

หลักสูตรการเรียนรู้

RRTTPR ฉบับชุมชน

คู่มือสร้างบริการสุขภาพที่นำโดยชุมชน สำหรับองค์กรที่กำลังเริ่มต้น

ถอดวิธีการทำงานของโมเดล RRTTPR ออกมาเป็นบทเรียนที่ลงมือทำตามได้จริง ออกแบบสำหรับผู้นำและผู้ก่อตั้งองค์กรชุมชนขนาดเล็กที่กำลังจะเริ่มให้บริการ พร้อมกรณีศึกษา เช็กลิสต์ เครื่องมือ และงานวิจัยอ้างอิงในทุกบท

13 โมดูล · 3 ภาคการเรียนรู้ · กรณีศึกษาและเครื่องมือพร้อมใช้ · เชิงอรรถและบรรณานุกรมเชิงวิชาการ

swingthailand.org · swing@swingth.org

เอกสารหลักสูตรเพื่อการเรียนรู้ ฉบับเผยแพร่ พ.ศ. 2569

เกี่ยวกับหลักสูตรนี้

หลักสูตรนี้สำหรับใคร

หลักสูตรนี้เขียนขึ้นสำหรับผู้นำและผู้ก่อตั้งองค์กรชุมชน (CBO) ขนาดเล็กที่กำลังจะเริ่มดำเนินงานบริการด้านสุขภาพและสิทธิกับประชากรหลัก ไม่ว่าจะเป็นพนักงานบริการ กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ คนรุ่นใหม่ แรงงานข้ามชาติ หรือผู้ใช้สารเสพติด คุณไม่จำเป็นต้องมีพื้นฐานทางการแพทย์มาก่อน สิ่งที่ต้องมีคือความเข้าใจชุมชนของตัวเอง และความตั้งใจที่จะสร้างบริการที่เคารพศักดิ์ศรีของคน

หลักสูตรนี้ช่วยอะไร

เป้าหมายของหลักสูตรไม่ใช่การสอนให้คุณลอกแบบ SWING ทุกขั้นตอน แต่คือการส่งต่อวิธีคิดและวิธีทำงาน เพื่อให้คุณนำไปปรับใช้กับบริบท กฎหมาย และทรัพยากรของพื้นที่ตัวเองได้ เราจะเดินไปด้วยกัน ตั้งแต่การวางรากฐานองค์กร ผ่านการทำงานที่ละชั้นของ cascade ไปจนถึงการทำให้บริการมีคุณภาพ เป็นธรรม และอยู่ได้ในระยะยาว

ปรัชญาเบื้องหลัง

หลักสูตรนี้อยู่บนความเชื่อสองข้อ ข้อแรกคือ **สิทธิมาก่อนสุขภาพ** คนไม่ได้หลีกหนีบริการเพราะตัวยา แต่เพราะการตีตรา ความกลัว และความเปราะบางทางกฎหมาย ข้อสองคือ **ชุมชนคือผู้ให้บริการที่ดีที่สุดสำหรับชุมชนของตัวเอง** เพราะเข้าใจชีวิตจริง พูดภาษาเดียวกัน และเป็นที่ไว้วางใจในแบบที่ระบบทั่วไปทำไม่ได้

วิธีใช้หลักสูตร

หลักสูตรนี้ใช้เรียนด้วยตัวเองหรือใช้เป็นสื่อในการอบรมกลุ่มก็ได้ แต่ละโมดูลออกแบบให้จบในหนึ่งครั้งของการเรียนรู้ ประมาณ 60 ถึง 120 นาที ขึ้นกับว่าทำกิจกรรมร่วมด้วยมากน้อยแค่ไหน เราแนะนำให้เรียนตามลำดับ เพราะแต่ละบทต่อยอดจากบทก่อนหน้า แต่ผู้ที่มีประสบการณ์แล้วสามารถข้ามไปยังโมดูลที่ต้องการได้ในแต่ละโมดูลจะมีกล่องช่วยเรียนรู้หลายแบบ แต่ละแบบมีสีและป้ายกำกับชัดเจน ดังนี้

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- บอกสิ่งที่คุณจะทำได้เมื่อเรียนจบบทนี้

กรณีศึกษา เรื่องเล่าจากการทำงาน

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

ตัวอย่างสมมติที่ช่วยให้เห็นภาพการนำไปใช้จริง ทุกกรณีในหลักสูตรนี้เป็นตัวละครสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

- แม่แบบ เช็กลิสต์ หรือเครื่องมือที่หยิบไปใช้ได้ทันที

เช็กลิสต์ความพร้อม

☐ รายการตรวจสอบความพร้อมก่อนเริ่มลงมือในขั้นนั้น

ข้อควรระวัง กับสิ่งที่พบบ่อย

- กับดักที่องค์กรเลือกผิดพลาด พร้อมวิธีหลีกเลี่ยง

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

กิจกรรมหรือแบบฝึกหัดให้ลงมือทำจริงกับองค์กรของคุณ

คำถามทบทวน

1. คำถามทบทวนสำหรับสะท้อนคิดหรือพูดคุยในกลุ่ม

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

คำแนะนำสำหรับผู้นำกระบวนการเรียนรู้ เมื่อใช้หลักสูตรนี้อบรมกลุ่ม

ข้อควรทราบก่อนเริ่ม

หลักสูตรนี้เป็นแนวทางการ **จัดระบบบริการที่นำโดยชุมชน** ไม่ใช่คู่มือทางคลินิกและไม่ใช้สิ่งทดแทนการอบรมวิชาชีพหรือแนวทางระดับชาติ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการตรวจ การจ่ายยา หรือการดูแลทางการแพทย์ต้องทำภายใต้การกำกับของบุคลากรที่มีคุณสมบัติ เป็นไปตามกฎหมายและแนวทางของประเทศคุณ และผ่านการอบรมและรับรองที่เหมาะสมเสมอ

ตัวเลขและตัวอย่างเชิงวิธีการในหลักสูตรนี้อ้างอิงจากงานวิจัยและแนวทางสากลที่ระบุไว้ในเชิงอรรถและบรรณานุกรม โดยไม่มีข้อมูลภายในหรือข้อมูลลับขององค์กรใด ๆ และกรณีศึกษาทั้งหมดเป็นตัวละครสมมติเพื่อการเรียนรู้

สารบัญหลักสูตร

ภาคที่ 1 วางรากฐานก่อนเปิดบริการ

1	ทำไมต้องเป็นชุมชน รากฐานคิดและจุดยืนสิทธิ เข้าใจว่าทำไมโมเดลชุมชนน่าจึงจำเป็น และวางจุดยืนองค์กรบนฐานสิทธิ
2	รู้จัก RRTTPR ทั้งระบบ มองบริการเป็นเส้นทางเดียว ภาพรวมหกชั้น แนวคิดเส้นทางต่อเนื่อง และจุดที่คนหลุดออกจากระบบ
3	เตรียมองค์กรให้พร้อม คน ภาควิชา ระบบ และข้อมูล วางรากฐานทีม ภาควิชา ระบบความลับ ความยินยอม และความชอบธรรม

ภาคที่ 2 หัวใจของ cascade ลงมือทำทีละขั้น

4	Reach เข้าถึงผู้คนทั้งออฟไลน์และออนไลน์ ออกแบบงานเข้าถึง สร้างความต้องการ และพบกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึง
5	Recruit ชวนเข้าสู่บริการด้วยความเข้าใจ เชิญชวนด้วยข้อมูล ใช้บริการลดอันตรายและคัดกรองเป็นประตูเข้า
6	Test การตรวจที่นำโดยชุมชนและการตรวจด้วยตนเอง การตรวจโดยคนในชุมชน ชุดตรวจด้วยตนเอง คุณภาพ และการแจ้งผล
7	Treat เริ่มการรักษาเร็วและโมเดล SDART แบบชุมชน ปิดช่องว่างจากการตรวจพบสู่การรักษา การส่งไม้ต่อกับทีมแพทย์ และ U=U
8	Prevent ป้องกันเชิงรุก PrEP PEP และการประเมินความเสี่ยง ผลลคือจุดเริ่มต้น เลือกวิธีป้องกัน และหลักฐานประสิทธิผล
9	Retain ดูแลต่อเนื่องอย่างมีศักดิ์ศรี ดูแลระยะยาวทั้งร่างกาย จิตใจ และสิทธิ พร้อมลดการหลุดหาย

ภาคที่ 3 ทำให้บริการมีคุณภาพ เป็นธรรม และอยู่ได้

10	ตาข่ายนิรภัยและคุณภาพบริการ ความเร็วที่ไม่ประมาท ระบบส่งต่อ การกำกับคุณภาพ และเหตุไม่พึงประสงค์
11	ข้อมูล การวัดผล และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง ใช้ cascade เป็นเครื่องมือวัดผล ทำ CQI และการติดตามที่ชุมชนเป็นเจ้าของ
12	สิทธิ การลดการตีตรา และการเปลี่ยนโครงสร้าง ผลงานงานสิทธิเข้ากับบริการ ทำงานกับโครงสร้าง และสื่อสารอย่างปลอดภัย
13	ความยั่งยืน คน เงิน และการเป็นส่วนหนึ่งของระบบ

ทำไมต้องเป็นชุมชน

เวลาเรียนโดยประมาณ 90 นาที

ก่อนที่จะพูดถึงชุดตรวจหรือยาสักเม็ด เราต้องเข้าใจก่อนว่าทำไมโลกถึงต้องมีบริการที่นำโดยชุมชน คำตอบไม่ใช่เพราะมันถูกกว่าหรือกำลังเป็นที่นิยม แต่เพราะระบบแบบเดิมทำให้ประชากรหลักจำนวนมากเข้าไม่ถึงการดูแล และความล้มเหลวนั้นมีรากมาจากเรื่องสิทธิ ไม่ใช่เรื่องการแพทย์

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณจะสามารถ

- อธิบายได้ว่าทำไมประชากรหลักจำนวนมากเข้าไม่ถึงระบบสุขภาพหลัก และเชื่อมโยงกับเรื่องสิทธิ
- บอกหลักการสำคัญของแนวคิดบริการที่นำโดยชุมชน (community-led) และแนวคิดดูแลแบบไม่ตัดสินสถานะ (status-neutral)
- วางจุดยืนขององค์กรตัวเองบนฐานสิทธิตั้งแต่ก่อนเริ่มบริการ

1.1 ปัญหาที่แท้จริงไม่ใช่เรื่องยา

ลองนึกถึงคนคนหนึ่งทำงานบริการ เขารู้เรื่อง HIV ดี เขารู้ว่าควรตรวจ แต่เขาไม่ไปโรงพยาบาล ไม่ใช่เพราะไม่ยากลดูแลตัวเอง แต่เพราะกลัวสายตาคัดตีสัน กลัวถูกถาม กลัวความลับรั่วไหล และกลัวกฎหมาย เมื่อความกลัวเหล่านี้ใหญ่กว่าประโยชน์ของการตรวจ คนก็จะไม่เดินเข้าไป งานวิจัยยืนยันว่าการตีตราในสถานบริการสุขภาพบั่นทอนทั้งการวินิจฉัย การรักษา และผลลัพธ์สุขภาพโดยตรง¹ นี่คือเหตุผลว่าทำไมการแก้ที่ตัวยาวอย่างเดียวจึงไม่พอ

ภาระโรคที่ตกหนักที่ประชากรหลักอย่างไม่เป็นธรรม หยิงพนักงานบริการในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางมีความชุก HIV สูงกว่าหยิงทั่วไปหลายเท่า² และในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก การติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มประชากรหลักและคู่ของพวกเขา³ เมื่อความเสี่ยงสูงแต่ประตูบริการกลับแคบ ช่องว่างจึงกว้างขึ้นเรื่อย ๆ

1.2 บริการที่นำโดยชุมชนคืออะไร

บริการที่นำโดยชุมชน คือการให้คนในชุมชนเป็นผู้ส่งมอบบริการที่ปกติแล้วต้องทำโดยบุคลากรการแพทย์ในสถานพยาบาล ผ่านการถ่ายโอนงาน (task shifting) ให้ผู้ให้บริการที่เป็นคนในชุมชน (lay provider) ที่ได้รับการอบรมและรับรอง โมเดลนี้ในประเทศไทยรู้จักกันในชื่อ Key Population-Led Health Services หรือ KPLHS ก่อตั้งขึ้นในปี 2558 เพื่อพิสูจน์ว่าการถ่ายโอนงานทำได้จริงและสนับสนุนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ

¹Nyblade L และคณะ (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. BMC Medicine, 17:25. DOI: 10.1186/s12916-019-1256-2

²Baral S และคณะ (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infectious Diseases, 12(7):538-549. DOI: 10.1016/S1473-3099(12)70066-X

³UNAIDS (2024). Global AIDS Update 2024, Asia and the Pacific regional profile. Geneva: UNAIDS.

ตามแนว cascade⁴ หัวใจของมันคือสิ่งที่เรียกว่าการลดความเป็นทางการแพทย์ (demedicalisation) ทำให้บริการออกจากกำแพงโรงพยาบาลมาอยู่ในมือของชุมชน

คนในชุมชนมีสิ่งที่คลินิกทั่วไปหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือความเข้าใจชีวิตจริง การพูดภาษาเดียวกัน และความไว้วางใจ คนที่ไม่เคยกล้าตรวจที่ไหน มักยอมตรวจเมื่อคนที่ชวนคือคนที่เข้าใจเขา

1.3 จุดยืนสิทธิมาก่อนสุขภาพ

องค์กรอย่าง SWING นิยามตัวเองเป็นองค์กรด้านสิทธิแรงงานและสิทธิพลเมืองก่อน แล้วงานสุขภาพจึงตามมา เพราะปัญหาสุขภาพของประชากรหลักเป็นผลของช่องว่างทางสิทธิและการคุ้มครองทางกฎหมาย ไม่ใช่เรื่องพฤติกรรมส่วนบุคคล แบบจำลองทางระบาดวิทยาชี้ว่า การยกเลิกการเอาผิดทางอาญาต่องานบริการเพียงอย่างเดียวจะป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ได้ถึงราวหนึ่งในสามถึงเกือบครึ่งในทศวรรษถัดไป มากกว่ามาตรการทางการแพทย์ใด ๆ ตัวเดียว⁵ ดังนั้นองค์กรของคุณควรวางตัวตนบนฐานสิทธิตั้งแต่ต้น ไม่ใช่แค่เป็นหน่วยส่งต่อผู้ป่วย

1.4 ดูแลทุกคนโดยไม่ตัดสินสถานะ

แนวคิด status-neutral คือการต้อนรับทุกคนเข้าสู่การดูแลโดยไม่สนว่าผลตรวจจะออกมาเป็นบวกหรือลบ ผู้ที่ผลลบเดินต่อสู่การรักษา ผู้ที่ผลลบเดินต่อสู่การป้องกัน ทุกคนได้รับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีเท่ากัน แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้เป็นแกนของ KPLHS ในเอเชียแปซิฟิก⁶

1.5 ทำไมมันได้ผล

หลักฐานสนับสนุนชัดเจน การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่ากิจกรรมที่นำโดยชุมชนและเพื่อนช่วยเพื่อนให้ผลดีหลายสิบด้าน ทั้งความรู้ ทัศนคติ ความมั่นใจในตัวเอง การกินยาต่อเนื่อง การกดไวรัส และการคงอยู่ในระบบ⁷ และในไทยเอง โมเดล KPLHS ทำให้คนได้รับการวินิจฉัยเร็วขึ้น มีอัตราการเชื่อมต่อสู่การรักษาและการกดไวรัสที่สูง

กรณีศึกษา บ้านริมทาง องค์กรเล็กที่เริ่มจากการฟัง

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

บ้านริมทางคือ CBO เล็ก ๆ ในเมืองต่างจังหวัด ก่อตั้งโดยอดีตพนักงานบริการสองคน ปีแรกพวกเขาไม่ได้เปิดคลินิก ไม่มีชุดตรวจสักชุด สิ่งที่ทำคือไปนั่งคุยในร้าน ฟังเรื่องค่าเช่าห้อง เรื่องตำรวจ เรื่องลูก จนวันหนึ่งมีคนเล่าปากถามเรื่องการตรวจเอง เพราะรู้ว่าที่นี่จะไม่ตัดสินเขา

บทเรียน ความไว้วางใจมาก่อนบริการ ถ้าเริ่มจากการเป็นคลินิกก่อนเป็นเพื่อน คนจะไม่มา

⁴Vannakit R และคณะ (2020). Give the community the tools and they will help finish the job: key population-led health services for ending AIDS in Thailand. Journal of the International AIDS Society, 23(6):e25535. DOI: 10.1002/jia2.25535

⁵Shannon K และคณะ (2015). Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. The Lancet, 385(9962):55-71. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60931-4

⁶Phanuphak N และคณะ (2020). Implementing a status-neutral approach to HIV in the Asia-Pacific. Current HIV/AIDS Reports, 17(5):422-430. DOI: 10.1007/s11904-020-00516-z

⁷Brown G และคณะ (2021). Peer- and community-led responses to HIV: A scoping review. PLOS ONE, 16(12):e0260555. DOI: 10.1371/journal.pone.0260555

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

ใบงานวางจุดยืนองค์กร ลองตอบห้าคำถามนี้ร่วมกับทีม

- ชุมชนที่เราอยากเดินเคียงข้างคือใคร และเขาเจอกำแพงอะไรบ้างในการเข้าถึงการดูแล
- กำแพงเหล่านั้นเป็นเรื่องสิทธิ เรื่องการตีตรา หรือเรื่องระบบ มากกว่าเรื่องตัวยาหรือไม่
- เราต้องการให้ผู้รับบริการรู้สึกอย่างไรเมื่อมาหาเรา
- อะไรคือสิ่งที่เราจะไม่มีวันทำ แม้จะมีแหล่งทุนมาเสนอ
- ถ้าเขียนเหตุผลของการมีอยู่ขององค์กรด้วยภาษาสิทธิ จะเขียนว่าอย่างไร

เช็กलिस्टความพร้อม

ก่อนไปต่อ ทีมของคุณพร้อมในเรื่องวิธีคิดเหล่านี้หรือยัง

- ☐ เราเข้าใจตรงกันว่าบริการนี้เป็นเรื่องสิทธิก่อนเป็นเรื่องสุขภาพ
- ☐ เรามองผู้รับบริการเป็นเจ้าของสิทธิ ไม่ใช่ผู้ป่วยที่รอรับการสงเคราะห์
- ☐ เรามีคนในทีมที่เป็นคนในชุมชนจริง และเสียงของเขามีน้ำหนักในการตัดสินใจ
- ☐ เราพร้อมเริ่มจากการสร้างความไว้วางใจ ไม่ใช่เริ่มจากการเปิดบริการทางการแพทย์

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- ลอกแบบคลินิกของโรงพยาบาลมาทั้งดุ้น แล้วสงสัยว่าทำไมคนไม่มา
- นำด้วยอำนาจทางการแพทย์ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเล็กลง
- วัดความสำเร็จด้วยตัวเลขสุขภาพล้วน ๆ จนลืมเรื่องสิทธิและศักดิ์ศรี
- คิดว่าการมีคนในชุมชนแค่ในชื่อก็พอ โดยไม่ให้อำนาจตัดสินใจจริง

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

เขียนเหตุผลของการมีอยู่ขององค์กรคุณใน 3 ประโยค โดยใช้ภาษาสิทธิเป็นแกน แล้วลองอ่านให้คนในชุมชนฟังหนึ่งคน ถามเขาว่าประโยคนี้อุดหนุนใจเขาได้ไหม

คำถามทบทวน

1. อะไรคือกำแพงสามอย่างที่ใหญ่ที่สุดที่ชุมชนของคุณเจอ และอันไหนเป็นเรื่องสิทธิ
2. การวางจุดยืนสิทธิก่อนสุขภาพจะเปลี่ยนวิธีออกแบบบริการของคุณอย่างไร
3. คุณจะให้คนในชุมชนมีอำนาจตัดสินใจจริงในองค์กรได้อย่างไร

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

โมดูลนี้มีภาระหนักให้ผู้เรียนเล่าประสบการณ์ส่วนตัวเรื่องการถูกตีตรา เปิดพื้นที่ให้เล่าได้ แต่อย่าตีความปลอดภัยและการรักษาความลับในกลุ่ม หากมีคนสะเทือนใจ ให้พักและกลับมาที่ประเด็นว่าประสบการณ์เหล่านี้คือเหตุผลที่งานนี้สำคัญ ไม่ใช่จุดอ่อนของผู้เล่า

รู้จัก RRTTPR ทั้งระบบ

เวลาเรียนโดยประมาณ 75 นาที

ก่อนลงมือทำทีละขั้น เราต้องเห็นแผนที่ทั้งใบก่อน RRTTPR ไม่ใช่รายการบริการที่แยกขาดจากกัน แต่คือเส้นทางเดียวที่ผู้รับบริการเดินไปตามจังหวะของตัวเอง และหน้าที่ของเราคือไม่ให้ใครหลุดหายระหว่างทาง

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- อธิบายความหมายของหกขั้น Reach Recruit Test Treat Prevent Retain
- อธิบายได้ว่าทำไมต้องมองบริการเป็นเส้นทางต่อเนื่อง ไม่ใช่รายการที่แยกกัน
- ระบุจุดที่ผู้รับบริการมักหลุดออกจากระบบ และวางแผนแก้ไขติดตามในแต่ละจุด

2.1 หกขั้นคืออะไร

RRTTPR ย่อมาจากหกขั้นตอนที่เชื่อมต่อกัน โมเดล KPLHS ของไทยออกแบบมาเพื่อสนับสนุน cascade นี้โดยตรง⁸ แต่ละตัวอักษรคือหนึ่งขั้น ได้แก่

- **Reach เข้าถึง** ไปหาผู้คนที่พื้นที่จริงและออนไลน์ ให้ความรู้และเครื่องมือป้องกัน
- **Recruit ขวนเข้าสู่บริการ** เชิญชวนด้วยข้อมูล ให้ผู้รับบริการตัดสินใจเองอย่างมีข้อมูล
- **Test ตรวจ** ตรวจ HIV และคัดกรองโรค ในรูปแบบที่ผู้รับบริการสะดวก
- **Treat รักษา** เริ่มการรักษาทันทีโดยไม่ทิ้งช่วง สำหรับผู้ที่ผลบวก
- **Prevent ป้องกัน** เลือกวิธีป้องกันที่เหมาะสมกับชีวิต สำหรับผู้ที่ผลลบ
- **Retain ดูแลต่อเนื่อง** ดูแลระยะยาวทั้งร่างกาย จิตใจ และสิทธิ

2.2 มองเป็นเส้นทาง ไม่ใช่รายการ

วิธีคิดแบบ cascade คือการมองว่าผู้คนไหลผ่านขั้นตอนต่อเนื่องกัน และในทุกรอยต่อจะมีคนหลุดหายไปบางส่วน กรอบเป้าหมายระดับโลกอย่าง 95-95-95 ก็ตั้งอยู่บนวิธีคิดนี้ คือวัดว่าในแต่ละขั้นเรารักษาคนไว้ได้กี่เปอร์เซ็นต์⁹ งานของเราจึงไม่ใช่แค่ให้บริการแต่ละขั้น แต่คือการอุดรอยรั่วระหว่างขั้น

⁸Vannakit R และคณะ (2020). Give the community the tools and they will help finish the job. Journal of the International AIDS Society, 23(6):e25535. DOI: 10.1002/jia2.25535

⁹Frescura L และคณะ (2022). Achieving the 95 95 95 targets for all: A pathway to ending AIDS. PLOS ONE, 17(8):e0272405. DOI: 10.1371/journal.pone.0272405

2.3 ทางแยกตามผลตรวจ

หัวใจของ status-neutral อยู่ตรงทางแยกหลังการตรวจ ถ้าผลเป็นบวก เส้นทางคือ ตรวจ ไปสู่ รักษา ไปสู่ ดูแลต่อเนื่อง ถ้าผลเป็นลบ เส้นทางคือ ตรวจ ไปสู่ ป้องกัน ไปสู่ ดูแลต่อเนื่อง ปลายทางของทั้งสองเส้นมาบรรจบกันที่การดูแลระยะยาวอย่างมีศักดิ์ศรีเหมือนกัน

2.4 จุดที่คนหลุดบ่อยที่สุด

รอยต่อที่อันตรายที่สุดคือช่วงระหว่างการตรวจพบกับการเริ่มรักษา ในกลุ่มประชากรหลัก มีผู้ติดเชื้อมากถึงราวหนึ่งในห้าที่หายไวก่อนได้เริ่มยา¹⁰ รอยต่ออื่นที่ต้องเฝ้าระวังคือช่วงจากผลลบสู่การเริ่มป้องกัน และช่วงการคงอยู่ในระบบระยะยาว เราต้องออกแบบการติดตามไว้ที่ทุกรอยต่อ ไม่ใช่ปล่อยให้เป็นการรับผิดชอบของผู้รับบริการฝ่ายเดียว

2.5 หลักการสี่ข้อที่อยู่เบื้องหลัง

ทั้งเส้นทางนี้เดินได้เพราะหลักการทำงานสี่ข้อ คือ หนึ่ง โดยชุมชนเพื่อชุมชน สอง เข้าถึงง่ายและไม่ตัดสิน สาม มีเส้นทางดิจิทัลสู่การดูแล และสี่ มีบริการถึงที่ เราจะลงรายละเอียดของแต่ละข้อในโมดูลถัดไป

กรณีศึกษา ฟา เดินครบเส้นทางในหนึ่งสัปดาห์

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

ฟาเจอทีมเข้าถึงทางออนไลน์ (Reach) ได้คุยกับพี่เลี้ยงที่เป็นคนในชุมชนจนตัดสินใจตรวจ (Recruit) เลือกตรวจด้วยตนเองที่บ้านแล้วรายงานผล (Test) ผลเป็นลบ จึงได้รับคำปรึกษาและเริ่ม PrEP (Prevent) และนัดติดตามทุกสามเดือนพร้อมการดูแลเรื่องอื่นในชีวิต (Retain) ทั้งหมดนี้ไม่มีจุดไหนที่ฟาต้องเริ่มต้นใหม่กับคนแปลกหน้า

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

แผนผัง cascade ขององค์กรคุณ ลองวาดตารางหกช่อง

- ช่องละหนึ่งขั้น เขียนว่าใครรับผิดชอบขั้นนั้น
- ในแต่ละช่อง ระบุว่ามีการติดตามหรือส่งต่ออะไรไปยังขั้นถัดไป
- ทำเครื่องหมายจุดที่ยังไม่มีคนรับผิดชอบหรือยังไม่มีกลไกติดตาม นั่นคือจุดที่คนจะหลุด

เช็กลิสต์ความพร้อม

ก่อนไปต่อ

- ☐ เราระบุชื่อผู้รับผิดชอบได้ในทุกขั้น
- ☐ เรามีกลไกติดตามผู้ที่อาจหลุดในรอยต่อระหว่างขั้น
- ☐ เราเข้าใจว่าผลลบและผลบวกพาไปคนละเส้น แต่ปลายทางคือการดูแลที่มีศักดิ์ศรีเท่ากัน

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

¹⁰Lujintanon S และคณะ (2022). Key population-led community-based same-day antiretroviral therapy (CB-SDART) initiation hub in Bangkok, Thailand. Implementation Science Communications, 3:105. DOI: 10.1186/s43058-022-00352-9

- มองหกลขึ้นเป็นบริการที่แยกกัน ทำให้ผู้รับบริการต้องเริ่มใหม่ทุกครั้ง
- ไม่มีระบบจับคนที่หลุดในรอยต่อ โดยเฉพาะช่วงตรวจพบสู่การรักษา
- นับจำนวนบริการที่ทำ แทนที่จะนับว่าคนเดินครบเส้นทางได้กี่คน

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

วาด cascade ของชุมชนคุณ แล้วทำเครื่องหมายจุดที่คุณคิดว่าคนหลุดมากที่สุด เก็บคำตอบไว้ เพราะเราจะกลับมาออกแบบวิธีอุดรอยรั่วนั้นในโมดูลที่ 11

คำถามทบทวน

1. อธิบายเส้นทาง status-neutral ด้วยคำพูดของคุณเอง
2. ในบริบทของคุณ รอยต่อไหนน่าจะเสี่ยงที่สุดที่คนจะหลุด เพราะอะไร
3. ทำไมการนับเส้นทางจึงสำคัญกว่าการนับจำนวนบริการ

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

ให้ผู้เรียนวาด cascade ของตัวเองบนกระดานแผ่นใหญ่ แล้วแปะจุดสีแดงตรงรอยต่อที่เสี่ยง การเห็นภาพร่วมกันช่วยให้ทีมเข้าใจตรงกันว่าอะไรจะลงแรงตรงไหนก่อน

เตรียมองค์กรให้พร้อม

เวลาเรียนโดยประมาณ 120 นาที

ความล้มเหลวของ CBO ส่วนใหญ่ไม่ใช่เรื่องคลินิก แต่เป็นเรื่องการจัดองค์กร โมดูลนี้ว่าด้วยรากฐานสี่อย่างที่ต้องมีก่อนเปิดบริการ คือ คน ภาควิชา ระบบ และความชอบธรรม

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- ระบุองค์ประกอบพื้นฐานที่องค์กรต้องมีก่อนเริ่มให้บริการ
- ออกแบบทีมผู้ให้บริการที่เป็นคนในชุมชน และเส้นทางการอบรมและรับรอง
- ระบุหน้าที่จำเป็น และวางระบบความลับ ความยินยอม และการคุ้มครอง

3.1 คน ทีมผู้ให้บริการที่เป็นคนในชุมชน

กำลังคนคือหัวใจ คุณจะสร้างทีมจากคนในชุมชน อบรม และพาเข้าสู่การรับรอง ในประเทศไทย ผู้ให้บริการที่เป็นคนในชุมชนได้รับการรับรองให้ทำงานในระบบหลักประกันสุขภาพ และรับผิดชอบสัดส่วนงานที่สูงมากของการตรวจและการให้ PrEP ในกลุ่มประชากรหลัก¹¹ และมีหลักฐานว่าการตรวจคัดกรองด้วยชุดตรวจรวดเร็วโดยผู้ให้บริการในชุมชน ให้ผลตรงกับการตรวจซ้ำโดยนักเทคนิคการแพทย์เกือบสมบูรณ์¹² หลักฐานนี้คือเหตุผลที่เราวางใจให้คนในชุมชนเป็นผู้ตรวจได้ เมื่อมีการอบรมและระบบคุณภาพรองรับ

3.2 ภาควิชา คุณทำคนเดียวไม่ได้

ไม่มี CBO ไหนทำได้ลำพัง สิ่งที่ต้องมีคือ ภาควิชาคลินิกหรือแพทย์ที่กำกับการรักษา ตรวจยืนยันผล และรับเคสซับซ้อน ห้องปฏิบัติการหรือเส้นทางประกันคุณภาพ และเครือข่ายส่งต่อ ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ช่วยเชื่อมพื้นที่ชุมชนเข้ากับความเชี่ยวชาญทางคลินิกได้โดยผู้รับบริการไม่ต้องเดินทาง¹³ ภาควิชาเหล่านี้ต้องวางไว้ตั้งแต่ก่อนเปิดบริการ ไม่ใช่หาเอาตอนเกิดเหตุ

3.3 ระบบความลับและการคุ้มครอง

สำหรับประชากรหลัก ความลับคือเรื่องความอยู่รอด ไม่ใช่เรื่องมารยาท คุณต้องมีกระบวนการขอความยินยอมโดยสมัครใจ นโยบายคุ้มครองข้อมูล นโยบายคุ้มครองผู้รับบริการและทีม (safeguarding) และ

¹¹Pengnonyang S และคณะ (2022). Certification of lay providers to deliver key population-led HIV services in Thailand national healthcare system. Journal of the International AIDS Society, 25(S5):e25965. DOI: 10.1002/jia2.25965

¹²Wongkanya R และคณะ (2018). HIV rapid diagnostic testing by lay providers in a key population-led health service programme in Thailand. Journal of Virus Eradication, 4(1):12-15.

¹³Amatavete S และคณะ (2021). Evaluation of the integration of telehealth into the same-day antiretroviral therapy initiation service in Bangkok, Thailand in response to COVID-19. Journal of the International AIDS Society, 24(S6):e25816. DOI: 10.1002/jia2.25816

ระบบจัดเก็บข้อมูลที่ปลอดภัย ระบบเหล่านี้ปกป้องทั้งตัวผู้รับบริการและชื่อเสียงขององค์กร และเป็นสิ่ง
แนวทางสากลย้ำว่าทุกประเทศต้องให้ความสำคัญเมื่อสนับสนุนให้ชุมชนนำการตอบสนอง¹⁴

3.4 ความชอบธรรมและเรื่องเงินเบื้องต้น

องค์กรต้องมีสถานะทางกฎหมายที่ชัดเจน และวางแผนแหล่งทุนแบบผสม ทั้งจากผู้บริจาคและจากใน
ประเทศ เป้าหมายระยะยาวคือการเชื่อมเข้าสู่ระบบการเงินของประเทศ เพราะการพึ่งทุนภายนอกอย่างเดียวไม่
ยั่งยืน¹⁵ เราจะลงลึกเรื่องนี้ในโมดูลที่ 13

3.5 จริยธรรมและความยินยอม

ทุกบริการต้องตั้งอยู่บนความสมัครใจและความยินยอมที่มีข้อมูล ไม่มีการบังคับ ไม่มีการใช้สิ่งจูงใจในแบบที่
บั่นทอนการตัดสินใจอย่างอิสระ ผู้รับบริการมีสิทธิปฏิเสธหรือหยุดได้ทุกเมื่อ

กรณีศึกษา เปิดบริการก่อนวางภาคี แล้วเจอวิกฤต

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

CBO แห่งหนึ่งรับเปิดบริการตรวจโดยยังไม่มีภาคีคลินิกรองรับ เมื่อพบผู้รับบริการที่มีอาการรุนแรงและ
ต้องการการดูแลด่วน ทีมไม่รู้ว่าส่งต่อที่ไหน เสียเวลาและเสียความไว้วางใจ

บทเรียน วางตาข่ายนิรภัยและภาคีให้เสร็จก่อน แล้วจึงเปิดบริการ

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

ชุดเครื่องมือเตรียมองค์กร

- รายการภาคีที่ต้องมี ภาคีคลินิก ห้องปฏิบัติการหรือเส้นทางคุณภาพ และเครือข่ายส่งต่อ
- โครงร่างนโยบายความลับและการคุ้มครองข้อมูลฉบับย่อ
- เช็กलिस्टแบบฟอร์มขอความยินยอมที่อ่านเข้าใจง่ายและเป็นภาษาของชุมชน
- ตารางบทบาทและขอบเขตงานของผู้ให้บริการในชุมชน

เช็กलिस्टความพร้อม

องค์กรพร้อมเปิดบริการหรือยัง

- ☐ มีสถานะทางกฎหมายและการกำกับองค์กรที่ชัดเจน
- ☐ มีนโยบายคุ้มครองผู้รับบริการและทีม และนโยบายคุ้มครองข้อมูล
- ☐ มีบันทึกข้อตกลงกับภาคีคลินิก และมีรายชื่อจุดส่งต่อที่ติดต่อได้จริง
- ☐ มีแบบฟอร์มและกระบวนการขอความยินยอมที่ใช้งานได้
- ☐ มีแผนแหล่งทุนที่ไม่พึ่งพาแหล่งเดียวตั้งแต่วันแรก

¹⁴World Health Organization (2022). Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-005239-0.

¹⁵Vannakit R และคณะ (2020). Fast-tracking the end of HIV in the Asia Pacific region: domestic funding of key population-led and civil society organisations. The Lancet HIV, 7(5):e366-e372. DOI: 10.1016/S2352-3018(20)30077-1

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- เปิดบริการก่อนวางภาคีและระบบคุ้มครอง
- ระบบเก็บข้อมูลหละหลวม เสี่ยงต่อการรั่วไหลที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตผู้รับบริการ
- ไม่มีกระบวนการขอความยินยอมที่ชัดเจน
- พึงพาผู้ให้ทุนรายเดียวตั้งแต่เริ่ม

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

วาดแผนที่ภาคีขององค์กรคุณ ใส่ชื่อภาคีคลินิก ห้องปฏิบัติการ และจุดส่งต่อที่มีอยู่จริง แล้ววงสีแดงรอบภาคีที่ยังขาด นั่นคือสิ่งที่ต้องไปสร้างก่อนเปิดบริการ

คำถามทบทวน

1. ทำไมความลับจึงเป็นเรื่องความอยู่รอดสำหรับประชากรหลัก
2. ภาคีสามประเภทที่องค์กรคุณต้องมีคืออะไร และตอนนี้ขาดอันไหน
3. ขอบเขตงานของผู้ให้บริการในชุมชนควรกำหนดไว้อย่างไรให้ทั้งปลอดภัยและมีศักดิ์ศรี

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

ถ้าอบรมหลายองค์กรพร้อมกัน ให้จับคู่แลกเปลี่ยนแผนที่ภาคี องค์กรหนึ่งอาจมีภาคีที่อีกองค์กรขาด การเชื่อมเครือข่ายระหว่างกันคือผลพลอยได้ที่มีค่าของกิจกรรมนี้

Reach เข้าถึงผู้คน

เวลาเรียนโดยประมาณ 90 นาที

ถ้าเข้าถึงผู้คนในที่ที่เขาอยู่ไม่ได้ ทุกขั้นที่เหลือก็ไม่เกิด Reach คือการไปหา ไม่ใช่การนั่งรอ และเป็นจุดเริ่มต้นของความไว้วางใจทั้งหมด

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- ออกแบบงานเข้าถึงทั้งในพื้นที่จริงและออนไลน์
- สร้างความต้องการใช้บริการ และเข้าถึงกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงหรือตรวจเป็นครั้งแรก
- ส่งมอบความรู้และเครื่องมือป้องกันตั้งแต่ขั้น Reach

4.1 ไปหา ไม่ใช่รอ

ทีมเข้าถึงลงพื้นที่ในสถานบันเทิง จุดรวมตัวของชุมชน และพื้นที่ที่ผู้คนใช้ชีวิตจริง โดยมีเพื่อนในชุมชนเป็นผู้นำการเข้าถึง การพบกันในโลกของเขาคือกุญแจของความไว้วางใจ

4.2 ออนไลน์ ขยายการเข้าถึงไปอีกชั้น

ช่องทางออนไลน์อย่างโซเชียลมีเดีย LINE และแอปหาคู่ ช่วยเข้าถึงคนที่ออฟไลน์เข้าไม่ถึง งานวิจัยในไทยพบว่าบริการให้คำปรึกษาและตรวจทางออนไลน์เข้าถึงผู้ที่ตรวจเป็นครั้งแรกและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้¹⁶ และเมื่อเสนอชุดตรวจด้วยตนเองผ่านช่องทางออนไลน์ คนส่วนใหญ่เลือกใช้ และราวหนึ่งในสามเป็นผู้ตรวจครั้งแรก¹⁷

4.3 สร้างความต้องการใช้บริการ

การสื่อสารที่ทำให้การตรวจเป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่เรื่องน่ากลัว ช่วยดึงคนเข้าสู่บริการ การสื่อสารเรื่อง U=U ก็ช่วยลดความกลัวและการตีตราในใจคนตั้งแต่อ่อนมาตรวจ ใช้ภาษาและภาพที่เป็นของชุมชนจริง ไม่ใช่ภาษาราชการ

¹⁶Phanuphak N และคณะ (2018). What would you choose: online or offline or mixed services? Journal of the International AIDS Society, 21(S5):e25118. DOI: 10.1002/jia2.25118

¹⁷Girault P และคณะ (2021). Uptake of oral fluid-based HIV self-testing among MSM and transgender women in Thailand. PLOS ONE, 16(8):e0256094. DOI: 10.1371/journal.pone.0256094

4.4 ให้ความรู้และเครื่องมือตั้งแต่ชั้น Reach

ชั้นเข้าถึงไม่ใช่แค่การชวน แต่เป็นการส่งมอบความรู้เรื่อง HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อมเครื่องมือป้องกันอย่างถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น การมองงานป้องกันผ่านมุมมอง cascade ช่วยให้เห็นว่าคนเคลื่อนจากการรับรู้ไปสู่การเข้าถึงและการใช้จริงอย่างไร¹⁸

4.5 รู้จักชุมชนของคุณ

กำหนดว่าใครคือกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงมากที่สุด เช่น พนักงานบริการข้ามชาติ MSM รุ่นใหม่ หรือ TGW ในพื้นที่ห่างไกล แล้วออกแบบการเข้าถึงให้ตรงกับวิถีชีวิตและช่องทางที่เขาใช้จริง

กรณีศึกษา เข้าถึงน้องคนหนึ่งทางออนไลน์

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

ทีมเข้าถึงทางออนไลน์ได้คุยกับน้องอายุ 19 ที่ไม่เคยตรวจและไม่กล้าไปโรงพยาบาล หลังพูดคุยหลายครั้งจนไวใจ น้องเลือกรับชุดตรวจด้วยตนเองส่งถึงบ้าน และรายงานผลกลับมา นี่คือน้องที่ระบบทั่วไปแทบไม่มีทางเข้าถึง

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

เครื่องมือวางแผนเข้าถึง

- แม่แบบแผนงานเข้าถึง ระบุพื้นที่ ช่องทาง เวลา และทีมผู้รับผิดชอบ
- เช็กलिस्टช่องทางออนไลน์ที่กลุ่มเป้าหมายใช้จริง
- ตัวชี้วัดชั้น Reach ที่ควรเก็บ เช่น จำนวนการเข้าถึง สัดส่วนผู้ตรวจครั้งแรก

เช็กलिस्टความพร้อม

งานเข้าถึงพร้อมหรือยัง

- ☐ เรามีทั้งช่องทางออฟไลน์และออนไลน์ ไม่พึ่งทางใดทางเดียว
- ☐ การสื่อสารของเราใช้ภาษาและภาพของชุมชนจริง
- ☐ เรามีเครื่องมือป้องกันและข้อมูลพร้อมแจกตั้งแต่ชั้นเข้าถึง
- ☐ เรามีเส้นทางชัดเจนว่าเมื่อเข้าถึงแล้วจะชวนเข้าสู่บริการได้อย่างไร

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- ใช้แต่ออฟไลน์หรือแต่ออนไลน์อย่างเดียว
- สื่อสารด้วยภาษาราชการที่ไกลตัวชุมชน
- เข้าถึงแต่คนกลุ่มเดิมที่เข้าถึงอยู่แล้ว
- ไม่มีสะพานเชื่อมจากชั้นเข้าถึงไปสู่ขั้นชวนเข้าสู่บริการ

¹⁸Ramautarsing RA และคณะ (2020). Evaluation of a PrEP programme for MSM and transgender women in Thailand: learning through the HIV prevention cascade lens. Journal of the International AIDS Society, 23(S3):e25540. DOI: 10.1002/jia2.25540

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

ทำแผนที่ห้าพื้นที่หรือห้าช่องทางที่กลุ่มเป้าหมายหลักของคุณใช้จริง แล้วเลือกหนึ่งช่องทางที่คุณยังไม่เคยไป ออกแบบการเข้าถึงครั้งแรกในช่องทางนั้น

คำถามทบทวน

1. กลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงมากที่สุดในพื้นที่ของคุณคือใคร และเขาใช้ช่องทางไหน
2. การสื่อสารเรื่อง U=U ช่วยงานเข้าถึงของคุณได้อย่างไร
3. คุณจะวัดได้อย่างไรว่างานเข้าถึงไปถึงคนใหม่จริง ไม่ใช่คนกลุ่มเดิม

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

ชวนผู้เรียนแลกเปลี่ยนช่องทางออนไลน์ที่ได้ผลในพื้นที่ตัวเอง บางครั้งวิธีที่เวิร์กที่สุดเป็นเรื่องเฉพาะถิ่นที่ตำราไม่มี การแบ่งปันกันเองจึงมีค่า

Recruit ชวนเข้าสู่บริการ

เวลาเรียนโดยประมาณ 75 นาที

การเข้าถึงสร้างการพบกัน ส่วนการชวนเข้าสู่บริการคือการเปลี่ยนการพบกันให้กลายเป็นการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล หัวใจคือการเชิญชวน ไม่ใช่การกดดัน

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- ให้คำปรึกษาเบื้องต้นที่เคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ
- ใช้บริการลดอันตรายและการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นประตูเข้าสู่บริการ
- สร้างระบบพี่เลี้ยงและการพาเข้าสู่บริการ

5.1 ชวนด้วยข้อมูล ไม่ใช่กดดัน

การให้คำปรึกษาเบื้องต้นที่ดีคือการให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจเอง ไม่ใช่การโน้มน้าวให้ตรวจให้ได้ ความสมัครใจคือฐานของความไว้วางใจระยะยาว

5.2 ประตูเข้ามามีหลายบาน

ไม่ใช่ทุกคนที่เริ่มต้นด้วยการอยากตรวจ HIV บางคนเข้ามาทางการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บางคนเข้ามาทางบริการลดอันตราย สำหรับผู้ใช้สารเสพติดด้วยการฉีด การบำบัดด้วยสารทดแทนอย่างเมทาโดน เป็นทั้งบริการที่จำเป็นและเป็นประตูเข้าสู่การดูแล มีหลักฐานว่าการบำบัดด้วยสารทดแทนลดความเสี่ยงการติดเชื้อ HIV ได้ราวครึ่งหนึ่ง¹⁹ และเป็นหนึ่งในชุดบริการพื้นฐานที่องค์การระหว่างประเทศแนะนำ²⁰

ในบริบทไทย ผู้ใช้สารเสพติดยังเจออุปสรรคหลายอย่างในการคงอยู่กับการบำบัด เช่น ขนาดยาที่ไม่เหมาะสม และความกลัวการบังคับใช้กฎหมาย การออกแบบบริการจึงต้องคำนึงถึงอุปสรรคเหล่านี้ด้วย²¹

5.3 พี่เลี้ยงและการพาเข้าสู่บริการ

ระบบพี่เลี้ยงที่เป็นคนในชุมชนช่วยพาผู้รับบริการเดินผ่านระบบที่อาจน่ากลัว การมีคนเดินไปด้วยลดโอกาสที่คนจะหายไประหว่างทาง

5.4 ลงทะเบียนและลดกำแพง

เปิดให้ลงทะเบียนได้ทั้งทางออนไลน์เองและผ่านการแนะนำจากทีม จัดเวลาบริการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และทำให้ทุกขั้นไม่มีการตัดสินใจ

¹⁹MacArthur GJ และคณะ (2012). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. BMJ, 345:e5945. DOI: 10.1136/bmj.e5945

²⁰WHO, UNODC, UNAIDS (2012). Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision. Geneva: WHO.

²¹Hayashi K และคณะ (2017). Barriers to retention in methadone maintenance therapy among people who inject drugs in Bangkok, Thailand. Harm Reduction Journal, 14:63. DOI: 10.1186/s12954-017-0189-3

กรณีศึกษา เข้ามาด้วยเรื่องหนึ่ง ได้รับการดูแลอีกเรื่อง

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

ผู้รับบริการคนหนึ่งมาขอตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระหว่างพูดคุย พี่เลี้ยงค่อย ๆ ให้อธิบายเรื่องการตรวจ HIV โดยไม่กดดัน จนเขาตัดสินใจตรวจเองในวันเดียวกัน ประตูปานหนึ่งเปิดไปสู่อีกบาน อย่างเป็นธรรมชาติ

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

เครื่องมือขึ้นชวนเข้าสู่บริการ

- บทสนทนาก่อนตรวจที่เน้นการเคารพสิทธิและการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล
- เช็กलिस्टการส่งต่อจากชวนไปสู่อื่นตรวจ เพื่อไม่ให้คนหลุดที่รอยต่อ
- รายการประตูเข้าหลายทาง เช่น คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บริการลดอันตราย

เช็กलिस्टความพร้อม

ชวนชวนเข้าสู่บริการพร้อมหรือยัง

- ☐ เรามีบทสนทนาก่อนตรวจที่ไม่กดดันและเคารพการตัดสินใจ
- ☐ เรามีประตูเข้าหลายทาง ไม่ใช่แค่การตรวจ HIV อย่างเดียว
- ☐ เรามีระบบพี่เลี้ยงพาผู้รับบริการเดินผ่านระบบ
- ☐ เรามีกลไกส่งต่อที่ชัดเจนจากขั้นนี้ไปสู่การตรวจ

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- ใช้สิ่งจูงใจหรือกดดันให้ตรวจในแบบที่บั่นทอนความสมัครใจ
- ปล่อยให้คนหลุดที่รอยต่อระหว่างการชวนกับการตรวจ
- มองข้ามกลุ่มย่อย เช่น ผู้ใช้สารเสพติด ที่ต้องการประตูเข้าที่ต่างออกไป

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

จับคู่ฝึกบทสนทนาเชิญชวนตรวจที่ไม่กดดัน คนหนึ่งเป็นพี่เลี้ยง อีกคนเป็นผู้รับบริการที่ลังเล สังเกตว่าคำพูดแบบไหนเปิดใจ และคำพูดแบบไหนทำให้รู้สึกถูกบีบ

คำถามทบทวน

1. เส้นแบ่งระหว่างการเชิญชวนกับการกดดันอยู่ตรงไหน
2. ประตูเข้าสู่บริการในองค์กรคุณมีที่บาน และยังขาดบานไหน
3. ระบบพี่เลี้ยงของคุณช่วยลดการหลุดหายได้อย่างไร

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

ใช้การแสดงบทบาทสมมติ (role-play) เป็นหลักในโมดูลนี้ ให้ผู้เรียนสลับบทบาทกัน การได้เป็นฝ่ายถูกชวนช่วยให้เข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการได้ลึกกว่าการบรรยาย

Test ตรวจโดยชุมชนและตรวจด้วยตนเอง

เวลาเรียนโดยประมาณ 120 นาที

การตรวจที่ดีคือการตรวจตามเงื่อนไขที่ผู้รับบริการสบายใจ โดยคนที่เขาไว้วางใจ และมีระบบคุณภาพรองรับ โมดูลนี้ว่าด้วยการตรวจโดยคนในชุมชน การตรวจด้วยตนเอง คุณภาพ การแจ้งผล และการคัดกรองวัณโรค

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- จัดบริการตรวจ HIV โดยผู้ให้บริการในชุมชนพร้อมระบบประกันคุณภาพ
- เสนอทางเลือกการตรวจด้วยตนเอง และเชื่อมต่อสู่การดูแล
- แจ้งผลอย่างมีศักดิ์ศรี และคัดกรองวัณโรคควบคู่

6.1 ตรวจโดยคนในชุมชน

การตรวจคัดกรองด้วยชุดตรวจรวดเร็วโดยผู้ให้บริการในชุมชนที่ผ่านการอบรม ทำได้และเชื่อถือได้ งานวิจัยในไทยพบว่าผลตรงกับการตรวจซ้ำโดยนักเทคนิคการแพทย์เกือบสมบูรณ์²² และในระดับประเทศ บริการที่นำโดยชุมชนรับผิดชอบสัดส่วนการตรวจในกลุ่มประชากรหลักจำนวนมาก²³

6.2 การตรวจด้วยตนเอง

สำหรับคนที่ยังไม่พร้อมตรวจต่อหน้าใคร ชุดตรวจด้วยตนเองให้ทั้งความเป็นส่วนตัวและการควบคุมจังหวะชีวิต องค์การอนามัยโลกแนะนำให้การตรวจด้วยตนเองเป็นทางเลือกเพิ่มเติมของบริการตรวจ²⁴ และการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในกลุ่มประชากรหลักพบว่าการตรวจด้วยตนเองเพิ่มการตรวจและเพิ่มการค้นพบผู้ติดเชื้อได้มากกว่าการตรวจแบบเดิม โดยต้องมีระบบสนับสนุนให้รายงานผลและเชื่อมต่อสู่การดูแล²⁵

6.3 คุณภาพและการยืนยันผล

ทุกระบบตรวจต้องมีการประกันคุณภาพ มีเส้นทางการตรวจยืนยันผลที่ชัดเจน และมีการประเมินความสามารถของผู้ตรวจอย่างสม่ำเสมอ ความเร็วและความสะดวกต้องไม่แลกมาด้วยความแม่นยำ

²²Wongkanya R และคณะ (2018). HIV rapid diagnostic testing by lay providers in a key population-led health service programme in Thailand. Journal of Virus Eradication, 4(1):12-15.

²³Pengnonyang S และคณะ (2022). Certification of lay providers to deliver key population-led HIV services in Thailand national healthcare system. Journal of the International AIDS Society, 25(S5):e25965. DOI: 10.1002/jia2.25965

²⁴World Health Organization (2016). Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: WHO.

²⁵Eshun-Wilson I และคณะ (2020). Comparing the effects of HIV self-testing to standard HIV testing for key populations: a systematic review and meta-analysis. BMC Medicine, 18:381. DOI: 10.1186/s12916-020-01835-z

6.4 การแจ้งผลอย่างมีศักดิ์ศรี

การแจ้งผลคือช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุด ผลที่เป็นปฏิกิริยา (reactive) ต้องตามด้วยการส่งต่อสู่การรักษา อย่างอบอุ่นและกันที่ ส่วนผลที่ไม่เป็นปฏิกิริยา (non-reactive) ต้องตามด้วยการเชื่อมเข้าสู่การป้องกัน ทั้งสองกรณีต้องทำด้วยความเคารพและไม่ตัดสิน

6.5 คัดกรองวัณโรคควบคู่

วัณโรคเป็นภัยสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV การคัดกรองอาการวัณโรคอย่างง่ายควรทำควบคู่ไปกับการตรวจตามแนวทางสากลที่เรียกว่า สามอย่างของวัณโรค คือ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การให้ยาป้องกัน และการควบคุมการแพร่กระจาย²⁶

กรณีศึกษา รายงานผลออนไลน์ แล้วเชื่อมต่อในวันเดียว

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

ผู้ใช้ชุดตรวจด้วยตนเองรายงานผลที่เป็นปฏิกิริยาผ่านช่องทางออนไลน์ ทีมติดต่อกลับทันทีด้วยน้ำเสียงที่อบอุ่น นัดตรวจยืนยันและเชื่อมเข้าสู่การดูแลในวันเดียวกัน ความเร็วและความเข้าใจช่วยไม่ให้เขาหายไปในช่วงที่เปราะบางที่สุด

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

เครื่องมือขึ้นตรวจ

- โครงร่างขั้นตอนปฏิบัติงานการตรวจ และเช็กलिस्टประกันคุณภาพ
- บทแจ้งผลที่เน้นศักดิ์ศรี ทั้งกรณีผลเป็นปฏิกิริยาและไม่เป็นปฏิกิริยา
- แบบคัดกรองอาการวัณโรคอย่างง่าย

เช็กलिस्टความพร้อม

บริการตรวจพร้อมหรือยัง

- ☐ มีระบบประกันคุณภาพและเส้นทางการตรวจยืนยันผลที่ชัดเจน
- ☐ มีทางเลือกการตรวจด้วยตนเองพร้อมระบบรายงานผลและการสนับสนุน
- ☐ มีบทแจ้งผลที่ทีมฝึกมาแล้ว และมีการส่งต่อกันที่เมื่อผลเป็นปฏิกิริยา
- ☐ มีการคัดกรองอาการวัณโรคควบคู่กับการตรวจ

ข้อควรระวัง กับตกที่พบบ่อย

- ตรวจโดยไม่มีระบบประกันคุณภาพหรือเส้นทางการตรวจยืนยัน
- แจ้งผลแบบไม่ระวังจิตใจ ทำให้ผู้รับบริการตกใจหรือถอย
- ปลดปล่อยช่องว่างระหว่างผลเป็นปฏิกิริยากับการเชื่อมต่อการรักษา
- สัมคัดกรองวัณโรค ทั้งที่เป็นภัยสำคัญของผู้ติดเชื้อ

²⁶World Health Organization (2011). Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Geneva: WHO.

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

ฝึกการแจ้งผลทั้งสองแบบเป็นคู่ หนึ่งครั้งสำหรับผลเป็นปฏิกิริยา หนึ่งครั้งสำหรับผลไม่เป็นปฏิกิริยา สังเกตน้ำเสียง จังหวะ และคำที่ใช้ แล้วให้เพื่อนสะท้อนกลับว่ารู้สึกอย่างไร

คำถามทบทวน

1. ทำไมการประกันคุณภาพจึงสำคัญพอ ๆ กับความสะอาดในการตรวจ
2. การตรวจด้วยตนเองเหมาะกับใครในชุมชนของคุณมากที่สุด
3. บทแจ้งผลที่ดีควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

การฝึกแจ้งผลอาจกระทบอารมณ์ผู้เรียนที่เคยมีประสบการณ์ตรง เปิดให้พักได้ และย้ำว่าทักษะนี้ฝึกได้และจะพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ เน้นว่าการแจ้งผลที่ดีคือทักษะหัวใจของบริการที่นำโดยชุมชน

Treat รักษาทันที ไม่ทิ้งช่วง

เวลาเรียนโดยประมาณ 120 นาที

รอยต่อที่อันตรายที่สุดคือช่วงระหว่างการตรวจพบกับการเริ่มรักษา โมดูลนี้ว่าด้วยการปิดช่องว่างนั้นด้วยการเริ่มยาต้านไวรัสในวันเดียวแบบชุมชน หรือ SDART และการทำงานแบบส่งไม้ต่อกับทีมแพทย์

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณจะสามารถ

- อธิบายเหตุผลของการเริ่มยาเร็วและตรรกะของโมเดล SDART แบบชุมชน
- ออกแบบการส่งไม้ต่อกับภาคคลินิกและการใช้การแพทย์ทางไกล
- ให้คำปรึกษาเรื่อง U=U ในฐานะทั้งข้อเท็จจริงทางการแพทย์และสารแห่งศักดิ์ศรี

7.1 ทำไมต้องเริ่มเร็ว

การเริ่มยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็วช่วยเพิ่มทั้งการกดไวรัสและการคงอยู่ในระบบ²⁷ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เริ่มยาภายในเจ็ดวันหลังวินิจฉัย และเริ่มในวันเดียวได้สำหรับผู้พร้อม²⁸ และหลักฐานจากการทดลองขนาดใหญ่ยืนยันว่าการรักษาเร็วเป็นประโยชน์ทั้งต่อสุขภาพและการป้องกันการแพร่เชื้อ²⁹ หากไม่มีระบบรองรับ ผู้ติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลักมากถึงราวหนึ่งในห้าจะหายไปก่อนได้เริ่มยา³⁰

7.2 SDART แบบชุมชน คือการส่งไม้ต่อ

โมเดลนี้คือการส่งไม้ต่อระหว่างสองทีม ทีมชุมชนดูแลการให้คำปรึกษา การตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และการจ่ายยาเบื้องต้น ส่วนทีมแพทย์จากภาคีดูแลการกำกับทางการแพทย์ผ่านการแพทย์ทางไกล โมเดลศูนย์เริ่มยาในวันเดียวในไทยแสดงผลลัพธ์ที่ดี ทั้งสัดส่วนการเริ่มยาและการกดไวรัสที่สูง³¹ และการแพทย์ทางไกลให้ผลเทียบเท่าการพบแบบตัวต่อตัว³²

²⁷Ford N และคณะ (2018). Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. AIDS, 32(1):17-23. DOI: 10.1097/QAD.0000000000001671

²⁸World Health Organization (2017). Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: WHO.

²⁹INSIGHT START Study Group (2015). Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. New England Journal of Medicine, 373(9):795-807. DOI: 10.1056/NEJMoa1506816

³⁰Lujintanon S และคณะ (2022). Key population-led community-based same-day ART (CB-SDART) initiation hub in Bangkok, Thailand. Implementation Science Communications, 3:105. DOI: 10.1186/s43058-022-00352-9

³¹Seekaew P และคณะ (2021). Same-day antiretroviral therapy initiation hub model at the Thai Red Cross Anonymous Clinic in Bangkok, Thailand. Journal of the International AIDS Society, 24(12):e25869. DOI: 10.1002/jia2.25869

³²Amatavete S และคณะ (2021). Evaluation of the integration of telehealth into the same-day ART initiation service in Bangkok, Thailand. Journal of the International AIDS Society, 24(S6):e25816. DOI: 10.1002/jia2.25816

7.3 U=U คือยาและศักดิ์ศรี

U=U หมายถึงเมื่อกดไวรัสจนตรวจไม่พบแล้ว จะไม่ส่งต่อเชื้อทางเพศสัมพันธ์ นี่ไม่ใช่ความหวัง แต่เป็นข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ การศึกษาในคู่ที่ผลเลือดต่างกันพบการแพร่เชื้อเป็นศูนย์เมื่อฝ่ายติดเชืวกดไวรัสได้³³³⁴ องค์การอนามัยโลกและ UNAIDS รับรองสารนี้อย่างเป็นทางการ³⁵ การสื่อสาร U=U ในการให้คำปรึกษาช่วยลดการตีตราในใจของผู้รับบริการเองอย่างมาก

7.4 ตาย่ายนิรภัยในตัว

ไม่ใช่ทุกกรณีที่เหมาะสมกับการเริ่มยาในวันเดียวที่ชุมชน ผู้ที่มีสัญญาณของภาวะแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องถูกคัดกรองและส่งต่อไปยังการดูแลเฉพาะทาง เราจะลงรายละเอียดของตาย่ายนิรภัยในโมดูลที่ 10

7.5 เชื่อมสิทธิการรักษา

ส่วนหนึ่งของการรักษาที่ไม่ทิ้งช่วงคือการช่วยผู้รับบริการโอนย้ายสิทธิการรักษาให้ราบรื่น เพื่อให้การดูแลระยะยาวเดินต่อไปได้โดยไม่สะดุด

กรณีศึกษา วินิจฉัยคืนวันศุกร์ เริ่มยาวันเสาร์

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

ผู้รับบริการได้ผลบวกในคืนวันศุกร์ แทนที่จะถูกส่งไปรอคิวโรงพยาบาลข้ามสัปดาห์ ทีมชุมชนให้คำปรึกษาตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างรวดเร็ว ปรึกษาแพทย์ผ่านการแพทย์ทางไกล และเริ่มยาให้ในวันรุ่งขึ้น ช่องว่างที่คนมักหายไปถูกปิดลง

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

เครื่องมือขั้นรักษา

- ผังงาน SDART หกขั้น ตั้งแต่ให้คำปรึกษาจนถึงการส่งต่อเข้าระบบระยะยาว
- ตารางบทบาทระหว่างทีมชุมชนกับทีมแพทย์ ใครทำอะไรในแต่ละขั้น
- ข้อความหลักสำหรับการให้คำปรึกษาเรื่อง U=U
- เช็กलिस्टการโอนย้ายสิทธิการรักษา

เช็กलिस्टความพร้อม

ขั้นรักษาพร้อมหรือยัง

- ☐ มีภาควิทยาที่กำกับการเริ่มยาและรับปรึกษาผ่านการแพทย์ทางไกล
- ☐ มีระบบคัดกรองความพร้อมและความปลอดภัยก่อนเริ่มยาในวันเดียว

³³Rodger AJ และคณะ (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive ART (PARTNER): final results. The Lancet, 393(10189):2428-2438. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0

³⁴Bavinton BR และคณะ (2018). Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples (Opposites Attract). The Lancet HIV, 5(8):e438-e447. DOI: 10.1016/S2352-3018(18)30132-2

³⁵UNAIDS (2018). Undetectable = untransmittable: public health and HIV viral load suppression. Geneva: UNAIDS.

- ☐ ทีมสามารถให้คำปรึกษาเรื่อง U=U ได้อย่างมั่นใจ
- ☐ มีเส้นทางช่วยโอนย้ายสิทธิการรักษาที่ชัดเจน

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- เริ่มยาโดยไม่มีการกำกับทางการแพทย์หรือไม่มีการคัดกรองความปลอดภัย
- ไม่มีระบบการแพทย์ทางไกลสำรองเมื่อแพทย์ไม่อยู่หน้างาน
- สื่อสารเรื่อง U=U อย่างอ่อนแอ ทำให้พลาดโอกาสลดการตีตรา
- ปล่อยให้คนหลุดที่ช่วงโอนย้ายสิทธิการรักษา

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

เขียนผังการส่งไม้ต่อ SDART ขององค์กรคุณ ใส่ชื่อภาคีแพทย์และห้องปฏิบัติการจริง ระบุว่าใครทำอะไรในแต่ละขั้น และจุดไหนที่ยังไม่มีคนรับผิดชอบ

คำถามทบทวน

1. ทำไมการเริ่มยาเร็วจึงช่วยทั้งสุขภาพและการป้องกัน
2. ในโมเดลส่งไม้ต่อ อะไรคืองานของทีมชุมชนและอะไรคืองานของทีมแพทย์
3. คุณจะใช้ U=U ในการให้คำปรึกษาเพื่อลดการตีตราอย่างไร

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

ย้ำกับผู้เรียนว่า SDART ไม่ใช่การให้ CBO ทำงานแพทย์เอง แต่คือการจัดระบบส่งไม้ต่อที่ปลอดภัย เน้นว่า ปลายทางนิรภัยในโมดูลที่ 10 คือส่วนที่ทำให้ความเร็วนี้ไม่กลายเป็นความเสี่ยง

Prevent ผลลัพท์จุดเริ่มต้น

เวลาเรียนโดยประมาณ 120 นาที

ผลตรวจที่เป็นลบไม่ใช่จุดจบ แต่คือจุดเริ่มต้นของการรักษาให้เป็นลบต่อไป โมดูลนี้ว่าด้วยการประเมินความเสี่ยง การให้บริการ PrEP และ PEP และหลักฐานที่ช่วยให้ทีมให้คำปรึกษาได้อย่างมั่นใจ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- ประเมินความเสี่ยงและให้คำปรึกษาเพื่อเลือกวิธีป้องกันที่เหมาะสมกับชีวิต
- ให้บริการ PrEP และ PEP อย่างเหมาะสมและไม่ตั้งเงื่อนไขที่เป็นกำแพง
- สนับสนุนการกินยาป้องกันให้ได้ผลจริงในวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

8.1 ผลลัพท์ไม่ใช่จุดจบ

เมื่อผลเป็นลบ ผู้รับบริการควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและคำปรึกษา เพื่อเลือกวิธีป้องกันที่เหมาะสมกับชีวิตตัวเอง ความเสี่ยงเป็นเรื่องพลวัต เปลี่ยนได้ตามช่วงชีวิต จึงต้องประเมินซ้ำเป็นระยะ

8.2 PrEP ยาป้องกันก่อนสัมผัสเชื้อ

PrEP มีหลักฐานประสิทธิผลหนักแน่น การศึกษา iPrEx พบว่าลดความเสี่ยงได้ราว 44 เปอร์เซ็นต์โดยรวม และสูงถึงราว 92 เปอร์เซ็นต์ในผู้ที่ตรวจพบระดับยาในเลือด³⁶ การศึกษา PROUD และ IPERGAY ในกลุ่ม MSM พบการลดความเสี่ยงราว 86 เปอร์เซ็นต์^{37,38} และการศึกษาในกรุงเทพในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยการฉีดพบการลดราว 49 เปอร์เซ็นต์³⁹

องค์การอนามัยโลกแนะนำ PrEP สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง⁴⁰ และในไทย PrEP ที่นำโดยชุมชนทั้งทำได้จริง⁴¹ และคุ้มค่าที่สุดเมื่อเทียบกับรูปแบบการให้บริการอื่น⁴²

³⁶ Grant RM และคณะ (2010). Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men (iPrEx). New England Journal of Medicine, 363(27):2587-2599. DOI: 10.1056/NEJMoa1011205

³⁷ McCormack S และคณะ (2016). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD). The Lancet, 387(10013):53-60. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00056-2

³⁸ Molina JM และคณะ (2015). On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection (IPERGAY). New England Journal of Medicine, 373(23):2237-2246. DOI: 10.1056/NEJMoa1506273

³⁹ Choopanya K และคณะ (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (Bangkok Tenofovir Study). The Lancet, 381(9883):2083-2090. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61127-7

⁴⁰ World Health Organization (2015). WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP). Geneva: WHO.

⁴¹ Phanuphak N และคณะ (2018). Princess PrEP program: the first key population-led model to deliver PrEP to key populations by key populations in Thailand. Sexual Health, 15(6):542-555. DOI: 10.1071/SH18065

⁴² Versteegh L และคณะ (2022). The epidemiological impact and cost-effectiveness of key population-led PrEP delivery to prevent HIV among MSM in Thailand. The Lancet Regional Health Southeast Asia, 7:100097. DOI: 10.1016/j.lansea.2022.100097

8.3 PEP ยาป้องกันหลังสัมผัสเชื้อ

PEP คือยาฉุกเฉินที่ต้องเริ่มภายใน 72 ชั่วโมงหลังสัมผัสเชื้อ และกินต่อเนื่อง 28 วัน ที่สำคัญสำหรับ CBO คือ ในปี 2024 องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ส่งมอบ PEP ในบริบทชุมชนและถ่ายโอนงานให้ผู้ให้บริการในชุมชนได้⁴³ นี่เปิดทางให้องค์กรชุมชนเป็นด่านหน้าของบริการ PEP ได้จริง

8.4 กินยาให้ได้ผลจริงในวิถีชีวิตจริง

การป้องกันที่ได้ผลคือการกินยาให้สอดคล้องกับช่วงเสี่ยง ทั้งแบบกินทุกวันและแบบกินเฉพาะช่วง เป้าหมายคือการสนับสนุน ไม่ใช่การเรียกร้องความสมบูรณ์แบบ และต้องมีระบบติดตามเพื่อไม่ให้คนหลุดไปจากการดูแลต่อเนื่อง

กรณีศึกษา เลือกแบบที่เข้ากับชีวิต

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

พนักงานบริการคนหนึ่งเริ่ม PrEP ผ่าน CBO ทีมคุยทางเลือกทั้งแบบกินทุกวันและแบบกินเฉพาะช่วง แล้วให้เขาเลือกเองตามจังหวะงานและชีวิต การให้เขาเป็นคนตัดสินใจทำให้การกินยาต่อเนื่องเป็นไปได้จริง

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

เครื่องมือขึ้นป้องกัน

- แนวทางการประเมินความเสี่ยงที่ไม่ตัดสิน
- ตารางเกณฑ์การเริ่ม PrEP และตารางนัดติดตาม
- เส้นทางบริการ PEP แบบเร่งด่วนภายใน 72 ชั่วโมง
- เมนูการสนับสนุนการกินยาต่อเนื่อง

เช็กลิสต์ความพร้อม

ขึ้นป้องกันพร้อมหรือยัง

- ☐ มีกระบวนการประเมินความเสี่ยงที่เคารพและไม่ตั้งกำแพง
- ☐ มีบริการ PrEP พร้อมระบบติดตามที่ชัดเจน
- ☐ มีเส้นทาง PEP ฉุกเฉินที่เริ่มได้ภายใน 72 ชั่วโมง
- ☐ มีระบบส่งต่อจากการป้องกันไปสู่การดูแลต่อเนื่อง ไม่ปล่อยให้คนหลุด

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- ตั้งเงื่อนไขที่ทำให้ PrEP เข้าถึงยาก เหมือนเป็นรางวัลของคนดี
- ตัดสินความเสี่ยงของผู้รับบริการในเชิงศีลธรรม
- ไม่มีเส้นทาง PEP ฉุกเฉิน ทั้งที่เวลาเป็นสิ่งสำคัญ

⁴³World Health Organization (2024). Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-009513-7.

- ติดตามอ่อนแอ ทำให้คนหลุดจากการป้องกันไปสู่ความเสี่ยง

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

ออกแบบเส้นทางบริการ PrEP และ PEP ขององค์กรคุณตั้งแต่จุดเริ่มจนถึงการติดตาม ระบุว่า PEP ดูกเงินจะเริ่มได้ภายในกี่ชั่วโมง และใครเป็นผู้รับผิดชอบนอกเวลาทำการ

คำถามทบทวน

1. ความแตกต่างระหว่าง PrEP กับ PEP คืออะไร และเหมาะกับสถานการณ์ใด
2. เกณฑ์การให้ PrEP ที่เป็นคำแพ่งกับที่เปิดเผยต่างกันอย่างไร
3. การกินยาให้ได้ผลจริงในวิถีชีวิตของชุมชนคุณหน้าตาเป็นอย่างไร

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

เน้นย้ำว่า PrEP และ PEP เป็นเครื่องมือเพิ่มทางเลือก ไม่ใช่การตัดสินพฤติกรรม ชวนผู้เรียนสำรวจอคติของตัวเองเรื่องความเสี่ยงทางเพศ เพราะอคติของผู้ให้บริการคือกำแพงที่มองไม่เห็น

Retain ดูแลต่อเนื่องอย่างมีศักดิ์ศรี

เวลาเรียนโดยประมาณ 90 นาที

การดูแลคือความสัมพันธ์ ไม่ใช่ธุรกรรมครั้งเดียว ขึ้นอยู่กับที่ชีวิตคนถูกรักษาไว้หรือหลุดหายไป และเป็นจุดที่สุขภาพกับสิทธิถกเถียงเข้าด้วยกันชัดที่สุด

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- อธิบายการดูแลต่อเนื่องทั้งสายการรักษาและสายการป้องกัน
- ติดตามปริมาณไวรัส ผลานการดูแลสุขภาพจิต โรคไม่ติดต่อ และการคัดกรองสิทธิ
- ลดการหลุดหายด้วยระบบติดตามและการกลับเข้าสู่ระบบแบบไม่ตำหนิ

9.1 ดูแลต่อเนื่องสองสาย

ผู้ที่รับการรักษาต้องได้รับการติดตามเรื่องการกินยาต่อเนื่อง การตรวจปริมาณไวรัส การดูแลโรคติดต่อเฉียบพลันและโรคไม่ติดต่อ และสุขภาพจิต ส่วนผู้ที่อยู่ในระบบป้องกันต้องได้รับการตรวจซ้ำและติดตาม PrEP ตามรอบ

9.2 ปริมาณไวรัสและ U=U เป็นแรงจูงใจ

การตรวจปริมาณไวรัสคือหัวใจของการดูแลระยะยาว และการกดไวรัสได้หมายถึง U=U ซึ่งเป็นทั้งสุขภาพและศักดิ์ศรี บริการรักษาที่นำโดยชุมชนในไทยแสดงให้เห็นว่าการคงผู้รับบริการไว้ในระบบทำได้จริง⁴⁴ และข้อมูลระดับประเทศในยุคการรักษาเร็วก็ชี้ทิศทางที่ดีขึ้นของผลลัพธ์การดูแล⁴⁵

9.3 ดูแลทั้งชีวิต ไม่ใช่แค่ไวรัส

การดูแลต่อเนื่องต้องมองทั้งคน รวมถึงการคัดกรองสุขภาพจิต โรคไม่ติดต่อ และการให้ยาป้องกันวัณโรคสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ตามแนวทางสากล⁴⁶

9.4 คัดกรองสิทธิและการติตราในทุกครั้ง

นี่คือลายเซ็นของบริการที่นำโดยชุมชน ในทุกการพบกันของการดูแลต่อเนื่อง ควรมีการประเมินเรื่องการละเมิดสิทธิ การติตรา และความเป็นอยู่ทางสังคมควบคู่ไปด้วย สุขภาพกับสิทธิไม่ได้แยกขาดจากกัน

⁴⁴Lujintanon S และคณะ (2023). Acceptability and retention of the key population-led HIV treatment service for MSM and transgender women living with HIV in Thailand. Journal of the International AIDS Society, 26(2):e26062. DOI: 10.1002/jia2.26062

⁴⁵Teeraananchai S และคณะ (2025). The impact of same-day and rapid ART initiation under the Universal Health Coverage programme on HIV outcomes in Thailand. Journal of the International AIDS Society, 28(1):e26406. DOI: 10.1002/jia2.26406

⁴⁶World Health Organization (2020). WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention, tuberculosis preventive treatment. Geneva: WHO.

9.5 ลดการหลุดหายอย่างไม่ตำหนิ

คนหลุดจากการดูแลด้วยเหตุผลจริงในชีวิต ทั้งค่าใช้จ่าย การติดตาม ผลข้างเคียง หรือภาระชีวิต ระบบเตือนนัด การติดตามโดยพี่เลี้ยง และระเบียบการกลับเข้าสู่ระบบแบบไม่ตำหนิ ช่วยให้คนกลับมาได้โดยไม่รู้สึกผิด

กรณีศึกษา กลับมาได้โดยไม่ถูกตำหนิ

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

ผู้รับบริการคนหนึ่งหายไปจากการรับยาสามเดือนเพราะย้ายที่ทำงานและอายุ เมื่อทีมติดต่อกลับด้วยน้ำเสียงที่ห่วงใยไม่ตำหนิ เขากลับเข้าสู่การดูแลอีกครั้ง การไม่ตัดสินคือสิ่งที่ทำให้ประตูยังเปิดอยู่

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

เครื่องมือขึ้นดูแลต่อเนื่อง

- ช่องข้อมูลในแดชบอร์ดติดตามผู้รับบริการ
- ตารางนัดตรวจปริมาณไวรัสและการติดตาม PrEP
- เครื่องมือคัดกรองสิทธิและการติดตามแบบสั้นสำหรับใช้ทุกครั้ง
- ระเบียบการติดตามและการกลับเข้าสู่ระบบแบบไม่ตำหนิ

เช็กลิสต์ความพร้อม

ขึ้นดูแลต่อเนื่องพร้อมหรือยัง

- ☐ มีระบบติดตามทั้งสายการรักษาและสายการป้องกัน
- ☐ มีการตรวจปริมาณไวรัสและการสื่อสาร U=U อย่างสม่ำเสมอ
- ☐ มีการคัดกรองสุขภาพจิต โรคไม่ติดต่อ และสิทธิในการดูแลต่อเนื่อง
- ☐ มีระเบียบการกลับเข้าสู่ระบบที่ไม่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกผิด

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- มองการหลุดหายเป็นความผิดของผู้รับบริการฝ่ายเดียว
- ไม่มีระเบียบการกลับเข้าสู่ระบบ ทำให้คนที่หายไปไม่กล้ากลับ
- ละเลยสุขภาพจิตและเรื่องสิทธิ มองแต่ตัวเลขไวรัส
- ใช้ตัวชี้วัดที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกถูกประจาน

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

ออกแบบบทโทรศัพท์ติดตามผู้ที่หายไปจากการดูแล โดยใช้น้ำเสียงที่ห่วงใยไม่ตำหนิ ลองอ่านออกเสียงและถามเพื่อนว่าถ้าเป็นผู้รับบริการจะรู้สึกอยากกลับมาไหม

คำถามทบทวน

1. ทำไมการคัดกรองสิทธิในทุกการพบกันจึงเป็นลายเซ็นของบริการชุมชน
2. คนในชุมชนของคุณหลุดจากการดูแลด้วยเหตุผลอะไรบ่อยที่สุด

3. ระเบียบการกลับเข้าสู่ระบบแบบไม่ตำหนิควรมืองคัประกอบอะไร

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

ชวนผู้เรียนแยกให้ออกระหว่างการติดตามที่ห่วงใยกับการติดตามที่กดดัน เน้นว่าเป้าหมายคือให้คนรู้สึกปลอดภัยพอที่จะกลับมา ไม่ใช่รู้สึกผิดจนหายไปเลย

ถ่ายภาพนิรภัยและคุณภาพบริการ

เวลาเรียนโดยประมาณ 90 นาที

ความเร็วที่ไม่มีความปลอดภัยคืออันตราย และความไว้วางใจพังทลายได้จากความผิดพลาดที่ป้องกันได้เพียงครั้งเดียว โมดูลนี้ว่าด้วยการสร้างถ่ายภาพนิรภัยและการกำกับคุณภาพที่เหมาะสมกับองค์กรชุมชน

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณจะสามารถ

- สร้างการกำกับทางคลินิกที่เหมาะสมกับองค์กรชุมชน
- ออกแบบระบบส่งต่อและถ่ายภาพนิรภัยสำหรับกรณีซับซ้อน
- จัดการเหตุไม่พึงประสงค์และประกันคุณภาพตลอด cascade

10.1 ความเร็วไม่เท่ากับความประมาท

การเริ่มยาในวันเดียวเร็วก็จริง แต่ไม่เคยประมาท ผู้ที่มีสัญญาณของภาวะแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น อาการที่บ่งชี้วัณโรคระยะลุกลาม ต้องถูกคัดกรองออกและส่งต่อไปยังโรงพยาบาล มีการศึกษาแบบสุ่มที่ออกแบบขึ้นตอนคัดกรองก่อนเริ่มยาในวันเดียวอย่างเป็นระบบ⁴⁷ และแนวทางขององค์การอนามัยโลกเรื่องโรค HIV ระยะลุกลามก็ระบุการคัดกรองและการดูแลที่จำเป็นไว้ชัดเจน⁴⁸

10.2 การกำกับทางคลินิกสำหรับองค์กรชุมชน

การกำกับทางคลินิกไม่ได้แปลว่าต้องมีโรงพยาบาลของตัวเอง แต่หมายถึงการมีแพทย์ภาคีที่กำกับดูแล มีขั้นตอนปฏิบัติงานที่เขียนไว้ชัด มีการกำหนดขอบเขตงานของผู้ให้บริการในชุมชน และมีระบบนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ

10.3 ระบบส่งต่อ

คุณต้องรู้ว่าเมื่อไรและที่ไหนต้องส่งต่อ การส่งต่อที่ดีคือการส่งต่ออย่างอบอุ่น มีการติดต่อประสานล่วงหน้า และมีการติดตามผลว่าผู้รับบริการไปถึงปลายทางจริง ไม่ใช่แค่ให้ใบส่งตัวแล้วจบ

10.4 การจัดการเหตุไม่พึงประสงค์

ต้องมีการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ มีการบันทึก และมีวัฒนธรรมการเรียนรู้จากความผิดพลาดแทนการตำหนิ การปกปิดความผิดพลาดคือสิ่งที่อันตรายที่สุดต่อทั้งผู้รับบริการและองค์กร

⁴⁷Rosen S และคณะ (2020). A clinical algorithm for same-day HIV treatment initiation in settings with high TB symptom prevalence in South Africa (SLATE II). PLOS Medicine, 17(5):e1003226. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003226

⁴⁸World Health Organization (2017). Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: WHO.

10.5 คุณภาพตลอด cascade

คุณภาพไม่ใช่เรื่องของขั้นตอนอย่างเดียว แต่ต้องมีในทุกขั้น ทั้งการรักษา การป้องกัน และการดูแลต่อเนื่อง ผ่านการนิเทศงาน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ

กรณีศึกษา ตายายนิรภัยทำงาน

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

ก่อนเริ่มยาให้ผู้รับบริการรายหนึ่ง ทีมคัดกรองพบอาการที่บ่งชี้วัณโรค จึงไม่เริ่มยาในวันนั้น แต่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อตรวจและดูแลเพิ่มเติมก่อน ความรอบคอบนี้คือสิ่งที่ทำให้ความเร็วไม่กลายเป็นอันตราย

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

เครื่องมือด้านความปลอดภัยและคุณภาพ

- รายการสัญญาณอันตรายที่ต้องส่งต่อกันที
- แม่แบบรายงานเหตุไม่พึงประสงค์
- ตารางขอบเขตงานของผู้ให้บริการในชุมชน
- ตารางนิเทศงานและการทบทวนคุณภาพ

เช็กลิสต์ความพร้อม

ระบบความปลอดภัยพร้อมหรือยัง

- ☐ มีเกณฑ์สัญญาณอันตรายที่ต้องส่งต่อ และทีมรู้จักดี
- ☐ มีการกำหนดขอบเขตงานชัดเจน และผู้ให้บริการไม่ทำเกินขอบเขต
- ☐ มีระเบียบจัดการเหตุไม่พึงประสงค์และวัฒนธรรมไม่ปกปิด
- ☐ มีการนิเทศงานและการกำกับโดยแพทย์ภาคอย่างสม่ำเสมอ

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- ไม่มีเกณฑ์การส่งต่อ ทำให้กรณีซับซ้อนหลุดมือ
- ผู้ให้บริการทำงานเกินขอบเขตที่ปลอดภัย
- ปกปิดความผิดพลาดแทนที่จะเรียนรู้จากมัน
- ไม่มีการนิเทศงาน ทำให้คุณภาพค่อย ๆ ลดลงโดยไม่รู้ตัว

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

ร่างรายการสัญญาณอันตรายและเกณฑ์การส่งต่อขององค์กรคุณร่วมกับแพทย์ภาค ระบุให้ชัดว่าใครตัดสินใจส่งต่อ ส่งไปที่ไหน และใครติดตามผล

คำถามทบทวน

1. ทำไมการคัดกรองก่อนเริ่มยาในวันเดียวจึงสำคัญ
2. การกำกับทางคลินิกสำหรับองค์กรชุมชนหน้าตาเป็นอย่างไร

3. ทำไมวัฒนธรรมไม่ปิดกั้นความผิดพลาดจึงปลอดภัยกว่าการลงโทษ

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

เชิญแพทย์หรือพยาบาลภาคีมาร่วมโมดูลนี้ถ้าทำได้ การร่างเกณฑ์ส่งต่อร่วมกันระหว่างทีมชุมชนกับทีมคลินิก ช่วยสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจระหว่างสองฝ่าย

ข้อมูล การวัดผล และการพัฒนาคุณภาพ

เวลาเรียนโดยประมาณ 90 นาที

เราพัฒนาสิ่งที่เรามองไม่เห็นไม่ได้ และข้อมูลควรเป็นของชุมชน โมดูลนี้ว่าด้วยการใช้ cascade เป็นกรอบวัดผล การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง และการติดตามที่ชุมชนเป็นเจ้าของ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- ใช้ cascade เป็นกรอบในการวัดผลและหารอยรั่ว
- ตั้งตัวชี้วัดที่ใช้ได้จริงและทำการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง
- เข้าใจหลักการติดตามที่ชุมชนเป็นเจ้าของ (community-led monitoring)

11.1 cascade เป็นเครื่องมือวัดผล

วิธีที่ทรงพลังที่สุดในการวัดผลคือการวัดที่ละชั้นของ cascade เพื่อดูว่าคนหลุดตรงไหน กรอบเป้าหมายระดับโลกอย่าง 95-95-95 ก็ใช้ตรรกะนี้ คือวัดว่าในแต่ละช่วงเรารักษาคคนไว้ได้สัดส่วนเท่าไร⁴⁹

11.2 ตัวชี้วัดที่ใช้ได้จริงสำหรับองค์กรเล็ก

องค์กรเล็กไม่จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดซับซ้อน เลือกตัวชี้วัดง่าย ๆ หนึ่งถึงสองตัวต่อชั้น และนับเส้นทางของคน ไม่ใช่แค่จำนวนกิจกรรม ที่สำคัญคือต้องเข้าใจว่าตัวเลขดิบกับตัวเลขที่ผ่านการตรวจสอบและตัดความซ้ำซ้อนแล้วอาจต่างกัน จึงต้องระบุที่มาและข้อจำกัดของข้อมูลเสมอ

11.3 การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องคือวงจรเล็ก ๆ ของการวางแผน ลงมือ ทบทวน และปรับ ทดลองการเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ ที่ละอย่าง วัดผล แล้วค่อยขยายสิ่งที่ได้ผล วิธีนี้เหมาะกับองค์กรเล็กที่ทรัพยากรจำกัด

11.4 การติดตามที่ชุมชนเป็นเจ้าของ

การติดตามที่ชุมชนเป็นเจ้าของ คือการที่ชุมชนเก็บข้อมูลเรื่องคุณภาพบริการเพื่อใช้เรียกร้องความรับผิดชอบจากระบบ ไม่ใช่แค่รายงานตัวเลขให้ผู้ให้ทุน UNAIDS มีหลักการและกระบวนการสำหรับเรื่องนี้⁵⁰

11.5 ใช้ข้อมูลอย่างมีจริยธรรม

ข้อมูลของประชากรหลักเปราะบาง ต้องรักษาความเป็นส่วนตัว รายงานแบบรวมที่ระบุตัวบุคคลไม่ได้ และไม่ใช้ข้อมูลในทางที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ ข้อมูลที่ไม่นำไปสู่การปรับปรุงก็ไม่มีค่า

⁴⁹Frescura L และคณะ (2022). Achieving the 95 95 95 targets for all: A pathway to ending AIDS. PLOS ONE, 17(8):e0272405. DOI: 10.1371/journal.pone.0272405

⁵⁰UNAIDS (2021). Establishing community-led monitoring of HIV services: principles and process. Geneva: UNAIDS.

กรณีศึกษา เห็นรอยร้าว แล้วจุดด้วยวงจรพัฒนาคุณภาพ

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

CBO แห่งหนึ่งดูข้อมูลแล้วพบว่าคนจำนวนมากหลุดในรอยต่อจากการตรวจพบไปสู่การเริ่มรักษา ทีมจึงทดลองเพิ่มการติดตามภายใน 24 ชั่วโมง วัดผลหนึ่งเดือน พบว่าการหลุดลดลง จึงทำเป็นระเบียบประจำ

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

เครื่องมือด้านข้อมูลและคุณภาพ

- ชุดตัวชี้วัดตาม cascade แบบแม่แบบ
- ใบงานวงจรพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องอย่างง่าย
- บทแนะนำการเริ่มต้นการติดตามที่ชุมชนเป็นเจ้าของ

เช็กลิสต์ความพร้อม

ระบบข้อมูลพร้อมหรือยัง

- ☐ เรามีตัวชี้วัดอย่างน้อยหนึ่งตัวต่อขั้นของ cascade
- ☐ เรานับเส้นทางของคน ไม่ใช่แค่จำนวนกิจกรรม
- ☐ เรามีวงจรพัฒนาคุณภาพที่นำข้อมูลไปสู่การปรับปรุงจริง
- ☐ เรารักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลและรายงานแบบไม่ระบุตัวบุคคล

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- เก็บตัวเลขสวยไว้อวด แต่ไม่นำไปสู่การปรับปรุง
- ไม่มีวงจรย้อนกลับจากข้อมูลสู่การกระทำ
- ละเลยความเป็นส่วนตัว เสี่ยงต่อการรั่วไหลที่เป็นอันตราย
- วัดแต่จำนวนกิจกรรม จนมองไม่เห็นว่าคุณหลุดตรงไหน

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

เลือกตัวชี้วัดหนึ่งตัวที่สำคัญต่อองค์กรคุณ แล้วออกแบบวงจรพัฒนาคุณภาพหนึ่งรอบ ระบุว่าจะทดลองเปลี่ยนอะไร วัดผลอย่างไร และจะตัดสินใจขยายผลเมื่อไร

คำถามทบทวน

- ทำไมการนับเส้นทางจึงสำคัญกว่าการนับกิจกรรม
- การติดตามที่ชุมชนเป็นเจ้าของต่างจากการรายงานให้ผู้ให้ทุนอย่างไร
- คุณจะรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้รับบริการได้อย่างไร

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

ใช้ cascade ที่ผู้เรียนวาดไว้ในโมดูลที่ 2 มาต่อยอดในโมดูลนี้ ให้เขาเลือกรอยร้าวที่ทำเครื่องหมายไว้ แล้วออกแบบวงจรพัฒนาคุณภาพเพื่ออุดรอยร้าวนั้น

สิทธิ การลดการตีตรา และการเปลี่ยนโครงสร้าง

เวลาเรียนโดยประมาณ 90 นาที

cascade เติบโตได้ด้วยสิทธิ ถ้าไม่จัดการเรื่องการตีตรา กฎหมาย และโครงสร้าง ตัวยากี่รั่วไหลออกไป โมดูลนี้คือการกลับมาที่จุดยืนของโมดูลแรก แต่ลงมือทำให้เป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- พยานงานสิทธิและการลดการตีตราเข้ากับบริการ
- ทำงานกับโครงสร้างและผู้ถือหน้าที่ และการสื่อสารเชิงรณรงค์อย่างปลอดภัย
- คุ่มครองทั้งทีมและผู้รับบริการ

12.1 ทำไมสิทธิคือหัวใจ

การตีตราในสถานบริการบั่นทอนผลลัพธ์สุขภาพโดยตรง⁵¹ และการตีตรามักซ้อนทับกันหลายชั้นในกลุ่มพนักงานบริการ⁵² ที่สำคัญ การยกเลิกการเอาผิดทางอาญาต่องานบริการจะป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับมาตรการเดี่ยวใด ๆ⁵³ นี่คือเหตุผลที่งานสิทธิไม่ใช่ของแถม แต่คือหัวใจของงานสุขภาพ⁵⁴

12.2 ลดการตีตราในบริการของเราเอง

เริ่มจากบ้านตัวเอง การปฏิบัติที่ไม่ตัดสิน การใช้ U=U เป็นเครื่องมือลดการตีตรา และการอบรมทีมเรื่องอคติ ล้วนทำให้บริการเป็นพื้นที่ปลอดภัยจริง

12.3 ทำงานกับโครงสร้าง

งานสิทธิรวมถึงการเชื่อมผู้รับบริการเข้าสู่ความช่วยเหลือทางกฎหมาย การทำงานกับเจ้าหน้าที่รัฐและตำรวจ บนฐานการเคารพสิทธิ และการบันทึกการละเมิดสิทธิอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง

12.4 สื่อสารเชิงรณรงค์อย่างปลอดภัย

ในพื้นที่สาธารณะที่มีความขัดแย้งสูง ควรหลีกเลี่ยงการปะทะโดยตรงในความคิดเห็นใต้โพสต์ในนามองค์กร แต่ผลิตเนื้อหาที่เป็นข้อเท็จจริงและแชร์ได้บนช่องทางของตัวเองแทน วิธีนี้ปกป้องทั้งองค์กรและประเด็น

⁵¹Nyblade L และคณะ (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. BMC Medicine, 17:25. DOI: 10.1186/s12916-019-1256-2

⁵²Logie CH และคณะ (2011). HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: a qualitative study of intersectional stigma. PLOS Medicine, 8(11):e1001124. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001124

⁵³Shannon K และคณะ (2015). Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. The Lancet, 385(9962):55-71. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60931-4

⁵⁴Shannon K และคณะ (2018). The global response and unmet actions for HIV and sex workers. The Lancet, 392(10148):698-710. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31439-9

12.5 กลุ่มครองทีมและผู้รับบริการ

งานนี้มีต้นทุนทางใจ ต้องมีระบบคุ้มครองความปลอดภัย การดูแลภาวะหมดไฟของทีม และนโยบายคุ้มครองผู้รับบริการ องค์กรที่ดูแลคนของตัวเองคือองค์กรที่อยู่ได้นาน

กรณีศึกษา ดูแลทั้งสิทธิและสุขภาพไปพร้อมกัน

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

เมื่อผู้รับบริการคนหนึ่งถูกละเมิดสิทธิในที่ทำงาน CBO บันทึกเหตุการณ์อย่างเป็นระบบและเชื่อมเขาเข้าสู่ความช่วยเหลือทางกฎหมาย ขณะเดียวกันก็ยังดูแลสุขภาพเขาต่อเนื่อง ทั้งสองเรื่องเดินไปด้วยกัน ไม่ได้แยกขาด

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

เครื่องมือด้านสิทธิ

- แบบบันทึกการละเมิดสิทธิ
- โครงร่างการอบรมลดการตีตราสำหรับทีม
- เช็กलिस्टความปลอดภัยในการสื่อสารเชิงรณรงค์

เช็กलिस्टความพร้อม

งานสิทธิพร้อมหรือยัง

- ☐ เราพบสานการคัดกรองและการดูแลเรื่องสิทธิเข้ากับบริการสุขภาพ
- ☐ เรามีช่องทางส่งต่อสู่ความช่วยเหลือทางกฎหมาย
- ☐ เรามีแนวทางการสื่อสารเชิงรณรงค์ที่ปลอดภัยต่อองค์กรและทีม
- ☐ เรามีระบบดูแลภาวะหมดไฟและความปลอดภัยของทีม

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- แยกเรื่องสุขภาพออกจากเรื่องสิทธิ ทำให้แก้ปัญหาได้ไม่ตรงจุด
- เข้าไปปะทะในพื้นที่สาธารณะที่เป็นอันตรายต่อองค์กร
- ไม่มีช่องทางส่งต่อทางกฎหมายให้ผู้ถูกละเมิด
- ละเลยภาวะหมดไฟของทีมจนคนทำงานหมดแรง

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

ทำแผนที่กำแพงทางสิทธิที่ชุมชนของคุณเจอ แล้วเลือกหนึ่งกำแพงพร้อมระบุหนึ่งการกระทำที่องค์กรคุณทำได้จริงในปีนี้เพื่อลดกำแพงนั้น

คำถามทบทวน

1. ทำไมงานสิทธิจึงเป็นหัวใจของงานสุขภาพ ไม่ใช่ของแถม
2. การสื่อสารเชิงรณรงค์ที่ปลอดภัยในบริบทคุณหน้าตาเป็นอย่างไร

3. องค์กรคุณดูแลภาวะหมดไฟของทีมงานอย่างไร

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

โมดูลนี้เชื่อมกลับไปยังจุดยืนในโมดูลที่ 1 ชวนผู้เรียนทบทวนว่าในงานจุดยืนที่เขียนไว้ตอนต้น ได้สะท้อนออกมาเป็นการกระทำจริงในงานสิทธิแล้วหรือยัง

ความยั่งยืน คน เงิน และการเป็นส่วนหนึ่งของระบบ

เวลาเรียนโดยประมาณ 120 นาที

โครงการมีวันจบ แต่สถาบันอยู่ได้ยาว ความยั่งยืนคือสมการของสามอย่าง คือ คน เงิน และระบบ โมดูลปิดท้ายนี้ช่วยให้องค์กรของคุณวางแผนอยู่รอดในระยะยาว

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เมื่อจบบทนี้คุณสามารถ

- สร้างและรักษากำลังคนผู้ให้บริการในชุมชน
- กระจายและเปลี่ยนผ่านแหล่งทุน และเชื่อมเข้าสู่ระบบของประเทศ
- สร้างองค์กรที่ยืดหยุ่นและมีผู้นำรุ่นต่อไป

13.1 คน กำลังคนคือทุนที่สำคัญที่สุด

ความยั่งยืนเริ่มที่คน ทั้งการคัดเลือก การอบรม การพาเข้าสู่การรับรอง เส้นทางอาชีพ และการดูแลความเป็นอยู่ ในไทย การที่ผู้ให้บริการในชุมชนได้รับการรับรองในระบบเป็นก้าวสำคัญที่ทำให้กำลังคนมั่นคงขึ้น⁵⁵

13.2 เงิน จากการพึ่งทุนภายนอกสู่ความหลากหลาย

การพึ่งผู้บริจาคภายนอกอย่างเดียวไม่ยั่งยืน เป้าหมายระยะยาวคือการขยับสู่การเงินภายในประเทศ⁵⁶ และข้อมูลความคุ้มค่าคืออาวุธสำคัญในการเจรจา เพราะบริการที่นำโดยชุมชนเป็นรูปแบบที่คุ้มค่าที่สุด⁵⁷ อย่าพึ่งแหล่งทุนเดียว ให้กระจายความเสี่ยงไว้เสมอ

13.3 ระบบ การเป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพ

ความยั่งยืนที่แท้จริงคือการที่บริการของชุมชนกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่เป็นทางการ ไม่ใช่บริการคู่ขนานที่อยู่นอกระบบ การเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพต้องอาศัยการรับรองกำลังคน ระบบข้อมูล และคุณภาพที่ได้มาตรฐาน

13.4 ความเสี่ยงของการพึ่งพาแหล่งเดียว

การเข้าสู่ระบบมาพร้อมความเสี่ยงรูปแบบใหม่ เช่น การพึ่งพาแหล่งทุนหลักเพียงแหล่งเดียวและการทางเอกสาร องค์กรควรวางแผนสำรองและกระจายแหล่งทุนไว้ล่วงหน้า เพื่อไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายครั้งเดียว สั่นคลอนทั้งองค์กร

⁵⁵Pengnonyang S และคณะ (2022). Certification of lay providers to deliver key population-led HIV services in Thailand national healthcare system. Journal of the International AIDS Society, 25(S5):e25965. DOI: 10.1002/jia2.25965

⁵⁶Vannakit R และคณะ (2020). Fast-tracking the end of HIV in the Asia Pacific region: domestic funding of key population-led and civil society organisations. The Lancet HIV, 7(5):e366-e372. DOI: 10.1016/S2352-3018(20)30077-1

⁵⁷Versteegh L และคณะ (2022). The epidemiological impact and cost-effectiveness of key population-led PrEP delivery to prevent HIV among MSM in Thailand. The Lancet Regional Health Southeast Asia, 7:100097. DOI: 10.1016/j.lansea.2022.100097

13.5 องค์กรที่ยืดหยุ่น

องค์กรที่อยู่ได้นานคือองค์กรที่มีการกำกับดูแลที่ดี มีผู้นำรุ่นต่อไป มีความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน และมีวัฒนธรรมการเรียนรู้ ความยั่งยืนไม่ใช่แค่เรื่องเงิน แต่คือเรื่องความสามารถในการปรับตัว

กรณีศึกษา จากทุนก้อนเดียวสู่โมเดลผสม

ตัวอย่างสมมติเพื่อการเรียนรู้ ไม่ใช่บุคคลจริง

CBO แห่งหนึ่งเคยพึ่งทุนก้อนเดียว เมื่อทุนใกล้หมดจึงเริ่มกระจายแหล่งทุน พาผู้ให้บริการเข้าสู่การรับรองในระบบ และเจรจาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ การเปลี่ยนผ่านนี้ทำให้องค์กรอยู่ต่อได้แม้ทุนเดิมจะหมดลง

กล่องเครื่องมือ สิ่งที่น่าไปทำต่อได้ทันที

เครื่องมือด้านความยั่งยืน

- แบบประเมินความยั่งยืนขององค์กรด้วยตนเอง
- แผนที่การกระจายแหล่งทุน
- เช็กलिस्टการรักษากำลังคนและการดูแลความเป็นอยู่

เช็กलिस्टความพร้อม

องค์กรพร้อมเรื่องความยั่งยืนแค่ไหน

- ☐ เรามีแผนรักษากำลังคนและเส้นทางการรับรอง
- ☐ เรามีแหล่งทุนมากกว่าหนึ่งแหล่ง ไม่พึ่งพาแหล่งเดียว
- ☐ เรามีแผนหรือเส้นทางเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ
- ☐ เรามีผู้นำรุ่นต่อไปและการกำกับดูแลที่ชัดเจน

ข้อควรระวัง กับดักที่พบบ่อย

- พึ่งพาผู้ให้ทุนรายเดียวจนเปราะบาง
- ไม่มีการเตรียมผู้นำรุ่นต่อไป
- วิ่งตามทุนจนหลุดจากพันธกิจเดิม
- ละเลยความเป็นอยู่ของทีมจนคนเก่งทยอยลาออก

กิจกรรมชวนคิดและลงมือทำ

ร่างรายการสิ่งที่ต้องทำด้านความยั่งยืนในรอบ 12 เดือนข้างหน้า แยกเป็นสามหมวด คือ คน เงิน และระบบ แล้วเลือกสามอย่างที่สำคัญที่สุดมาลงมือก่อน

คำถามทบทวน

1. ทำไมความยั่งยืนจึงต้องมองทั้งคน เงิน และระบบไปพร้อมกัน
2. การเข้าสู่ระบบของประเทศมีทั้งโอกาสและความเสี่ยงอะไรบ้าง
3. องค์กรคุณจะเตรียมผู้นำรุ่นต่อไปอย่างไร

บันทึกสำหรับผู้อำนวยความสะดวก

ปิดท้ายด้วยการให้ผู้เรียนนำสิ่งที่ได้จากทั้ง 13 โมดูลมาเชื่อมเป็นแผนลงมือของตัวเอง โมดูลนี้ควรจบลงด้วยความรู้สึกว่ามีเส้นทางที่ทำได้จริง ไม่ใช่แค่ความรู้

ก้าวต่อไป

หลักสูตรนี้ไม่ได้ออกแบบมาให้อ่านจบแล้ววางไว้บนชั้น แต่ออกแบบมาให้นำไปลงมือทำ ลองเริ่มจากการชวนทีมทบทวนใบงานจุดยืนในโมดูลที่ 1 อีกครั้ง แล้วเลือกหนึ่งชั้นของ cascade ที่องค์กรคุณพร้อมเริ่มที่สุด ใช้เช็คลิสต์ความพร้อมของชั้นนั้นเป็นแผนที่ และค่อย ๆ ขยายไปที่ละชั้นตามจังหวะที่องค์กรไหวจริง

จำไว้ว่าไม่มีองค์กรไหนเริ่มต้นด้วยความพร้อมครบทุกด้าน สิ่งที่สำคัญกว่าความสมบูรณ์แบบคือการเริ่มจากความไว้วางใจ การวางตาข่ายนิรภัยให้มั่นคง และการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังในรอยต่อของการดูแล

**บริการที่นำโดยชุมชน ไม่ใช่ทางเลือกสำรองของระบบสุขภาพ
แต่เป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบ**

อยากแลกเปลี่ยนหรือเรียนรู้เพิ่มเติมกับ SWING Academy ติดต่อได้ที่ swingthailand.org หรือ swing@swingth.org

บรรณานุกรม

รายการอ้างอิงด้านล่างจัดกลุ่มตามหัวข้อ เพื่อให้ค้นต่อได้สะดวก ข้อมูลวิจัยคงไว้เป็นภาษาอังกฤษตามต้นฉบับ ตัวเลขในวงเล็บคือปีที่เผยแพร่ และระบุเลขอ้างอิงดิจิทัล (DOI) ไว้เมื่อมี

บริการที่นำโดยชุมชนและโมเดล KPLHS ในประเทศไทย

- Vannakit R, Janyam S, Linjongrat D, Chanlearn P, Sittikarn S, Pengnonyang S, et al. (2020). Give the community the tools and they will help finish the job: key population-led health services for ending AIDS in Thailand. *Journal of the International AIDS Society*, 23(6):e25535. DOI: 10.1002/jia2.25535
- Phanuphak N, Ramautarsing R, Chinbunchorn T, Janamnuyaysook R, Pengnonyang S, Termvanich K, et al. (2020). Implementing a status-neutral approach to HIV in the Asia-Pacific. *Current HIV/AIDS Reports*, 17(5):422-430. DOI: 10.1007/s11904-020-00516-z
- Pengnonyang S, Ramautarsing RA, Janyam S, Chaisalee T, Termvanich K, Lujintanon S, et al. (2022). Certification of lay providers to deliver key population-led HIV services in Thailand national healthcare system: lessons learned. *Journal of the International AIDS Society*, 25(S5):e25965. DOI: 10.1002/jia2.25965
- Wongkanya R, Pankam T, Wolf S, Pattanachaiwit S, Jantarapakde J, Pengnonyang S, et al. (2018). HIV rapid diagnostic testing by lay providers in a key population-led health service programme in Thailand. *Journal of Virus Eradication*, 4(1):12-15.
- Janamnuyaysook R, Green KE, Seekaew P, Vu BN, Van Ngo H, Doan HA, et al. (2021). Demedicalisation of HIV interventions to end HIV in the Asia-Pacific. *Sexual Health*, 18(1):13-20. DOI: 10.1071/SH20172

Princess PrEP และบริการป้องกันที่นำโดยชุมชน

- Phanuphak N, Sungsing T, Jantarapakde J, Pengnonyang S, Trachunthong D, Mingkwanrungruang P, et al. (2018). Princess PrEP program: the first key population-led model to deliver pre-exposure prophylaxis to key populations by key populations in Thailand. *Sexual Health*, 15(6):542-555. DOI: 10.1071/SH18065
- Ramautarsing RA, Meksena R, Sungsing T, Chinbunchorn T, Sangprasert T, Fungfoosri O, et al. (2020). Evaluation of a pre-exposure prophylaxis programme for men who have sex with men and transgender women in Thailand: learning through the HIV prevention cascade lens. *Journal of the International AIDS Society*, 23(S3):e25540. DOI: 10.1002/jia2.25540
- Versteegh L, Amatavete S, Chinbunchorn T, Thammasiha N, Mukherjee S, Popping S, et al. (2022). The epidemiological impact and cost-effectiveness of key population-led PrEP delivery to prevent HIV among men who have sex with men in Thailand: a modelling study. *The Lancet Regional Health Southeast Asia*, 7:100097. DOI: 10.1016/j.lansea.2022.100097

การเข้าถึงทางออนไลน์และการตรวจด้วยตนเอง

- Phanuphak N, Anand T, Jantarapakde J, Nitpolprasert C, Himmad K, Sungsing T, et al. (2018). What would you choose: online or offline or mixed services? Feasibility of online HIV counselling and testing among Thai MSM and TGW. *Journal of the International AIDS Society*, 21(S5):e25118. DOI: 10.1002/jia2.25118

- Girault P, Misa Wong C, Jittjang S, Fongkaew K, Cassell MM, Lertpiriyasuwat C, et al. (2021). Uptake of oral fluid-based HIV self-testing among MSM and transgender women in Thailand. PLOS ONE, 16(8):e0256094. DOI: 10.1371/journal.pone.0256094
- Eshun-Wilson I, Awotiwon AA, Germann A, Amankwaa SA, Ford N, Schwartz S, et al. (2020). Comparing the effects of HIV self-testing to standard HIV testing for key populations: a systematic review and meta-analysis. BMC Medicine, 18:381. DOI: 10.1186/s12916-020-01835-z
- World Health Organization (2016). Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: WHO.

การเริ่มยาเร็วและการรักษาในวันเดียว (SDART)

- Seekaew P, Nguyen E, Sungsing T, Jantarapakde J, Pengnonyang S, Trachunthong D, et al. (2021). Same-day antiretroviral therapy initiation hub model at the Thai Red Cross Anonymous Clinic in Bangkok, Thailand. Journal of the International AIDS Society, 24(12):e25869. DOI: 10.1002/jia2.25869
- Lujintanon S, Amatavete S, Thitipatarakorn S, Puthanakit T, Songtaweessin WN, Chaisalee T, et al. (2022). Key population-led community-based same-day antiretroviral therapy (CB-SDART) initiation hub in Bangkok, Thailand: a protocol for a hybrid type 3 implementation trial. Implementation Science Communications, 3:105. DOI: 10.1186/s43058-022-00352-9
- Amatavete S, Lujintanon S, Teeratakulpisarn N, Thitipatarakorn S, Seekaew P, Hanaree C, et al. (2021). Evaluation of the integration of telehealth into the same-day antiretroviral therapy initiation service in Bangkok, Thailand in response to COVID-19. Journal of the International AIDS Society, 24(S6):e25816. DOI: 10.1002/jia2.25816
- Ford N, Migone C, Calmy A, Kerschberger B, Kanters S, Nsanzimana S, et al. (2018). Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. AIDS, 32(1):17-23. DOI: 10.1097/QAD.0000000000001671
- World Health Organization (2017). Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: WHO.
- INSIGHT START Study Group; Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. (2015). Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. New England Journal of Medicine, 373(9):795-807. DOI: 10.1056/NEJMoa1506816
- Rosen S, Maskew M, Larson BA, Sokolova K, Mfana M, Beattie K, et al. (2020). A clinical algorithm for same-day HIV treatment initiation in settings with high TB symptom prevalence in South Africa: the SLATE II individually randomized clinical trial. PLOS Medicine, 17(5):e1003226. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003226

U=U ตรวจไม่พบเท่ากับไม่แพร่เชื้อ

- Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. The Lancet, 393(10189):2428-2438. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0
- Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, Grinsztejn B, Prestage GP, Zablotska-Manos IB, et al. (2018). Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study (Opposites Attract). The Lancet HIV, 5(8):e438-e447. DOI: 10.1016/S2352-3018(18)30132-2

UNAIDS (2018). Undetectable = untransmittable: public health and HIV viral load suppression. Geneva: UNAIDS.

หลักฐานประสิทธิภาพของ PrEP และแนวทาง PEP

Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. (2010). Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men (iPrEx). New England Journal of Medicine, 363(27):2587-2599. DOI: 10.1056/NEJMoa1011205

McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. (2016). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD). The Lancet, 387(10013):53-60. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00056-2

Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. (2015). On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection (ANRS IPERGAY). New England Journal of Medicine, 373(23):2237-2246. DOI: 10.1056/NEJMoa1506273

Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M, et al. (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study). The Lancet, 381(9883):2083-2090. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61127-7

World Health Organization (2015). WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP). Geneva: WHO.

World Health Organization (2024). Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-009513-7.

การดูแลต่อเนื่อง การคงอยู่ในระบบ และเป้าหมายระดับโลก

Lujintanon S, Amatawete S, Leenasirimakul P, Meechure J, Noopetch P, Sangtong S, et al. (2023). Acceptability and retention of the key population-led HIV treatment service for men who have sex with men and transgender women living with HIV in Thailand. Journal of the International AIDS Society, 26(2):e26062. DOI: 10.1002/jia2.26062

Teeraananchai S, Boettiger DC, Lertpiriyasuwat C, Triamwichanon R, Benjarattanaporn P, Phanuphak N. (2025). The impact of same-day and rapid ART initiation under the Universal Health Coverage programme on HIV outcomes in Thailand. Journal of the International AIDS Society, 28(1):e26406. DOI: 10.1002/jia2.26406

Frescura L, Godfrey-Faussett P, Feizzadeh AA, El-Sadr W, Syarif O, Ghys PD. (2022). Achieving the 95-95 targets for all: a pathway to ending AIDS. PLOS ONE, 17(8):e0272405. DOI: 10.1371/journal.pone.0272405

สิทธิ การติดตาม และปัจจัยเชิงโครงสร้าง

Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. (2015). Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. The Lancet, 385(9962):55-71. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60931-4

Shannon K, Crago AL, Baral SD, Bekker LG, Kerrigan D, Decker MR, et al. (2018). The global response and unmet actions for HIV and sex workers. The Lancet, 392(10148):698-710. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31439-9

Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. BMC Medicine, 17:25. DOI: 10.1186/s12916-019-1256-2

Logie CH, James L, Tharao W, Loutfy MR. (2011). HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: a qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada. PLOS Medicine, 8(11):e1001124. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001124

Brown G, Reeders D, Cogle A, Allan B, Howard C, Rule J, et al. (2021). Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. PLOS ONE, 16(12):e0260555. DOI: 10.1371/journal.pone.0260555

ระบาดวิทยา ประชากรหลัก และบริบทประเทศไทย

Baral S, Beyrer C, Muessig K, Poteat T, Wirtz AL, Decker MR, et al. (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infectious Diseases, 12(7):538-549. DOI: 10.1016/S1473-3099(12)70066-X

UNAIDS (2024). Global AIDS Update 2024, Asia and the Pacific regional profile. Geneva: UNAIDS.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand (2024). HIV/AIDS situation Thailand 2023 factsheet. Bangkok: DDC, MoPH.

การลดอันตราย การติดตามที่ชุมชนเป็นเจ้าของ และวัคซีนโรค

MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. (2012). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. BMJ, 345:e5945. DOI: 10.1136/bmj.e5945

Hayashi K, Ti L, Ayutthaya PPN, Suwannawong P, Kaplan K, Small W, Kerr T. (2017). Barriers to retention in methadone maintenance therapy among people who inject drugs in Bangkok, Thailand. Harm Reduction Journal, 14:63. DOI: 10.1186/s12954-017-0189-3

WHO, UNODC, UNAIDS (2012). Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision. Geneva: WHO.

UNAIDS (2021). Establishing community-led monitoring of HIV services: principles and process. Geneva: UNAIDS.

World Health Organization (2011). Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Geneva: WHO.

World Health Organization (2020). WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention, tuberculosis preventive treatment. Geneva: WHO.

World Health Organization (2022). Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-005239-0.