาง/แผนการช่วยเหลือ

ภาคผนวกที่ 2 :
แบบประเมินความพร้อมก่อนกินยาต้าน (FHI 360, 2555)

แบบประเมินความพร้อมก่อนกินยาต้าน

ชื่อผู้รับบริการ/รหัส.....
วันที่ให้การปรึกษา .....

ใส่เครื่องหมาย √ ในกล่อง ◯ หากผู้ให้การปรึกษาได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจประเด็นนั้น

วัด/ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคเอดส์:

- ◯ เอชไอวีคืออะไร? โรคเอดส์คืออะไร?
- ◯ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- ◯ CD4 /ปริมาณไวรัสในเลือด
- ◯ ความเข้าใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับสุขภาพของตัวเอง
- ◯ ประสิทธิภาพและผลที่จะเกิดขึ้นจากการกินยาต้านไวรัส
- ◯ ความจำเป็นที่จะต้องกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (อธิบาย)

ทบทวนอุปสรรคที่คาดว่าจะทำให้กินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่องและการแก้ไขอุปสรรคนั้น:

- ◯ การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ไม่ดีหรือไม่ชัดเจนครบถ้วน
- ◯ อ่าน/เขียนหนังสือไม่ค่อยได้ (เช่น ไม่สามารถอ่านวิธีกินยาได้)
- ◯ ยังมีความเข้าใจในเรื่องเอชไอวีและโรคเอดส์ไม่เพียงพอ
- ◯ ขาดความช่วยเหลือจากเพื่อน ครอบครัว ชุมชนและเครือข่ายทางสังคม
- ◯ ไม่ยอมเปิดเผยว่าตัวเองติดเชื้อ
- ◯ สภาพจิตใจ
- ◯ ปัญหาในการเดินทางหรือในที่ทำงาน

ทบทวนสูตรยาและวิธีกินยา และความสำคัญที่จะต้องกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง:

- ◯ สูตรยาต้านไวรัสที่จะกิน
- ◯ การสาธิตวิธีการกินยาโดยใช้ยาหลอก
- ◯ ยาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพอย่างไร (เช่น เพิ่มภูมิคุ้มกันร่างกาย ลดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ไม่ใช่รักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด)
- ◯ อธิบายเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัสอย่างไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดการดื้อยาได้อย่างชัดเจน
- ◯ ผลข้างเคียงของยาและการจัดการ
- ◯ การมาตามนัดเพื่อติดตาม
- ◯ ความสำคัญของการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องและผลที่จะเกิดขึ้นหากไม่กินยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

ทบทวนสิ่งที่จะทำปฏิกิริยากับยาต้านไวรัสและการดื้อยาที่อาจเกิดขึ้นได้

- ◯ เหล้าและยาที่ซื้อมากินเอง
- ◯ ยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ◯ การกินฮอร์โมน (เช่นยาคุมกำเนิด ฮอร์โมนสำหรับกะเทยที่แปลงเพศ ฮอร์โมนสำหรับผู้ที่ขาดฮอร์โมน)

ทบทวนวิธีที่จะช่วยให้กินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง:

- ◯ การให้ "คู่หูกินยา" คอยช่วยเตือน (พูดคุยเกี่ยวกับหน้าที่ของคนนั้น)
- ◯ สิ่งอื่นๆ ที่จะช่วยเตือน
- ◯ ทบทวนสูตรยาและวิธีกินยาและวิธีที่จะช่วยให้กินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องสำหรับผู้ที่ติดสารเสพติดหรือติดเหล้าที่ส่งต่อไปรับการบำบัดโดยการล้างพิษยาและการให้สารทดแทน

หลังจากผู้รับบริการได้<u>เริ่มกินยาต้านไวรัส</u>แล้ว ให้ใช้บัญชีรายการที่อยู่ด้านหลังของเอกสารนี้ในการประเมิน

สำหรับการนัดมาเพื่อติดตาม:

ทบทวนเรื่องการกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

- ◯ สูตรยาที่กินและการกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง – การนับจำนวนเม็ดยา, สิ่งที่ผู้รับบริการบอก
- ◯ สอบถามเรื่องผลข้างเคียงของยาและการจัดการ
- ◯ พูดคุยเรื่องความสำคัญของการป้องกันการแพร่เชื้ออย่างต่อเนื่อง
- ◯ อธิบายเกี่ยวกับการนัดติดตามในครั้งต่อไป
- ◯ ทบทวนเป้าหมายที่ผู้รับบริการตั้งไว้และความสำเร็จ

ขอที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉินแล้วบันทึกข้อมูลนี้ไว้ในแฟ้มประวัติของผู้รับบริการ พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับมาตรการในการเก็บรักษาความลับของผู้รับบริการ

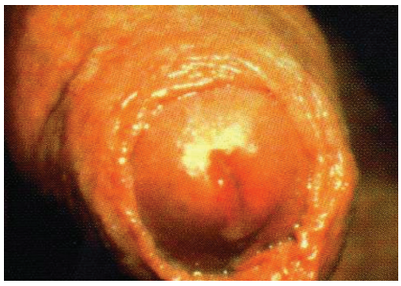
นัดหมายครั้งต่อไปและกรอกบัตรนัด

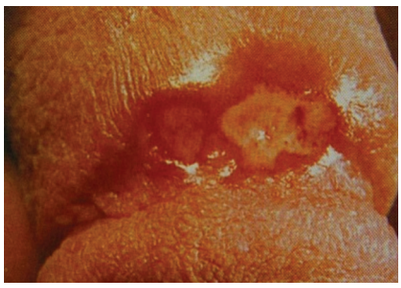
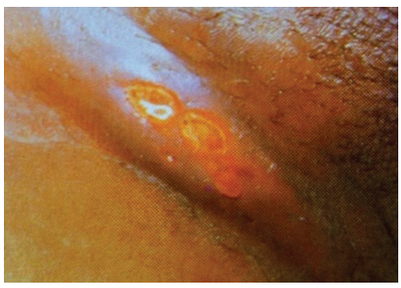
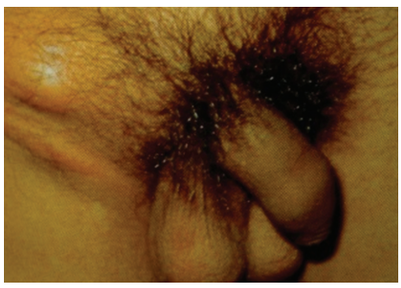
ส่งต่อเพื่อไปรับยา

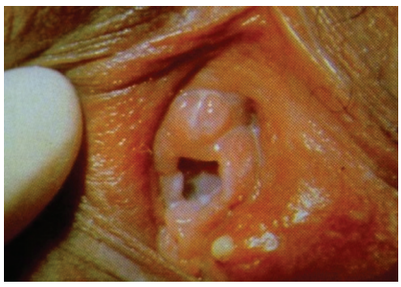
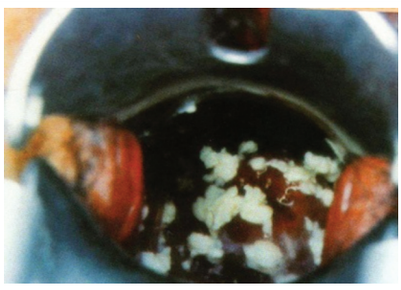
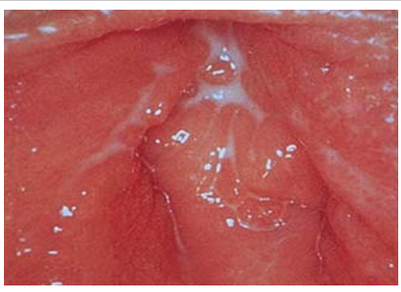
ลายมือชื่อพยาบาล/ผู้ให้การปรึกษา.....

ภาคผนวกที่ 3 :
โรคที่สามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์

ตารางแสดงกลุ่มอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยและเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ (FHI 360, 2012)

กลุ่มอาการ	อาการ และอาการแสดง	โรค/เชื้อที่เป็นสาเหตุ
หนองไหลจากอวัยวะเพศ (ชาย)		
	• มีหนองหรือสารคัดหลั่งไหลออกจากท่อปัสสาวะ	• โรคหนองใน เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Neisseria Gonorrhea
	• มีอาการคัน • ปวดเวลาปัสสาวะ • ปัสสาวะบ่อย	• โรคหนองในเทียม เกิดจากเชื้อ Chlamydia Trachomatis
ปวดบวมบริเวณอวัยวะเพศ (เกิดจากมีหนองไหล และไม่ได้รับการรักษา)		
	• มีอาการปวดและบวมบริเวณอวัยวะเพศ	• โรคหนองใน เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Neisseria Gonorrhea • โรคหนองในเทียม เกิดจากเชื้อ Chlamydia Trachomatis
มีแผลที่อวัยวะเพศ (ดังแสดงในภาพข้างล่างตารางนี้)		
	• เป็นผื่น แผลหรือตุ่มน้ำที่อวัยวะเพศ อาจมีอาการปวดหรือไม่ปวดก็ได้	• โรคซิฟิลิส จากเชื้อแบคทีเรีย (Treponema Pallidum)

	• ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบบวม 	• โรคแผลริมอ่อนจากเชื้อแบคทีเรีย (Haemophilis Ducreyi)
	• เป็นฝี หรือแผลที่หนังอวัยวะเพศ 	• ติดเชื้อเริมที่อวัยวะเพศ (Genital Herpes)
		• แผลบริเวณขาหนีบ (Klebsiella Inguinale)
		• หนองในเทียมที่ต่อมและท่อน้ำเหลือง
มีอาการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ หรือฝีมะม่วง		
	• ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบบวม	• เชื้อแบคทีเรีย Haemophilis Ducreyi
		• หนองในเทียมที่ต่อมและท่อน้ำเหลือง Chlamydia Trachomatis ประเภท Serovars L1- 3 ซึ่งทำให้เกิดโรคฝีมะม่วง

หนองไหลจากอวัยวะเพศ (หญิง)		
  	- ตกขาวผิดปกติ - ปวดเวลาปัสสาวะ - เจ็บปวดที่อวัยวะเพศขณะหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ - คันบริเวณช่องคลอด - ปัสสาวะบ่อย	- โรคหนองใน จากเชื้อแบคทีเรีย Neisseria Gonorrhea - โรคหนองในเทียม เกิดจากเชื้อ Chlamydia trachomatis - เชื้อแบคทีเรีย Bacterial Vaginosis ทำให้ช่องคลอดอักเสบ - เชื้อรา Candida Albicans - การติดเชื้อจากพยาธิในช่องคลอด (Trichomonas Vaginalis)
อุ้งเชิงกรานอักเสบ	- ปวดท้องน้อย - ปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน - มีไข้	- โรคหนองใน เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Neisseria Gonorrhea - โรคหนองในเทียม เกิดจากเชื้อ Chlamydia Trachomatis - การติดเชื้อแบคทีเรีย Anaerobic Bacterial Infection

นอกจากอาการและอาการแสดงที่ได้กล่าวข้างต้นแล้ว ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหรือสาวประเภทสองที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจมาด้วยอาการก้อนผิดปกติบริเวณอวัยวะเพศ โรคที่พบได้บ่อยๆ ได้แก่ หูดหงอนไก่ (REF) และหูดข้าวสุก

โรคหูดหงอนไก่

หูดหงอนไก่เกิดจากเชื้อ (Human Papilloma Virus: HPV) ชนิดที่ 6, 11 แต่ยังมีเชื้อ HPV ที่ไม่ทำให้เกิดหูด แต่อาจทำให้เซลล์เกิดการเปลี่ยนแปลงและอาจกลายเป็นเซลล์มะเร็ง 3 ใน 4 ของผู้ที่เป็นหูดหงอนไก่มักไม่มีอาการและสามารถติดต่อกันโดยไม่มีรอยโรคได้

อาการของหูดหงอนไก่ในผู้ชาย (HPV)

หูดหงอนไก่ในปาก	หูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศชาย	หูดหงอนไก่ที่ช่องทวารหนัก
หูดหงอนไก่ในปาก	**หูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศหญิง**	**หูดหงอนไก่ที่ชองทวารหนัก**

โรคหูดข้าวสุก

หูดข้าวสุกเป็นอีกโรคที่พบได้ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง เกิดจากเชื้อ Molluscum Contangiosum ลักษณะรอยโรคเป็นตุ่มขนาด 3 - 5 มิลลิเมตรจนถึง 10-15 มิลลิเมตร โรคหายเองแล้วกลับมาเป็นซ้ำได้อีก

หูดข้าวสุกที่ผิวหนัง	หูดข้าวสุกที่อวัยวะเพศชาย	
หูดข้าวสุกที่ผิวหนัง	**หูดข้าวสุกที่อวัยวะเพศชาย**	

ซิฟิลิสเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่มีอุบัติการสูงขึ้น ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การติดเชื้อ มี 4 ระยะ

ระยะที่ 1 (Primary): มีลักษณะของแผลที่มักเป็นแผลเดี่ยว แต่อาจมีหลายแผลได้ แผลสะอาด ขอบแข็ง ไม่เจ็บ เรียกว่า “แผลริมแข็ง” (Chancre) แผลเกิดตรงตำแหน่งที่เชื้อเข้าสู่ร่างกาย ลักษณะของอาการไม่เป็นไปตามรูปแบบเดียวกันเสมอไป แผลอยู่นาน 3 - 6 สัปดาห์ แผลหายได้เองโดยไม่ได้รักษา ก็จะเข้าสู่ซิฟิลิสระยะที่สอง

ระยะที่ 2 (Secondary): อาการได้แก่ ผื่นมีลักษณะสีแดงหรือเป็นจุดสีน้ำตาลแดง ขึ้นตามตัว หรือฝ่ามือฝ่าเท้าและเยื่อบุ มักจะไม่คัน บางครั้งเป็นผื่นจางๆ ทำให้ไม่ได้สังเกต มีอาการอื่นที่อาจเกิดได้แก่ มีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ ผมร่วงเป็นหย่อมๆ ปวดศีรษะ น้ำหนักลด ปวดกล้ามเนื้อ ไม่มีแรง อาการหายได้เองแม้ไม่ได้รักษา แต่ยังมีเชื้ออยู่ และสามารถแพร่เชื้อสู่คนอื่นได้ง่าย

ระยะแฝง (Latent): เริ่มต้นหลังจากอาการของระยะหนึ่ง และระยะสองผ่านไปแล้ว หากไม่ได้รับการรักษาเชื้อจะยังคงอยู่ในร่างกายแม้จะไม่แสดงอาการ ระยะแฝงของซิฟิลิสจะอยู่นานได้เป็นปีๆ ประมาณ 15% จะเข้าสู่ระยะท้ายของโรคซิฟิลิส และแสดงอาการแม้จะผ่านไปแล้ว 10 - 20 ปี หลังจากที่ได้รับเชื้อ

ระยะที่ 3 (Tertiary): ระยะท้าย เชื้อเข้าทำลายลุกลามไปสู่ระบบอื่นของร่างกาย ได้แก่ ผิวหนัง กระดูก ระบบประสาท หลอดเลือด และหัวใจ เกิดอาการต่างๆ ได้แก่ อาการหลงลืม บุคลิกภาพเปลี่ยน ชา อ่อนแรง เสียการทรงตัว เป็นต้น

Case Manager ควรแนะนำให้ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พบแพทย์ เพื่อตรวจหาเชื้อซิฟิลิส ทั้งนี้โรคมักจะติดต่อในระยะแรกหรือระยะที่สอง แต่บางคนอาจไม่ได้สังเกตอาการของโรค จึงมีโอกาสติดโรคได้สูง ซิฟิลิสติดต่อโดยการสัมผัสโดยตรงกับแผล แต่เนื่องจากผู้ที่ติดเชื้อซิฟิลิส อาจไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติ เพราะแผลที่เกิดขึ้นไม่มีอาการเจ็บ และ บางครั้งเวลามีผื่นก็ขึ้นเป็นผื่นจางๆ ซึ่งสังเกตได้ยาก นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อซิฟิลิสจำนวนมากอาจไม่มีอาการผิดปกติเลย

การรักษาซิฟิลิส ในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน หากเป็นระยะแรก รักษาโดยฉีดยาเข้ากล้ามเพียงครั้งเดียว หรือกินยาต่อเนื่อง 14 วัน แต่หากเป็นระยะหน้า-หลัง เช่นเป็นระยะแฝงนานกว่า 2 ปี จะต้องฉีดยาทุกสัปดาห์นาน 3 สัปดาห์ หรือกินยาต่อเนื่อง 30 วัน และการรักษาอาจยุ่งยากมากขึ้นหากเป็นซิฟิลิสระบบประสาท (อังคณา, 2553)

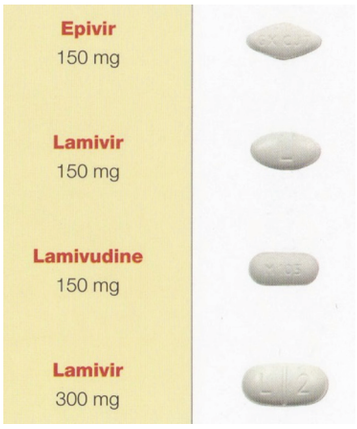
อาการของซิฟิลิสที่ร่างกาย	อาการของซิฟิลิสที่มือ	อาการของซิฟิลิสที่เท้า

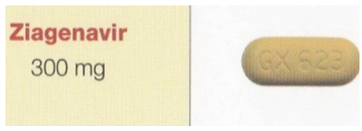
ภาพอาการของซิฟิลิส ระยะที่ 2

ภาคผนวกที่ 4 :
ตารางแสดงรูปเม็ดยา วิธีรับประทาน และผลข้างเคียงยาต้านไวรัสกลุ่มต่างๆ

ตารางแสดงรูปเม็ดยา วิธีรับประทานยาต้าน และผลข้างเคียงยาของกลุ่ม NRTI

ยากลุ่ม NRTI			
ชื่อทั่วไป	**ชื่อทางการค้า**	**รูปเม็ดยา**	**ผลข้างเคียง**
Zidovudine (ไซโดวูดีน) / AZT	ANTIVIR (แอนติเวียร์)		คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ ผิวและเล็บอาจมีสีดำ
Antivir 300 mg 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร			
Stavudine (สตาวูดีน) /d4T	Stavir/ สตาร์เวียร์		ชาปลายมือปลายเท้า (Peripheral Neuropathy) ระดับกรดแลคติกในเลือดสูง (Hyperlactemia) ตับอ่อนอักเสบ ไขมันย้ายที่ (Lipodystrophy): แก้มตอบ ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ระดับไขมันในเลือดสูง
Stavir 15 mg Stavir 20 mg Stavir 30 mg Stavir 40 mg กินยาขนาด 30 mg วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง (น้ำหนักน้อยกว่า 60 กิโลกรัม) ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร			

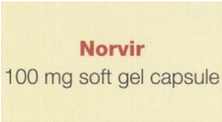
กินยาขนาด 40 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง (น้ำหนักมากกว่า 60 กิโลกรัม) ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร		 	
Lamivudine (ลามิวูดีน) / 3TC	LAMIVIR (ลามิเวียร์)		คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ผมร่วง ตับอ่อนอักเสบ เป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อย แต่ผู้ป่วยบางรายอาจจะแพ้ได้
Epivir, Lamivir (150), Lamivudine (150) Lamivir (300) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร			
Didanosin1 *(ไดอะโนซิน)* */ ddl*	*VIDEX* *(ไวเด็กซ์)*		คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชาปลายมือปลายเท้า (Peripheral Neuropathy) ตับอ่อนอักเสบ
Videx EC 250 mg 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง (น้ำหนักตัว น้อยกว่า 60 กิโลกรัม)			
Videx EC 400 mg 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง (น้ำหนักตัวมากกว่า 60 กิโลกรัม)			

Divir 125 mg 2 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืนวันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง (น้ำหนักตัวน้อยกว่า 60 กิโลกรัม)			
Divir 200 mg 2 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืนวันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง (น้ำหนักตัวน้อยกว่า 60 กิโลกรัม)			
*ต้องกินขณะท้องว่างก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง			
Abacavir (อะบาคาเวียร์) / ABC	Ziagenavir (ไซกินาเวียร์)		มีผื่นขึ้นคล้ายผื่นลมพิษ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reaction)
Ziagenavir 300 mg 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง หรือ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง ไม่มีข้อจำกัดเรื่องอาหาร			
Tenofovir (ทีนอฟอเวียร์) / TDF	Viread (ไวรีด)		ไขมันในเลือดสูง มีไขมันพอกที่ตับ มีผลต่อไต
Tenofovir 300 mg 1 เม็ด ทุก 24 ชั่วโมง			

ตารางแสดงรูปเม็ดยาต้านและผลข้างเคียงของกลุ่ม NNRTI

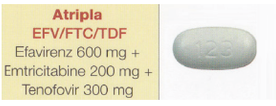
ยากลุ่ม NNRTI			
ชื่อทั่วไป	**ชื่อทางการค้า**	**รูปเม็ดยา**	**ผลข้างเคียง**
Efavirenz (เอฟฟ่าไวเร็นซ์) / EFV	STOCRIN (สต็อกคริน)		มึนงง ฝันร้าย ย้ำคิดย้ำทำ อาการเหล่านี้จะดีขึ้นใน 1 - 2 เดือน ใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่การทำงานของตับบกพร่อง
Stocrin 600 mg 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง ไม่มีข้อจำกัดเรื่องอาหาร แต่การกินขณะท้องว่างจะช่วยลดผลข้างเคียงด้านระบบประสาท			
Efavirenz 600 mg 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร แต่การกินขณะท้องว่างจะช่วยลดผลข้างเคียงด้านระบบประสาท			ข้อแนะนำ หลักเลี่ยงการรับประทาน EFV ร่วมกับอาหารไขมันสูง เนื่องจากจะเพิ่มการดูดซึมร้อยละ 50 ควรรับประทานก่อนนอนเพื่อลดผลกระทบจากยา
Nevirapine (เนวิราปิน) / NVP	NERAVIR (เนราเวียร์)		ผื่นแพ้ อาจรุนแรงถึง - Steven Johnson มีอาการหนักเยื่อบุตาบวม ตับอักเสบอาจรุนแรงมากถึง Hepatic Failure
1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง ใน 2 สัปดาห์แรก ที่เริ่มยา จากนั้นเพิ่มเป็นวันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง เพื่อลดโอกาสการเกิดผื่น ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร			

ตารางแสดงรูปเม็ดยาต้านและผลข้างเคียงของกลุ่ม PI

ยากลุ่ม PI (Protiase Inhibitor)			
ชื่อทั่วไป	**ชื่อทางการค้า**	**รูปเม็ดยา**	**ผลข้างเคียง**
Ritonavir (ริโทนาเวียร์) / RTV	Norvir (นอร์เวียร์)		ถ่ายเหลว ไขมันสะสมที่หนอกคอและช่องท้อง
Norvir 100 mg 1 เม็ด วันละ 1 - 2 ครั้ง ขึ้นกับขนาดยา PI ที่ให้ร่วมกัน เพื่อเพิ่มระดับยา PI ชนิดอื่นๆ			
Saquinavir (ซาควินาเวียร์) / SQV	Invirase		คลื่นไส้ / ปวดศีรษะ / ผิวแห้ง / ผมร่วง / ไขมันในเลือดสูง
Invase 500 mg 2 เม็ด พร้อมกับ RTV 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง หรือ 3 เม็ด พร้อมกับ RTV 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง พร้อมอาหารหรือไม่เกิน 2 ชั่วโมงหลังอาหาร			
Darunavir (ดารุนาเวียร์)/ DRV	PREZISTA		คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง
Prezista 300 mg 2 เม็ด พร้อมกับ RTV 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง แนะนำให้กินพร้อมอาหาร			
Prezista 600 mg 1 เม็ด พร้อม RTV 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง แนะนำให้กินพร้อมอาหาร			
Atazanavir (อทาซนาเวียร์) / ATV/ r300/100mg	REYATAZ		คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อาการดีซ่าน (ตัวเหลือง ตาเหลือง)

ตารางแสดงรูปเม็ดยาต้านและผลข้างเคียงของยาเม็ดรวม

ยาต้านและผลข้างเคียงของยาเม็ดรวม			
ชื่อทั่วไป	ชื่อทางการค้า	รูปเม็ดยา	ผลข้างเคียง
Lopinavir/ Ritronavir (โลพินาเวียร์/ ริโทนาเวียร์)/ (LPV/r) =133.3/33.3	Kaletra (คาเลททรา) 1. เม็ดเจล 2. เม็ดแป้ง	Kaletra SGCs KaletraSoft Capsule Gel Kaletra tab. Aluvia	ผลข้างเคียงจากยา แต่ละตัวดังได้กล่าวข้างต้น
3 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง ควรไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดา และแนะนำให้กินพร้อมอาหาร			
Lopinavir/ Ritronavir (โลพินาเวียร์/ ริโทนาเวียร์) / (LPV/r)=100/25	Aluvia (อะลูเวียร์) เม็ดแป้ง		
4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง แนะนำให้กินพร้อมอาหาร			
3TC+NVP+d4T	GPO-VIR S30		
1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง ใน 2 สัปดาห์แรก เริ่มยาแบบแยกเม็ดโดยให้ GPO-VIR 30 1 เม็ด 1 ครั้งตอนเช้า และให้ d4T 30 มิลลิกรัม และ 3TC 150 มิลลิกรัม แยกเม็ดตอนเย็น ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร			
3TC+NVP+AZT	GPO-VIR S30		
1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง ใน 2 สัปดาห์แรก เริ่มยาแบบแยกเม็ดโดยให้ GPO-VIR 250 1 เม็ด 1 ครั้งตอนเช้า และให้ d4T 200-300 มิลลิกรัม และ 3TC 150 มิลลิกรัม แยกเม็ดตอนเย็น ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร			

AZT+3TC Zidovudine 300 mg+ Lamivudine 150 mg	Zilarvir	Zalarvir 	
1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร			
AZT+3TC Zidovudine 300 mg+ Lamivudine 150 mg	combid	Combid 	
1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร			
TDF+FTC FTC = Emtricitabine Tenofovir 300 mg + Emtricitabine 200 mg	Truvada / Ricovir-Em / Teno-Em		คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย ปวดศีรษะ
1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร			
TDF+FTC+EFV	Atripla/Teevir		
1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุก 24 ชั่วโมง แนะนำให้กินในขณะท้องว่างก่อนนอน			

บรรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการให้การปรึกษาเรื่องเอดส์. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2552). หลักสูตรการอบรม: การดูแลสุขภาพของกลุ่มชายรักชายและสาวประเภทสอง. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- กรรณิกา ปัญญาวงค์ และพนัส พฤกษ์สุนันท์. (2555). เอกสารประกอบการเรียน: วิชาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม Holistic Health Care. สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชุมชน คณะศิลปศาสตร์ สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน.จังหวัดสมุทรสงคราม.
- กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2553). เอกสารประกอบการสอน: หลักและวิชาการสังคมสงเคราะห์ 3. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- เกรก คาร์ล และเสน่ห์ คำป้อ.(ม.ป.ป.). คู่มือแนะนำเพื่อปราศจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: คลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย.
- เกรก คาร์ล.(ม.ป.ป). เครื่องมือประกอบการให้คำปรึกษาผลข้างเคียงจากยาต้าน (ปรับปรุงจากคู่มือวิทยากรที่ใช้ในการอบรมเรื่องการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดย FHI ในประเทศจีน (2549). กรุงเทพฯ.
- โครงการโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. (2539). คู่มือการดูแลผู้ติดเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์สุภา จำกัด.
- จุรีรัตน์ นิลจันทึก. (2553). ความหมายในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบทีมวิจัยเห็นชอบร่วมกัน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมรมชีวันตารักษ์ (2548). ธรรมะ 4 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: บริษัท ที เอ็น พี พริ้นติ้ง จำกัด.
- ถนอมขวัญ ทวีบูรณ์. (ม.ป.ป.). การเตรียมร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติก่อนระยะสุดท้าย. อ้างอิงวันที่ 21 กันยายน 2557 (จาก http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/__12.html)
- ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว. (2553). เวชศาสตร์ครอบครัวแนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- พิชัย แสงชาญชัย. (บรรณาธิการ). (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรม: การให้คำปรึกษาและการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนารูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)
- วารุณี ณ นคร. (2549). องค์กรประชาสังคมในระดับท้องถิ่น: กรณีศึกษาชมรมรักษ์กะตะกะรน. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Caremat. (2555). หลักสูตรชีวิตจริง: การส่งเสริมสุขภาพสำหรับชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย. จังหวัดเชียงใหม่.
- ธรรศ อับดุลเลาะห์. (2557). แนวทางการทำงานของเจ้าหน้าที่มูลนิธิเดอะพอสโฮมเซ็นเตอร์. มูลนิธิเดอะพอสโฮมเซ็นเตอร์. กรุงเทพมหานคร.
- FHI 360. (2555). คู่มืออบรมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดการแพร่เชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อ: การป้องกันการแพร่เชื้อ ในระหว่างการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ. กรุงเทพมหานคร.
- FHI 360. (2555). คู่มืออ่านประกอบการให้การปรึกษาเพื่อการตรจเอชไอวี สำหรับภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก. กรุงเทพมหานคร.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีทครินทรวิโรฒ. กรุงเทพมหานคร.
- อรัญญา ตุ้ยคำภีร์. (2553). จิตบำบัดแนวความหมายในชีวิต. ศูนย์หนังสือจุฬา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สำนักงานประกันสังคม. (2557). อ้างอิงจาก http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=868&id=3647. วันที่ 27 สิงหาคม 2557
- PSI (2557). มาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับการให้การปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวีโดยสมัครใจในคลินิกเอกชน. มูลนิธิพีเอสไอประเทศไทย. กรุงเทพมาหนคร.
- ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร. (2557). วิธีดำเนินการเสียชีวิต. www.bangkok.go.th/info วันที่ 15 กันยายน 2557.
- ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. (2553). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ศูนย์ให้คำปรึกษาซิสเตอร์. (2555). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับฮอร์โมนบำบัดสำหรับคนข้ามเพศที่เป็นสาวประเภทสอง. มูลนิธิพีเอสไอ ประเทศไทย.กรุงเทพ.
- สายพิณ หัตถีรัตน์. (2545). เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างง่าย ชุดที่ 1. ใน: คู่มือหมอครอบครัว เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- สุพัตรา ศรีวาณิชชากร (2553). Palliative Care: การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจ.วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2(5).4-6.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). การบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารงบผู้ป่วยวัณโรค. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557).คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2558: การบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการบริหารงบผู้ป่วยวัณโรค. นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพรินติ้งแอนด์พับบลิชชิ่งจำกัด. อ้างอิงจาก http://e-library.nhso.go.th/files/book%2002.pdf.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2547). การกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2554). ชุดความรู้การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง HIV/AIDS Treatment Literacy. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2556). แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองระดับชาติ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2556). คู่มืออ่านประกอบการให้คำปรึกษาเรื่องเอชไอวี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2557). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2557). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชือเอชไอวี ประเทศไทย 2557 (ฉบับพกพา). เรียบเรียงเนื้อหาสำคัญจากแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย 2557. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ. บทความ: เครือข่ายภาคประชาสัมคมสนับสนุนข้อเสนอแนะการพัฒนาขยายฐานความคุ้มครองทางสังคม. อ้างอิงจาก https://www.ilo.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource. สืบค้นวันที่ 14 มิถุนายน 2557.
- อติวุทธ กมุทมาศ. (2555). นรีเวชวิทยาในหญิงที่เปลี่ยนเพศจากชาย=Female transsexual Gynecology (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย (บรรณาธิการ) (2553). แนวทางการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และดรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

ภาษาอังกฤษ

- Babak Pourbohloul and Marie-Paule Kieny. (2011). Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy. Bulletin of the World Health Organization; 89, 242
- Barbara A. Israel, Amy J. Schulz, Edith A. Parker, and Adam B. Becker. (1998). Review of community – based research: Assessing partnership approaches to improve public health. Annual review of Public Health, 19, 173-202.
- Doctor-patient communication. In McWhinney,I.R. (editor). (1997) A textbook of family medicine 2nd ed. New York: Oxford University Pres, 104-28.
- Family Health International. (2007). Scaling up the continuum of care for people living with HIV in Asia and the Pacific. Bangkok.
- Humphrey-Waa K. (2011). Hormone therapy for male to female transgender population. Recommendation for Sisters project. Bangkok.
- Levenstein, J.H, McCracken, E.C., McWhinney, I.R., Stewart, M.A, & Brown. J.B. (1986). The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract, 3(1), 24-30.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: The Guildford Press.p. 201-16.
- Prochaska, J.O, & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot, 12(1), 38-48.
- Samji, H., , Cescon, A., Hogg, R.S., Modur, S.P., Althoff, K.N, Buchacz, K.,et al.(2014). Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. PLOS ONE 8(12): e81355. Doi:10.1371.
- Wasserheit, J.N. (1992). Epidemiological synergy: Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis,. 19(2), 61-77.
- Weatherburn, P., Keogh, P., Reid, D., Dodds, C., Bourne, A., Owuor, J., et al. (2009). What do you need? 2007 - 2008: findings from a national survey of people diagnosed with HIV. London: Sigma Research. Retrieved September 21, 2014 from http://www.sigmaresearch.org.uk/files/report2009b.pdf
- World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care (2006). Available from: http://www.who.int./cancer/palliative/definition/en/

คณะผู้จัดทำ