

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน แบบมีส่วนร่วมของแกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ในคลินิกศูนย์องค์รวม โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

ศิริวิทย์ หลิมโตประเสริฐ*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของแกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในคลินิกศูนย์องค์รวม โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของแกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบในคลินิกศูนย์องค์รวม และศึกษาการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยศึกษาในกลุ่มแกนนำและพี่เลี้ยงที่ให้บริการในคลินิกศูนย์องค์รวม จากโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 15 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลคุณภาพ จากโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลเอดส์ NAP Program และข้อมูลจากศูนย์องค์รวมของแกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล การสนทนากลุ่ม และการถอดบทเรียนการดำเนินงานของเครือข่าย การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความและสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการให้บริการแบบมีส่วนร่วมแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ: แบบที่ 1 เข้ามามีส่วนร่วมให้บริการที่ศูนย์องค์รวมเฉพาะวันที่มีคลินิก จำนวน 1 แห่ง แบบที่ 2 ติดตามดูแลเพื่อนสมาชิกครอบคลุมทุกมิติ (เศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ) จำนวน 4 แห่ง แบบที่ 3 มีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการคลินิกศูนย์องค์รวมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 8 แห่ง และแบบที่ 4 มีส่วนร่วมในการทำงานเชิงนโยบายและการจัดระบบบริการในคลินิกศูนย์องค์รวม จำนวน 2 แห่ง พบระดับการมีส่วนร่วมของแกนนำผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์กับพี่เลี้ยงและทีมสหวิชาชีพขึ้นอยู่กับระดับความรู้ ความสามารถเฉพาะบุคคล ความรู้ส่วนที่ขาดประกอบด้วยเรื่องสุขภาวะทางเพศ เพศวิถี เพศสถานะ อนามัยเจริญพันธุ์, สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์, การทบทวนงานอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน งบประมาณการทำงานเชิงรุกถูกปรับลด จำนวนแกนนำลดลงเพราะสุขภาพแข็งแรงไปประกอบอาชีพส่วนตัว สัดส่วนของพี่เลี้ยงและแกนนำอาสาสมัครไม่สัมพันธ์กับผู้มารับบริการ การมีส่วนร่วมในการให้บริการของอาสาสมัครแกนนำทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เปิดเผยตัวและมารับบริการเพิ่มขึ้น

*ข้าราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ ควรมีการเพิ่มและจัดกรอบอัตรากำลังของพี่เลี้ยงต่อสัดส่วนของแกนนำให้เพียงพอต่อการให้บริการ การพัฒนาศักยภาพทีมงานที่ต่อเนื่องในประเด็นสุขภาวะทางเพศ เพศสภาวะ เพศวิถี อนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งการเพิ่มความเข้มข้นทุกขั้นตอนในการมีส่วนร่วมของแกนนำเพื่อสร้างการยอมรับและช่วยลดการตีตราผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน มีการสร้าง ขยาย และดึงภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ มีการจ้างอาสาสมัครแกนนำเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และมีการติดตามประเมินผลโดยการถอดบทเรียน การพัฒนาศักยภาพแกนนำเป็นนักวิจัยชาวบ้าน เพื่อพัฒนาและหารูปแบบในการให้บริการในคลินิกและการทำงานเชิงรุกเพื่อลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ และลดการเสียชีวิตจากโรคเอดส์

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม ศูนย์องค์รวม พี่เลี้ยง อาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

Developing the participatory working program for people living with HIV and AIDS network in the holistic centres of hospitals in Ubon Ratchathani.

Objectives : to study and develop describe the participatory program of peer leaders with HIV and AIDS and a multidisciplinary team in the holistic centres and to develop program for providing care for HIV/AIDS patients and those who have been affected by HIV/AIDS to access to holistic centre services.

Methods : Peers and volunteers who helped provided services in the holistic centres in 15 community, general and regional hospitals in Ubon Ratchathani were studied during October 2011 -September 2012. Tertiary quantitative data were obtained from the NAP program database and the holistic centre databases. Qualitative data were obtained via observation, in-depth interview, group discussion and lessons learned from care networks. Data triangulation technique was used to examine the study validity. Data analysis was performed using content analysis, coding, interpretive and conclusive techniques.

Results : There were four types of participatory care services for individuals with HIV and AIDS. The first type was facilitated by PLHA peer leaders who work together with health care providers that has only one community hospital which were well connected with other hospital departments and peers with HIV being directly employed by the hospitals. The second form of all-round holistic services which peers were involved solely on the operating days of the services in order to enhance the care service for its members. Third, care service was provided at the local health care office fortnightly by multidisciplinary team from a community hospital. The last form of care service were two holistic centres which participate in the policy advocacy level to provide and make the decision in the hospital HIV/AIDS related services policies. Two clinics found in this

format provided specific care for MSM and men infected with HIV, in addition to other individuals with HIV and AIDS. The limitation of peer educators and multidisciplinary team which include the limitation of PLHA knowledge in related issues such as sexuality and reproductive health, reproductive rights, and so forth. Most of the PLHA group leaders is sitting at the clinic for the group support activity more than performing a home visit.; government budgetary supporting has been reduced which interrupts the clinic hours and home visit. This might be explained by the reduced budgets, PLHA leaders who are in a good health stop volunteering at the clinic and become self-employed that make the center facing a lower standard of PLHA group leaders. However, the participation of the leaders in providing clinical services is a key factor that encourages HIV / AIDS patients to receive uninterrupted service to reduce the stigma and new infections.

Implications : In order to improve the participatory program of peer individuals with HIV and AIDS and a multidisciplinary team, key success factors include an optimal patient-to-peer ratio, academic supports for peers and volunteers with their participation in health issue, gender, sexuality, reproductive health and rights, thinking, planning, working, decision making and responsibility sharing. They have to play an important role in reducing stigma in order to make individuals with HIV and AIDS feel more comfortable disclose their status to the communities and societies. Budgets for proactive care service in communities can be enhanced by supports from local administrative organizations and parties. This support may be in the forms of the employment of peers and volunteers for the hospitals and encouragement of proactive work for prevention of HIV and AIDS at the local level. Peer leaders need to have a capacity to develop the community research to find the appropriate services for the clinic as well as working proactively to reduce new infections and reducing deaths from AIDS to reduced stigma and discrimination.

Keywords : participation, holistic centre, peers, volunteers, HIV, AIDS

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์มีสถานการณ์การเสียชีวิตที่เกิดขึ้นที่ต่อเนื่อง รุนแรง และส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อมวลมนุษยชาติ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการคิดค้นแนวทางการรักษา เยียวยา และการคิดค้นตัวยาใหม่ๆ ออกมาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวิจัย

วัคซีน การผลิตเครื่องมือในการป้องกัน อีกทั้งระดมทั้งสรรพกำลังคน งบประมาณ และความร่วมมือจากภาคีทุกภาคส่วนในการรณรงค์ ตลอดจนคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อหยุดยั้งการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในระดับโลก ในภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งในระดับประเทศ แต่จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ก็ไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงหรือหมดไป แต่ยังคงมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ดังรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) มีการคาดประมาณการผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 34.2 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นจาก 10 ปีที่ผ่านมา ประมาณ 2.5 ล้านคน ทั้งนี้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประชากรโลก เท่ากับร้อยละ 0.8 โดยกลุ่มวัยรุ่นสตรีจะมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.5 สูงกว่าวัยรุ่นชายที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.3 (UNAIDS, 30 พฤศจิกายน 2554) ภาพรวมข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จังหวัดอุบลราชธานี มียอดสะสมมาตั้งแต่ปีพ.ศ.2533 จนถึงปัจจุบัน มีจำนวนทั้งสิ้น 6,079 คน และมีเสียชีวิต จำนวน 781 คน ปัจจุบันไม่มีสมาชิกทั้งหมดที่ลงทะเบียน 5,007 คน รับยาต้านไวรัส 4,516 คน ยังไม่ได้รับยา 33 คน และมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ยอมเปิดเผยสถานภาพและเข้าร่วมกิจกรรมใน ศูนย์องค์รวม

จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการรวมกลุ่มระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และสมาชิกครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ในจังหวัดอุบลราชธานี และในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เมื่อ ปี พ.ศ.2552 โดยใช้ชื่อกลุ่มเพื่อนวันอังคาร มีสมาชิกกลุ่มในขณะนั้น 800 คน มีพี่เลี้ยงหลักคือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี มีการสร้างและขยายเครือข่ายศูนย์องค์รวมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี 15 ศูนย์ กิจกรรมดำเนินงานส่วนใหญ่เน้นให้แกนนำอาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการที่คลินิกศูนย์องค์รวม เป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีปัญหาเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้ง

การช่วยเหลือทางด้านสังคมโดยการทำงานร่วมกับพี่เลี้ยงซึ่งมีทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีความซับซ้อนทั้งในบริบทการดำเนินของโรค ซึ่งต้องอาศัยผู้ที่มีความเข้าใจในเรื่องพัฒนาการของโรค รวมทั้งการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างพี่เลี้ยงคนทำงานกับแกนนำอาสาสมัคร ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และจากข้อมูลสถานการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจนโยบายไปสู่การปฏิบัติรวมทั้งสนับสนุนทั้งทางด้านเทคนิควิชาการในด้านการป้องกัน การดูแล การรักษา การฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภคในด้านการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ ลดการตายจากโรคเอดส์ รวมทั้งลดการตีตราและการกีดกันการเข้าสู่ระบบบริการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของแกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในคลินิกศูนย์องค์รวม โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาพัฒนาูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของแกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในคลินิกศูนย์องค์รวม โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของแกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในคลินิกศูนย์องค์รวม โรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ปี 2555-2559 ในประเด็นบทบาทของศูนย์องค์รวมต่อการลดการติดเชื้อรายใหม่ การลดการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 50 และลดการตีตราและการกีดกันการเข้าสู่ระบบการบริการตรวจรักษา ของศูนย์องค์รวม จำนวน 15 แห่ง โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยพี่เลี้ยงที่เป็นพยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแกนนำผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกศูนย์องค์รวม จำนวน 54 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2555

การเก็บข้อมูลเป็นข้อมูลที่เก็บจาก 2 ส่วน ประกอบด้วย (1) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการในโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลเอดส์ NAP Program และข้อมูล เชิงปริมาณที่ได้จากศูนย์องค์รวมที่อาสาสมัครแกนนำ เป็นผู้จัดเก็บข้อมูล (2) ข้อมูล

เชิงคุณภาพจาก การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก รายบุคคล การสนทนากลุ่ม และการประชุมเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานของเครือข่ายศูนย์องค์รวม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ระบบสามเส้า

ผลการศึกษา

จากการศึกษารูปแบบการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบในคลินิกศูนย์องค์รวม ในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า รูปแบบการให้บริการและการจัดการในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบในคลินิกศูนย์องค์รวมทุกหน่วยบริการในจังหวัดอุบลราชธานีภายใต้ความร่วมมือจากการทำงานของอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการจัดการการให้บริการด้านสุขภาพภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมมีการจัดระบบและขั้นตอนการดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาล แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมระหว่างทีมสหวิชาชีพกับอาสาสมัครแกนนำที่ปฏิบัติงานร่วมในคลินิกศูนย์องค์รวม

ระดับ	กระบวนการมีส่วนร่วม
1	อาสาสมัครแกนนำกลุ่มมีส่วนร่วมในลักษณะร่วมให้บริการ หรือเป็นผู้ช่วยพี่เลี้ยงในกิจกรรมบริการต่างๆ จำนวน 1 กลุ่ม (รพ.สต.ห้วยชะยุ้ง)
2	อาสาสมัครแกนนำมีส่วนร่วมในการให้บริการในกิจกรรมบริการต่างๆ มีส่วนร่วมคิดร่วมวางแผนการทำงานร่วมกันในการดูแลติดตามเพื่อนสมาชิก กับพยาบาลพี่เลี้ยง และมีการประสานงานกับฝ่ายอื่นๆ มีจำนวน 4 กลุ่ม (รพ.เขมราฐ/รพ.โพธิ์ไทร/รพ.ลำโรง/รพ.บุญทริก)

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมระหว่างทีมสหวิชาชีพกับอาสาสมัครแกนนำที่ปฏิบัติงานร่วม
ในคลินิกศูนย์องค์รวม (ต่อ)

ระดับ	กระบวนการมีส่วนร่วม
3	อาสาสมัครแกนนำมีส่วนร่วมในการให้บริการในกิจกรรมบริการต่างๆ ในการคิด การเสนอ หรือการตัดสินใจ ในการจัดระบบบริการของคลินิกยาด้านไวรัสร่วมกับสหวิชาชีพ มีจำนวน 8 กลุ่ม (รพ.สรรพสิทธิประสงค์/รพ.ตระการพืชผล/รพ.ศรีเมืองใหม่/รพ.กุดข้าวปุ้น/รพ.พินุลมั่งสาหาร/รพ.เดชอุดม/รพ.น้ำยืน/รพ.นาจะหลวย)
4	อาสาสมัครแกนนำมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และสามารถเสนอความเห็นในการจัดระบบบริการต่างๆ ของโรงพยาบาลร่วมกับพี่เลี้ยงที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ นอกเหนือจากงานคลินิก มี 2 กลุ่ม (รพ.วารินชำราบ/รพ.เขื่องใน)

ผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานของอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในคลินิกศูนย์องค์รวม พบว่า มีระบบการจัดการการให้บริการในคลินิกศูนย์องค์รวมร่วมกันโดยสมาชิกได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรยาตามมาตรฐานการรักษา ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจ คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งมีแนวทางการปฏิบัติโดยการติดตามระบบคิวในแผนกทันตกรรม หรือการไม่ถูกเลือกปฏิบัติในแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล และมีการปรับระบบบริการให้เอื้อต่อสมาชิกในคลินิกยาด้านไวรัส ซึ่งการจัดระบบการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่มีผลต่อการลดการตีตราผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบในการเข้าถึงบริการในคลินิกศูนย์องค์รวมในจังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ทราบถึงรูปแบบการให้บริการ การดูแล การรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ช่วยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงการดูแล

และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสรวมทั้งได้รับยาด้านไวรัสตามเกณฑ์ เพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์จากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ลดการถ่ายทอดเชื้อให้คู่ และลดการตีตราระหว่างตัวผู้ป่วยเอง ทั้งในครอบครัว และชุมชน

ส่วนการพัฒนาคลินิกศูนย์องค์รวมเพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เข้าถึงบริการ มีดังนี้

1. ด้านโครงสร้างระบบบริการ พบว่า

1.1 โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล มีนโยบายที่ชัดเจนในการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งมี Flow chart ระบบบริการที่ชัดเจน มีคลินิกให้บริการที่เป็นสัดส่วนชัดเจนทั้ง 15 แห่ง มีกำหนดวัน เวลาและกิจกรรมที่ให้บริการชัดเจน มีโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่งที่มีอายุรแพทย์รับผิดชอบและดูแลคลินิกศูนย์องค์รวม มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และมีระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.2 ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่ขึ้นทะเบียน

กับศูนย์องค์รวมได้รับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์ภายใน 2 เดือนหลังจากทราบผล CD4 ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ.2553

1.3 ระบบการติดตามมารับการตรวจ CD4 2 ครั้งต่อปี และตรวจ virus load ปีละ 1 ครั้ง พบว่ามีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพียงร้อยละ 9.86 ที่ได้รับการตรวจ CD4 ตามเกณฑ์ อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกได้มีระบบการติดตามมารับบริการภายใต้เกณฑ์ที่ศูนย์องค์รวมกำหนด

2. ด้านระบบส่งต่อ พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่ดื้อยาต้านไวรัสทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ทั้งหมดได้รับการส่งต่อโดยมีระบบการส่งต่อจากคลินิกศูนย์องค์รวมในโรงพยาบาลชุมชนเข้าปรับเปลี่ยนสูตรยาที่โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โดยอายุรแพทย์เฉพาะทางได้รับอนุญาตให้สามารถปรับเปลี่ยนสูตรยา เมื่อได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรยาแล้วจะมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับยาที่คลินิกศูนย์องค์รวมในพื้นที่ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่องเพราะมีอาการแพ้ยา อายุรแพทย์ที่ดูแลสามารถปรับเปลี่ยนสูตรยาได้ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษา ปี 2553 ขณะเดียวกันโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จะมีระบบการให้คำปรึกษา การส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกศูนย์องค์รวม ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ใหม่มาให้บริการที่คลินิกทางด้านไวรัสเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในเรื่องการให้ยาผู้ป่วย

3. ด้านศักยภาพผู้ให้บริการ พบว่า

3.1 ด้านศักยภาพของบุคลากรในศูนย์องค์รวม พบว่า มีเจ้าหน้าที่พยาบาลอาวุโสที่ปฏิบัติงานในคลินิกศูนย์องค์รวม ทั้ง 15 แห่ง ได้แก่ ปฏิบัติงานในคลินิกศูนย์องค์รวมระหว่าง 5-10 ปี

จำนวน 8 คน มากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน และน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน โดยเฉพาะทางด้าน การให้การดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 3 คน จบพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 9 คน และเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 3 คน อย่างไรก็ตามประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งที่เป็นผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันแต่มีการเชื่อมประสานในการดูแลร่วมกับอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเด็น การกักกันที่ต่อเนื่อง ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส รวมทั้งการดูแลปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีการเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายแกนนำระดับเขต ที่หนุนเสริมการทำงานศูนย์องค์รวมด้วย

3.2 ด้านศักยภาพของอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า มีความแตกต่างทั้งทางด้านระดับการศึกษา ความรู้ประสบการณ์การทำงานและประสบการณ์การจัดการกับปัญหาการยอมรับและการเปิดเผยผลเลือดกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแกนนำที่อาสาสมัครเข้ามาทำงานในคลินิก ศูนย์องค์รวมทั้ง 15 แห่ง ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่เป็นบวกและมีความเข้าใจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่มารับยาต้านไวรัสและตัดสินใจเปิดเผยตัวเองกับครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตามทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างแผนกในบางศูนย์องค์รวมยังมีทัศนคติที่เป็นลบ และมีความเห็นว่า อาสาสมัครแกนนำที่ป่วยมีศักยภาพไม่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วยด้วยกันในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องที่ท้าทายในการพัฒนาระบบบริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์เอดส์ชาติคือการลดการ

ติดตาม การกีดกันการเข้าถึงบริการ และการเสียชีวิต
จากเอดส์

ข้อค้นพบ

1. ศูนย์องค์รวมและการสนับสนุนการทำงาน ของศูนย์องค์รวม

การคัดเลือกศูนย์องค์รวม พบว่า จังหวัด
อุบลราชธานีมีกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
ที่ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในคลินิกยาต้าน
ไวรัสเอดส์ ทั้งสิ้น 21 กลุ่ม และมีจำนวน 15 กลุ่ม
ที่ปฏิบัติงานผ่านตามเกณฑ์ประเมินศูนย์องค์รวม
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต
10 อุบลราชธานี ในการสนับสนุนการทำงานของ
ศูนย์องค์รวม พบว่า เครือข่ายระดับเขตมีบทบาท
ในการหนุนเสริมการทำงานแก่ศูนย์องค์รวมทั้ง 15
แห่ง เช่นมีการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการ

เครือข่ายระดับจังหวัด โดยมีประธานเครือข่าย
ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จังหวัดและตัวแทน
ประธานกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อระดับอำเภอเข้าร่วม
เป็นคณะกรรมการเครือข่ายระดับจังหวัด รวม
ทั้งสิ้น 23 คน โดยมีกรรมการที่มาจาก 8 กลุ่ม ที่ไม่
ผ่านเกณฑ์การประเมินจากศูนย์องค์รวม

2. การเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการศึกษาข้อมูล
ทุติยภูมิ ใน NAP Program และจากการสำรวจ
ข้อมูลของศูนย์องค์รวม พบว่ามีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย
เอดส์ในปี 2555 จำนวน 5,926 คน ขึ้นทะเบียน
และเข้าร่วมกิจกรรม 4,430 คน คิดเป็น ร้อยละ
74.75 ที่เหลือ ร้อยละ 25.25 ไม่ยอมเปิดเผยตัว
เองกับครอบครัว เพื่อน และชุมชนเพราะกลัวการ
ถูกรังเกียจ การติดตาม ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลจำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในศูนย์องค์รวม จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด ในศูนย์องค์รวม พ.ศ.2555 (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ลงทะเบียนใน NAP Program	5,926
สมาชิกที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด (ราย)	4,430 (74.75)

แหล่งที่มา ; ข้อมูลศูนย์องค์รวมเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคอีสาน, มกราคม 2556

จากข้อมูลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่รับ
ผลกระทบมารับบริการที่คลินิกศูนย์องค์รวม พบ
ว่า สมาชิกทั้งหมด จำนวน 4,430 คน รับยาต้าน
ไวรัส จำนวน 4,036 คน คิดเป็นร้อยละ 91.10 เชื้อ
ดื้อยา จำนวน 388 คน คิดเป็นร้อยละ 9.86 แสดงให้
เห็นว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ถูกติดตามจากสังคม
บางคนยังติดตามตนเองไม่กล้าเปิดเผยตัว ทำให้ไม่ได้

รับยาต้านไวรัส ขณะเดียวกันกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัส
บางส่วนถูกติดตามทำให้ไม่สามารถรับยาต้านไวรัส
ได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงเกิดปัญหาเชื้อดื้อยา การ
รักษาไม่ได้ผลต้องเปลี่ยนสูตรยาและในคลินิก
ศูนย์องค์รวม ยังมีผู้รับบริการเป็นแรงงานข้ามชาติ
จำนวน 28 คน และมีเด็กที่ได้รับผลกระทบอีก
จำนวน 1,173 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบที่มารับบริการที่ คลินิกศูนย์องค์รวม

ลำดับ	โรงพยาบาล	ชื่อกลุ่ม	สมาชิก ทั้งหมด (ราย)	สถานะ			เด็กที่ได้รับ ผลกระทบ
				รับยา ARV	ดื้อยา ARV	แรงงาน ข้ามชาติ	
1	สรรพสิทธิประสงค์	เพื่อนวันอังคาร	2,156	1,967	289	8	240
2	เชียงใหม่	จิตต์อารีย์	207	168	7	-	152
3	ตระการพืชผล	ตระการสดใส	152	152	4	1	110
4	เขมราฐ	ฟ้าสงาทิมโขง	169	125	13	3	70
5	ศรีเมืองใหม่	พุทธรักษา	145	138	3	3	72
6	กุดข้าวปุ้น	ดอกคูณขาว	55	55	3	2	43
7	โพธิ์ไทร	ฟ้าสีทอง	40	38	1	2	40
8	พิบูลมังสาหาร	แก่งสะพือสัมพันธ์	157	157	4	2	50
9	วารินชำราบ	สะเดาหวาน	455	402	28	2	200
10	ลำปาง	รวมใจสายใยรัก	85	85	-	-	10
11	เดชอุดม	ทานตะวัน	267	267	14	-	100
12	น้ำยืน	ชีวิตก้าวไกล	176	151	7	-	3
13	บุณฑริก	บุณฑริกร่วมใจ	227	211	11	4	7
14	นาจะหลวย	นาจะหลวยเพื่อชีวิต	105	90	3	1	50
15	รพ.สต.ห้วยชะยุ้ง	บานชื่น	34	30	1	-	26
รวม			4,430	4,036	388	28	1,173

แหล่งที่มา: แบบสำรวจจัดทำฐานข้อมูลศูนย์องค์รวม พ.ศ.2555

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ปัญหาที่ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังไม่เข้าถึงบริการ ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์อาสาสมัครแกนนำที่ทำงานในศูนย์องค์รวม

2.2.1 ด้านการรับรู้สิทธิและการละเมิดสิทธิ พบว่า มีปัญหาการไม่รู้สิทธิของผู้ป่วยทำให้เกิดการละเมิดสิทธิจากเจ้าหน้าที่ นำไปสู่ปัญหาการเข้าถึงบริการ ดังคำกล่าวของ นางหม่อม (นามสมมติ) อายุ 49 ปี “สมาชิกส่วนใหญ่ไม่รู้สิทธิ

ตัวเองและถูกละเมิดสิทธิจากผู้ให้บริการโดยไม่รู้ตัว เพื่อนบางคนต้องซ้ำทางเจ้าหน้าที่ดูว่าปล่อยให้ท้องทำไม ทำไมไม่รู้จักคุมกำเนิด”และปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับสิทธิ เช่นสิทธิในการรักษาพยาบาล การส่งต่อ การรักษาความลับผู้ป่วย การร้องเรียน ดังคำกล่าวของนายส.(นามสมมติ) อายุ 43 ปี “ที่จังหวัดไม่มีที่ปรึกษาเรื่องสิทธิ ไม่รู้ว่าจะส่งต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยกับใครได้บ้าง และจะมีการรักษาความลับหรือไม่ เพราะบางครั้งเจ้าตัว

ก็ไม่กล้าร้องเรียน หรือร้องทุกข์กล่าวโทษเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการ เพราะกลัวจะไม่ได้รับการดูแล “ในการ ทำงานไม่มีระบบประสานงานระหว่างอาสาสมัคร แกนนำกับเครือข่ายในระดับจังหวัด” รวมถึงยังไม่ เข้าใจในเรื่องสิทธิโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องสิทธิ ประกันสังคม การย้ายสิทธิกลับไปยังภูมิลำเนา เรื่องการรวมสามกองทุน ซึ่งมีความจำเป็นอย่ างยิ่งที่ทางผู้ที่เจ้าหน้าที่ให้บริการที่คลินิกศูนย์ องค์กรร่วมต้องมีความรู้และความเข้าใจในประเด็น เรื่องสิทธิ สามารถสื่อสารให้กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ พร้อมทั้งญาติที่มารับบริการ

2.2.2 ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ติดเชื้อบางราย ไม่เข้าถึงบริการเนื่องจากไม่มีเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ในการมารับยา บางรายขาดรายได้เนื่องจากต้อง ออกจากงานเพราะกลัวถูกเพื่อนร่วมงานรังเกียจ หรือไม่สามารถทำงานที่ภูมิลำเนาตนเองได้ ต้อง ไปทำงานต่างถิ่นเพื่อหารายได้ ดังคำกล่าวของ นางสาว อายุ 41 ปี (นามสมมติ) “มีเพื่อนสมาชิก บางรายที่มารับบริการที่คลินิกฯ โทรมาบอก อาสาสมัครแกนนำที่คลินิกว่า..พี่นางหนูมารับยา ไม่ได้วันนี้เพราะไม่มีเงินค่ารถ แพนไปทำงานบอก ให้ได้เงินก่อนค่อยไปเอายาไม่เป็นไรหรอก” “และ มีบางรายที่ทราบผลเลือดแล้วไม่ได้กลับไปทำงาน กลัวเพื่อนร่วมงานกับนายจ้างรู้แล้วจะรังเกียจ เอา ไปนินทา” และคำกล่าวของ นางน้อย อายุ 35 ปี (นามสมมติ) “ที่ รพ.บางทีโทรตามก่อนถึงวันนัด คนไข้บอกว่าตอนนี้ไม่ได้อยู่ที่อุบลฯ ทำงานอยู่ กรุงเทพฯ เก็บเงินก่อนเดี๋ยวจะกลับไปบ้านตอน สงกรานต์ค่อยจะไปหาหมอไม่ต้องห่วง ดูแลตัวเอง ได้ตอนนี้ยังแข็งแรงดี” รวมถึงคำกล่าวของ นาย ส. อายุ 43 ปี (นามสมมติ) “ที่คลินิกกลุ่มที่มีปัญหา มารับยาไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่จะไปทำงานที่ต่าง จังหวัดบางคนไปทำงานที่ภาคใต้ (จ.ภูเก็ต) นานๆ ที่จะกลับบ้าน บอกว่าอยากหาเงินได้เยอะก่อน

ค่อยกลับมา และบอกให้เราส่งยาไปให้จะโอนเงิน ค่าส่งมาให้ บางทีก็ลำบากนะเพราะมันเป็นสิทธิ ส่วนบุคคล เราเองเป็นแกนนำก็ไม่มีสิทธิจะไปบังคับ ให้เขามาตรวจเลือดหาค่า CD4”

2.2.3 ด้านสังคมและสุขภาพ พบว่า ปัญหา การไม่กล้าเปิดเผยตัว ไม่กล้าบอกผลเลือดกับแฟน ใหม่เพราะกลัวถูกทอดทิ้ง ทำให้การเข้าถึงบริการ ยากขึ้น ดังคำกล่าวของ นาง ก.(นามสมมติ) อายุ 41 ปี “มีสมาชิกบางส่วนที่ไม่กล้าบอกผลเลือดกับ คู่เพราะกลัวแฟนใหม่ หรือสามีใหม่ทอดทิ้ง บาง คนคู่เป็นคู่ต่างทำให้บริการของแกนนำดยาก มากขึ้น” และปัญหาผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้าน ไวรัส ทำให้ผู้ป่วยหยุดยา เป็นสาเหตุทำให้เชื้อดื้อยา ดังคำกล่าวของ นาย อ.(นามสมมติ) อายุ 37 ปี) “สมาชิกบางรายยังมีผลข้างเคียงที่เกิดจากยาต้าน ไวรัส การดื้อยา หยุดยา และการกลับมาเริ่มยาใหม่ มากขึ้นทำงานด้วยก็ยากเพราะบางรายไม่ยอมเปิด ตัว อายุ”

แนวทางการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการของ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของศูนย์ พบว่า

1) ศูนย์องค์กรร่วม ใช้กิจกรรมลงเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมเปิดเผยตัวเองกับ สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งชุมชนที่อยู่อาศัย ขณะ เดียวกันก็อนุญาตให้ทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งการอนุญาตให้อาสาสมัครแกนนำ พี่เลี้ยง (พยาบาล)ลงเยี่ยมได้ในชุมชน เพื่อติดตามความ ต่อเนื่องของการกินยาต้านไวรัสโดยเฉพาะในกรณี ที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องใส่ใจ ในการกินยาและการมาตรวจตามนัด

2) การแก้ไขปัญหากลุ่มเด็กที่ติดเชื้อ และเด็กที่ได้รับผลกระทบ พบว่า ดำเนินการจำนวน 8 กลุ่ม ได้แก่การเยี่ยมบ้าน กรณีที่ผู้ปกครองเด็ก เปิดเผยตัว และอนุญาตให้อาสาสมัครแกนนำ

และพี่เลี้ยงลงเยี่ยมในพื้นที่ เพื่อค้นหาปัญหาและดูแลต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ ในเรื่องการกินยาต้านไวรัส ยาน้ำที่ เชื้อราขึ้นสมอง การพบปะกลุ่ม การจัดค่าย ประกอบด้วยค่ายเด็กติดเชื้อและเด็กที่ได้รับผลกระทบค่าย MSM positive การทำงานร่วมกับคลินิกเด็กในโรงพยาบาล

การพัฒนาศูนย์องค์รวมด้านเด็กติดเชื้อและเด็กที่ได้รับผลกระทบ พบว่า ศูนย์องค์รวมมีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างมีระบบโดยเกิดกลุ่มที่มีการทำงานร่วมกับคลินิกฝากครรภ์ จำนวน 5 กลุ่ม คือกลุ่มเพื่อนวันอังคาร (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์) กลุ่มจิตอาสีย์ (โรงพยาบาลเชียงใหม่) กลุ่มสะเดาหวาน (โรงพยาบาล วารินชำราบ) กลุ่มแก่งสะพือสัมพันธ์ (โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร) และกลุ่มนางจะหลวยเพื่อชีวิต (โรงพยาบาลนางจะหลวย) มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ (1) มีการร่วมประชุมวางแผนกับทีมสหวิชาชีพในการทำงานร่วมกัน (2) มีการพัฒนาระบบส่งต่อการขอรับบริการ ด้านการดูแลและรักษาจากโรงพยาบาลพี่เลี้ยง ส่วนอำเภอที่ยังไม่ดำเนินการตามกิจกรรมดังกล่าว คืออำเภอตระการพืชผล ศรีเมืองใหม่ และเขมราฐ โดยทำกิจกรรมศูนย์องค์รวมทั่วไปยังไม่เกิดการทำงานกับแผนกฝากครรภ์(ANC) กรณีเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กที่ได้รับผลกระทบ มีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชนและโรงเรียน รวมทั้งมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นระบบ ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ

ความท้าทายการทำงานของคลินิกศูนย์องค์รวมกับเด็กที่ติดเชื้อ พบว่า

(1) ปัญหาเด็กติดเชื้อไม่คุมกำเนิด ดังคำกล่าวของนาง ก.(นามสมมติ)อาสาสมัครแกนนำ “มีเด็กติดเชื้อในพื้นที่ อายุแค่ 16 ปี ซึ่งหน้าตาดี

พ่อแม่เสียชีวิตหมดแล้วอาศัยอยู่กับญาติตอนนี้หยุดยาเอง มีแฟนแล้วมีลูกหนึ่งคนซึ่งตอนนี้แฟนยังไม่ทราบผลเลือดและหลังคลอดก็ไม่ได้คุมกำเนิด ตอนนี้เด็กบอกว่าเม็นส์ไม่มา 5 อาทิตย์แล้ว กลัวมากกลัวเด็กจะท้องต่อเพราะลูกคนแรกได้แค่สอง-สามเดือนเอง”

(2) ปัญหาเด็กหยุดทานยาต้านไวรัส เนื่องจากเริ่มโตแล้วไม่อยากทานยา รวมถึงอายุเพื่อน ดังคำกล่าวของนาง ส.(นามสมมติ) พี่เลี้ยงศูนย์องค์รวม “มีเด็กบางคนเริ่มโตเป็นสาวไม่อยากกินยา หยุดยาเองเพราะอายุเพื่อนอีกทั้งเด็กตัวเล็กกว่าเพื่อนที่อายุเท่ากัน” และคำกล่าวของนาง ท.(นามสมมติ)อาสาสมัครแกนนำ “บางครั้งก็มีครูมาถามว่าเด็กหญิงคนนี้ติดเชื้อหรือเปล่า ได้ยินเค้าล้อกันว่าพ่อแม่เด็กเสียชีวิตจากเอดส์ และอาศัยอยู่กับยาย เด็กป่วยบ่อยและตัวเล็กด้วย”

(3) ปัญหาเด็กถูกตีตราจากสถานศึกษา ดังคำกล่าวของนาง บ.(นามสมมติ)อาสาสมัครแกนนำ “บางทีครูศูนย์เด็กสงสัยพาเด็กมาหาที่โรงพยาบาล และบอกว่าตรวจเลือดให้หน่อยสงสัยเด็กจะติดเชื้อเอดส์เพราะพ่อแม่ตายหมด ตัวก็เล็กแถมแขนขาเปื่อยอีกต่างหากกลัวเอาไปติดเด็กอื่น”

(4) ปัญหาเด็กถูกทำร้ายจากบุคคลในครอบครัว ดังคำกล่าวของนาง ร.(นามสมมติ) อาสาสมัครแกนนำ “สงสารเด็กมีหลายรายที่ถูกพ่อเลี้ยงทำทารุณแรงด้วยไม่รู้จะช่วยยังไงได้แต่ไปเยี่ยมบ้านแต่ไม่กล้าถามตรงๆ เพราะเห็นทั้งเด็กทั้งแม่ซึมตอนหลังแม่เล่าให้ฟังว่าลูกสาวถูกพ่อเลี้ยงข่มขืนตอนนี้ท้องได้สองเดือนกว่าอยากให้ลูกทำแท้งเพราะลูกอยากเรียนต่อ พ่อเลี้ยงก็เล็กกับแม่และถูกตำรวจจับเพราะค้ายาบ้า ตอนนี้ต้องส่งเด็กพบนักจิตวิทยาช่วยเหลือเยียวยาทางจิตใจ”

(5) ปัญหาเด็กไม่ยอมป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ ดังคำกล่าว นาง อ. (นามสมมติ) อาสาสมัครแกนนำ “บางทีเด็กไม่รู้เรื่องสุขภาวะทางเพศ การดูแลตัวเอง การต่อรองกับแฟนก็ไม่มี บอกแต่ว่าเป็นแฟนกันมีอะไรกันไม่เห็นจะแปลก ทางเราบอกให้ใช้ถุงยาง จะใส่ทำไมเดี๋ยวเขาจะรู้ว่าเราติดเอดส์ เด็กสมัยนี้น่ากลัวมาก”

(6) ปัญหาการประสานงานระหว่างกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ภาควิชาเครือข่ายเด็ก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่จะแก้ไขปัญหาเด็กติดเชื้อที่กำลังเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ดังคำกล่าว นาง ส.(นามสมมติ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ “การทำงานของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่มันอยู่ห่างกันทำงานไม่ค่อยประสานกับภาควิชาเครือข่าย ทำให้เกิดการทำงานไม่ต่อเนื่องขาดการสนับสนุนทางด้านเทคนิคและวิชาการ จากทีมงาน สสจ. กับ สคร.7”

ตารางที่ 4 บทบาทแกนนำกับจุดอ่อน-จุดแข็งในการมีส่วนร่วม ในระบบบริการแต่ละระดับ

ระดับ	จุดแข็ง	จุดอ่อน	แนวทางการพัฒนา
1	- สมาชิกมีส่วนร่วมให้บริการกับทีมโรงพยาบาล เช่น การให้ข้อมูลเพื่อน - สมาชิกเปิดตัวมากขึ้นและสามารถเข้าถึงการรักษาตามมาตรฐาน	- ขาดการมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการทำงาน จะทำงานเฉพาะตามที่พี่เลี้ยงกำหนดบทบาทให้ เช่น ช่วยเตรียมนัด, คั่นบัตรผู้ป่วย, ช่วยซักร้านซัก, วัดความดันโลหิต, พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และส่ง lab - ขาดความรู้และทักษะ (กรณีแกนนำใหม่) - แกนนำเปลี่ยนบ่อย	- ต้องสร้างและพัฒนาแกนนำเหมือนเป็นการเตรียมตัวเข้าทำงานในศูนย์องค์รวม - ช่วยกระตุ้นและช่วยคิดให้แกนนำหาโจทย์เป้าหมายการเข้ามาทำงานที่ศูนย์องค์รวมว่าเข้ามาเพื่ออะไร? - ทักษะการสื่อสารในเรื่อง เอดส์, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม อนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิผู้ป่วย
2	- มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อนสมาชิก เช่น การติดตามเพื่อนกรณีขาดยาไม่มาตามนัด - มีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงานร่วมกันในคลินิกศูนย์องค์รวม เช่นการจัดเตรียมคลินิก	- การมีส่วนร่วมในการวางแผนมีน้อยจะทำตามคำสั่งพี่เลี้ยงและทีมสหวิชาชีพ - จะได้รับมอบหมายให้ดูแลเพื่อนที่ป่วยเป็นราย เช่น การให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้ในบางเรื่อง - ช่วยซักร้านซัก, วัดความดันโลหิต, การติดตามผล lab, การพาเพื่อนไปรับยา	- ทบทวนเป้าหมายและแนวคิดการมีส่วนร่วม โดยให้สมาชิกแกนนำได้มองคุณภาพงานตนเอง ตอบโจทย์จิตอาสา ทักษะการสื่อสารในเรื่องสุขภาวะทางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิผู้ป่วย ทักษะการเป็นวิทยากร

ตารางที่ 4 บทบาทแกนนำกับจุดอ่อน-จุดแข็งในการมีส่วนร่วม ในระบบบริการแต่ละระดับ

ระดับ	จุดแข็ง	จุดอ่อน	แนวทางการพัฒนา
3	- ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมวางแผนโดยเอาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับสมาชิกมาใช้ในการวางแผนการดูแล เช่น เพื่อนที่ CD4 เข้าเกณฑ์แต่ยังไม่ได้รับยาตามเกณฑ์ การดูแลเรื่อง OI - เป็นการรายงานสถานการณ์ของสมาชิกกลุ่มให้พี่เลี้ยงและทีมสหวิชาชีพรับทราบนำไปวางแผนในการดูแลต่อไป	- แกนนำบางโรงพยาบาลเป็นแกนนำใหม่ไม่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ของเพื่อนได้ - ขาดการสื่อสารกับพี่เลี้ยงซึ่งอาจจะเป็นพี่เลี้ยงใหม่ยังไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่การทำงานในศูนย์องค์รวม - พี่เลี้ยงและแกนนำมีจำนวนน้อยไม่สามารถให้บริการและดูแลสมาชิกได้ทั่วถึง - ขาดการหนุนเสริมการพัฒนาศักยภาพให้กับแกนนำจากทีมเครือข่ายเขต	- พี่เลี้ยงและแกนนำต้องรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยร่วมกัน - มีการวิเคราะห์ในประเด็นปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคหัวใจ ฯลฯ เพื่อร่วมวางแผนในการออกเยี่ยมบ้าน การติดตามมารับยา ปัญหาทางจิตไม่สามารถดูแลตัวเองได้ - พี่เลี้ยงจะมีบทบาทในการเชื่อมโยงกับจุดอื่นๆ เช่น การส่งตรวจ lab ให้ได้ตามมาตรฐาน - แกนนำควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการเป็นวิทยากรกระบวนการ ทักษะการเขียนโครงการ ทักษะการบริหารองค์กร การบริหารความขัดแย้ง - การเปิดโอกาสให้แกนนำเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาแก่สมาชิก - มีการประเมินระบบการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง - แกนนำควรได้รับการพัฒนาศักยภาพ - พี่เลี้ยงและแกนนำควรได้มีการสร้างและขยายเครือข่ายการทำงานในทุกระดับ
4	- แกนนำมีส่วนร่วมในการทำงานในเชิงนโยบาย (ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และร่วมขับเคลื่อนเชิงนโยบายสามารถเสนอความเห็นในการจัดระบบบริการต่างๆ ของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์	- การขับเคลื่อนของแกนนำกับพี่เลี้ยงที่จะก้าวข้ามจากชั้นที่ 3 สู่ ชั้นที่ 4 เป็นไปด้วยความลำบากซึ่งอาจจะต้องใช้เวลา - ใน 2 โรงพยาบาลของจังหวัดอุบลราชธานียังไม่สามารถให้แกนนำเข้าไปมีส่วนร่วมในการคณะกรรมการบริหารแต่เปิดโอกาสให้แกนนำเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการในศูนย์องค์รวม	- การเปิดโอกาสให้แกนนำเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาแก่สมาชิก - มีการประเมินระบบการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง - แกนนำควรได้รับการพัฒนาศักยภาพ - พี่เลี้ยงและแกนนำควรได้มีการสร้างและขยายเครือข่ายการทำงานในทุกระดับ

จากบทสรุปปัญหาและความท้าทายในการดำเนินการให้บริการการตรวจคัดกรอง การดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ พบว่ากรอบอัตรากำลังที่เหมาะสมต่อการ

จัดระบบบริการที่ จะสามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการที่ศูนย์องค์รวม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 กรอบอัตรากำลังของอาสาสมัครแกนนำกับพี่เลี้ยง (พยาบาล) ต่อผู้มารับบริการ (ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์)

ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (คน)	อาสาสมัครแกนนำ (คน)	พี่เลี้ยง (พยาบาล ;คน)
น้อยกว่า 50	2-3	1
51-100	3-5	2
101-200	5-7	3
201-500	7-10	4
501-800	10-14	5
801 ถึง 1,000 คนขึ้นไป	15-20	7-10

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

1. เครือข่ายระดับเขตควรสนับสนุน

1.1 ด้านงบประมาณที่สนับสนุนศูนย์องค์รวมต้องต่อเนื่อง ซึ่งพี่เลี้ยง ทีมสหวิชาชีพ และแกนนำ ต้องมีความรู้และทักษะในการเขียนโครงการเพื่อของบประมาณ ทักษะการบริหารจัดการองค์กร

1.2 การสร้าง และขยายภาคีเครือข่าย ศูนย์องค์รวมลงสู่ชุมชน หมู่บ้าน ตำบล โดยเครือข่ายแกนนำกับพี่เลี้ยง (พยาบาล) สามารถเขียนโครงการของบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับตำบล ในการลงเยี่ยมบ้านหรือจัดกิจกรรมกลุ่ม การยอมรับการอยู่ร่วมกันในชุมชนระหว่างผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ อย่างผาสุกเพื่อลดปัญหาการไม่ยอมรับและการตีตราจากสังคม

1.3 การสร้างทีมงานมืออาชีพ โดยการให้ทั้งศาสตร์และศิลป์ รวมทั้งเข้าใจในเรื่องโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งวิถีเพศของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรสนับสนุน

2.1 อัตรากำลังของพยาบาลและแกนนำ ที่ให้บริการที่คลินิกศูนย์องค์รวมต้องสามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานคุณภาพวิชาชีพและตามเกณฑ์ที่กำหนด (ข้อเสนอตามตารางที่ 5)

2.2 องค์ความรู้ผู้ให้บริการทั้งพี่เลี้ยง ทีมสหวิชาชีพ และแกนนำ ประเด็นเรื่องสุขภาวะทางเพศ เพศวิถี เพศสภาวะ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ อนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิบริการ สิทธิเด็ก แรงงานข้ามชาติ

2.3 ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เป็นทั้งพี่เลี้ยง ทีมสหวิชาชีพ และทีมแกนนำที่บริการในคลินิกศูนย์องค์รวม ในประเด็นกระบวนการคิดเชิงระบบ การปรับเปลี่ยนแนวคิดและทัศนคติของทั้งพี่เลี้ยงทีมสหวิชาชีพและแกนนำ ต่องานที่รับผิดชอบ

2.4 ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เป็นทั้งพี่เลี้ยง ทีมสหวิชาชีพ และทีมแกนนำที่บริการในคลินิกศูนย์องค์รวม ในประเด็นการติดตามประเมินผล โดยการถอดบทเรียนเพื่อนำสู่การพัฒนาศูนย์องค์รวม ให้เป็นศูนย์พึ่งได้โดยพี่เลี้ยงและแกนนำมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ

2.5 การให้พี่เลี้ยงและแกนนำในศูนย์องค์รวม สามารถพัฒนาตนเองจัดกระบวนการวิจัยแบบชาวบ้านเพื่อพัฒนาและหารูปแบบที่เหมาะสมในการให้บริการในคลินิก รวมทั้งการทำงานเชิงรุกเพื่อลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ ลดการเสียชีวิตจากโรคเอดส์โดยการรู้เร็ว รักษาเร็วจากการตรวจเลือดฟรีปีละ 2 ครั้ง และการลดการตีตรา

3. ศูนย์องค์รวม ควรดำเนินการและพัฒนาต่อเนื่องในด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วม การสร้างภาวะผู้นำการบริหารความขัดแย้งในองค์กร

3.2 การเชื่อมประสานระบบส่งต่อไปยังศูนย์พึ่งได้ (OSCC: One Stop Service Centre) กรณีมีการล่วงละเมิดทางเพศ และความรุนแรงในครอบครัว ชุมชน

3.3 ด้านกฎหมาย การปกป้องสิทธิผู้ป่วยสิทธิเด็ก

3.4 ด้านระบบส่งต่อ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการแล้วย้ายไปทำงานที่อื่นสามารถย้ายสิทธิผู้ป่วยไปรับบริการยังหน่วยบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยย้ายไปทำงานภายใต้เงื่อนไขการปกป้องและพิทักษ์สิทธิคนไข้ เป็นการบรรเทา เยียวยา และแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจ

3.5 การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ น่าเชื่อถือและสามารถเผยแพร่ได้

3.6 ยึดผู้มารับบริการทุกคนเป็นศูนย์กลาง โดยเสริมสร้างพลังและคุณค่าภายในของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการภายใต้ความเสมอภาคและเท่าเทียม

4. บทบาทแกนนำควรพัฒนาด้านต่างๆ ดังนี้

4.1 การยึดผู้มารับบริการทุกคนเป็นศูนย์กลาง โดยเสริมสร้างพลังและคุณค่าภายใน

ของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการภายใต้ความเสมอภาคเท่าเทียม และครอบคลุมทุกกลุ่ม

4.2 ทักษะการสื่อสาร ทักษะการประสานงาน แบบมืออาชีพ

4.3 ทักษะการให้บริการแบบมืออาชีพ ที่ให้บริการทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม

4.4 ทักษะการเป็นวิทยากรกระบวนการ ทำกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงาน

บรรณานุกรม

กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค แลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ข้อมูล

สถานการณ์เอดส์ในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก: 30 พฤศจิกายน 2555.

กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค แลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับพฤติกรรมทางเพศ กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี: 30 พฤศจิกายน 2555.

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภาคอีสาน. ข้อมูลผลการดำเนินงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภาคอีสาน. กรกฎาคม 2556: เอกสารอัดสำเนา;/2556.

จุไรรัตน์ วรรณศิริ และเลหล้ำ ตริเอกานุกูล, ศึกษาเรื่อง"การแก้ไขปัญหาเอดส์ กรณีศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตชุมชน จังหวัดเชียงราย";2549.

ชาย โพธิ์สีดา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง.; 2552.

มานพคณะโต และคณะ. ผลการศึกษาระบบการให้บริการตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ-

- ผู้ป่วยเอดส์ และผลกระทบระยะยาวด้านพฤติกรรม สังคม และเศรษฐกิจระยะที่ 1 จังหวัดหนองคาย: สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา; มกราคม 2550.
- แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559.เอกสารอัดสำเนา; มีนาคม 2556.
- ยุทธศาสตร์เอดส์จังหวัดอุบลราชธานี: เอกสารอัดสำเนา; มีนาคม 2556.
- รายงานเฝ้าระวังโรค 506/1, 507/1. สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดอุบลราชธานี.; เอกสารอัดสำเนา; มีนาคม 2556.
- ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปี 2539; โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2553.
- ยุพาพร รูปงาม, การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานประมาณในการปฏิรูประบบราชการ ภาคนิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2545.
- เพลินดา ศิริปการ พย.ม., สุวรรณ บุญยะสิทธิ์พรณ ปร.ด.และคณะ, "การนำโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไปใช้ในพื้นที่"; 2552.
- สายใจ ปิ่นตบแต่ง, "การใช้การรักษาแบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล"; 2545.
- สุดารัตน์ ชัยอาจ, "ศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพชุมชนในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และ ผู้ที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน"; 2553.
- สิริลักษณ์ รังสิวงศ์ และคณะ ศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดเพชรบุรี"; 2010.
- สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ และคณะ, ศึกษาเรื่อง "การพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ"; 2007.
- แสงว แก้วขาว, ศึกษาเรื่อง "การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ครบถ้วน"; 2550.
- วงศา เลานศิริวงศ์ และคณะ, ศึกษาเรื่อง, "ศึกษาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ"; 2548.
- Jean Watson, Art & Aesthetic, Watson's Caring Theory: Watson, 2008, 2009
- Nursing : the philosophy and science of caring. Boulder, Cololado. : University Press of Colorado. Watson, J. (2005).
- Lamom Chaisiri M.N.S, and Somjit Daensee-kaew Phd., "Community Participation in analyzing Strategies to Enhance the Quality of Life of Working-Age People with HIV/AIDS"; 2010.
- UNAIDS. Global HIV/AIDS Response-Progress Report 2011.unaids.
- www.unaids.org/en/dataanalysis/epid-moi/2011/November/20111121 wad2011 report accessed 21 November 2011.