

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

คุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

สถาบันบำราศนราดูร

Quality of care for people with HIV infection and AIDS receiving antiretroviral therapy in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

ชาญชัย อัจจสอน พย.ม.*

Chanchai Ardsorn M.N.S.*

รัชณี นามจันตรา พย.ด.**

Rachanee Namjuntra D.N.S.**

นิภา กิมสูงเนิน ส.ด.**

Nipa Kimsungnoen Dr.P.H.**

*นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

*Master of Nursing Science in Adult Nursing,

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์

Rangsit University

มหาวิทยาลัยรังสิต

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**School of Nursing, Rangsit University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสรายใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ที่สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี เลือกแบบสุ่มอย่างง่ายจากเลขทะเบียนผู้ป่วย จำนวน 249 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกคุณภาพการดูแลเชิงกระบวนการ และแบบบันทึกคุณภาพการดูแลเชิงผลลัพธ์ เก็บข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Friedman test และ Wilcoxon-signed rank test ผลการศึกษาคุณภาพการดูแลเชิงกระบวนการพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับความรู้และคำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัส ร้อยละ 85.7 และ 100 ได้รับคำแนะนำเรื่องการเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนประจำและการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 53.0 และ 39.4 ตามลำดับ ส่วนการดูแลขณะได้รับยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการประเมินและติดตามการกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ร้อยละ 95.2 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัส ร้อยละ 78.8 ได้รับการคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 98.0 ร้อยละ 97.6 และ 95.2 ตามลำดับ ได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และได้รับการให้ข้อมูลเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ร้อยละ 94.8 และ 94.0 ตามลำดับ ได้รับการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดครบทุกครั้ง ร้อยละ 53.8 และ 0.8 ตามลำดับ ได้รับการประเมินและส่งปรึกษาปัญหาสุขภาพครบทุกครั้ง ร้อยละ 90.8 และ 100 ตามลำดับ มีการติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน และการติดตามระดับ VL ปีละครั้ง ร้อยละ 90.0 และ 35.7 ตามลำดับ สำหรับคุณภาพการดูแลเชิงผลลัพธ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ร้อยละ 91.2 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินว่า มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส $\geq 95\%$ ทุกครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 55.8 การมาตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอทุกครั้ง ร้อยละ 47.0 และตรวจพบเชื้อดีเอดส์ ร้อยละ 8.4 ระดับ CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัส มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการติดตามระดับ

viral load พบว่า มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะการพัฒนากระบวนการดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส มาตรวจตามนัด และได้รับการตรวจติดตามประสิทธิผลของการรักษาตามกำหนด

Abstract

This descriptive research aimed to study the quality of process and outcome of care for people with HIV infection and AIDS (PHA) receiving antiretroviral therapy (ART) in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Nonthaburi Province, Thailand. The 249 medical records were selected with simple random sampling method from the records of PHA who were new cases starting ART during October 2014–September 2016. Research instruments included patient information form, care–process quality record form, and care–outcome quality record form. Data were collected from the medical records and were analyzed by descriptive statistics, Friedman test and Wilcoxon–signed rank test. Research results related to the quality of care–process revealed that 85.7% of PHA received ARV knowledge and 100% of PHA counseling to prepare for starting ART. They were advised to disclose their infection to their partners and to have family–planning for 53.0% and 39.4% respectively. The quality of care–process during ART was as follows: 95.2% of the PHA were followed up for drug adherence and 78.8% received information about taking antiretroviral drugs (ARV). They were regularly screened for opportunistic infections, comorbidity and sexually transmitted diseases (STDs) for 98.0%, 97.6% and 95.2% of them respectively. 94.8% were assessed for sexual risk behaviors of STDs and 94.0% were advised to have safe sex. They were also assessed for risk behaviors such as alcohol consumption/smoking and drug addiction for 53.8% and 0.8% of them respectively. Most of them (90.8%) were regularly assessed for health problems and those who had health problems were sent to specialist for consultations. Regularity of investigation on CD4 every 6 months and viral load once a year was observed in 90.0% and 35.7% of cases respectively. For the quality of care–outcomes, it was found that drug adherence rate was 91.2%, while 55.8% of the PHA were consistently assessed as good drug adherence ($\geq 95\%$), 47.0% had regular follow–up and 8.4% were founded to have ARV drug resistance. CD4 levels after ART were significantly higher than those prior to the therapy and viral load levels significantly decreased after ART. The study recommends the development of the care system to increase follow up rate and increase assessment of ART effectiveness as indicated.

คำสำคัญ

คุณภาพการดูแล, คุณภาพการดูแลเชิงกระบวนการ, คุณภาพการดูแลเชิงผลลัพธ์, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส

Key words

quality of care, process quality of care, outcome quality of care, people with HIV infection and AIDS receiving antiretroviral therapy

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีซึ่งนำไปสู่โรคเอดส์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกตั้งแต่เริ่มมีการระบาดจนถึงปี ค.ศ. 2017 มีจำนวนประมาณ 70 ล้านคน เสียชีวิตแล้ว 35 ล้านคน และยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 36.1 ล้านคน⁽¹⁾ จากรายงานของสำนักกระบาดวิทยา พ.ศ. 2559 ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 427,332 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,268 คน เสียชีวิต 15,776 คน ซึ่งมีการคาดการณ์ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีแนวโน้มการเสียชีวิตลดลง ส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูงเพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสใน พ.ศ. 2559 ทั่วโลกประมาณ 20 ล้านคน⁽²⁾ ส่วนในประเทศไทยมีจำนวน 222,525 คน⁽³⁾ การเข้าถึงยาต้านไวรัสที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลที่มีการพัฒนาขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ได้มีการดำเนินการและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เริ่มมีการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535⁽⁴⁾ โดยเริ่มจากการใช้ยาต้านไวรัสชนิดเดี่ยว และมีการจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมุ่งเน้นที่เวชปฏิบัติของแพทย์ด้านการรักษาตามอาการ หรือตามโรคแทรกซ้อนให้มีมาตรฐานเดียวกัน⁽⁵⁾ ปี พ.ศ. 2543 ได้เพิ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบสามชนิด กอปรกับการนำระบบบริการสุขภาพภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติมาใช้ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงยาต้านไวรัสเพิ่มมากขึ้น มีชีวิตรอดมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ระดับ viral load ในร่างกายลดลง และภูมิคุ้มกัน (CD4) สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะต้องกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การรักษาจึงจะมี

ประสิทธิภาพ และป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา จึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽⁵⁾ และในปี พ.ศ. 2549 มีการพัฒนารูปแบบคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (Quality of HIV care: HIVQUAL-T) โดยกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIVQUAL-T indicator) เพื่อเพิ่มคุณภาพของผลลัพธ์การรักษา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้บริการตามรูปแบบคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการได้รับยาต้านไวรัส ด้วยการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจวินิจฉัย การให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด และให้การดูแลและติดตามผลการรักษา โดยการประเมินการกินยาต้านไวรัส อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส และพฤติกรรมเสี่ยง ร่วมกับการคัดกรองการติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคร่วม นอกจากนั้นพยาบาลยังเป็นผู้ติดต่อประสานงานการดูแลรักษาตามแผนการรักษา และส่งปรึกษาตามแผนกต่างๆ ตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

สถาบันบำราศนราดูร สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันหลักที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสถาบันได้มีการพัฒนาตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ และองค์กรต่างประเทศ มีการดำเนินงานและติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้ตัวชี้วัด HIVQUAL-T⁽⁶⁾ และจากการทบทวนงานวิจัย มีการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้ตัวชี้วัดดังกล่าว⁽⁷⁻⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามบทบาทของพยาบาลโดยเฉพาะ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยใช้แนวคิดคุณภาพการดูแลของ

โดนาบิเดียน⁽⁹⁾ ซึ่งประกอบด้วย คุณภาพการดูแลเชิงโครงสร้าง เชิงกระบวนการ และเชิงผลลัพธ์ ทั้งสามองค์ประกอบมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โครงสร้างที่ดีจะส่งผลให้กระบวนการดี กระบวนการที่ดี ก็จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

การศึกษานี้ศึกษาคุณภาพการดูแลทางกายภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ผลของงานวิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพการดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลเชิงกระบวนการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้แก่ กิจกรรมการดูแลในการเตรียมความพร้อมก่อนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การดูแลติดตามขณะได้รับยาต้านไวรัส และศึกษาคุณภาพเชิงผลลัพธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส ความสม่ำเสมอในการมาตรวจติดตาม การดื้อยาต้านไวรัส การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับ CD4 และระดับ viral load

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพเชิงกระบวนการ และเชิงผลลัพธ์ของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลของโดนาบิเดียน กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสรายใหม่ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ที่สถาบันบำราศนราดูร จำนวนทั้งหมด 870 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 274 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายจากเลขทะเบียนผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก มีจำนวนทั้งหมด 249 ราย โดยมีอายุมากกว่า 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และผ่านขั้นตอนตามระบบการตรวจเอชไอวีของสถาบัน มีผลการตรวจ

ระดับ CD4 ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ไม่เป็นโรคประจำตัว ที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันและเบาหวานก่อนได้รับยาต้านไวรัส และไม่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ทราบผลการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ. ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ใช้บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลการได้รับยาต้านไวรัส

2. แบบบันทึกคุณภาพการดูแลเชิงกระบวนการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยพิจารณาจากตัวชี้วัด การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIVQUAL-T version 5) ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค⁽¹⁰⁾ ประกอบไปด้วย กิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนการกินยาต้านไวรัส 6 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ได้รับและไม่ได้รับ และกิจกรรมการดูแลติดตามขณะได้รับยาต้านไวรัส 17 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ ได้รับครบ ได้รับไม่ครบ และไม่ได้รับ โดยจะมี 2 ข้อ ที่มีคำตอบ non-applicable (NA) ให้เลือกเพิ่ม การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า content validity index เท่ากับ 0.94

3. แบบบันทึกคุณภาพการดูแลเชิงผลลัพธ์ ประกอบด้วย 6 ข้อ ได้แก่ (1) ความสม่ำเสมอในการกินยา บันทึกเป็นจำนวนครั้งที่ได้รับการประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา และจำนวนครั้งที่กินยาต้านไวรัส สม่ำเสมอ $\geq 95\%$ (ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา) (2) ความสม่ำเสมอในการมาตรวจติดตาม มีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ มาตรวจตามนัดทุกครั้ง มาตรวจตามนัดเป็นบางครั้ง และไม่มาตรวจตามนัด (3) การดื้อยาต้านไวรัส มีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ พบเชื้อดื้อยา ไม่พบเชื้อดื้อยา และไม่ได้ส่งตรวจ (4) การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส และมีการติดเชื้อฉวยโอกาส (5) ระดับ CD4 ก่อนการได้รับยาต้านไวรัส และหลังได้รับยาต้านไวรัส ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 2 และครั้งล่าสุด (6) ระดับ viral load หลังได้รับยาต้านไวรัสครั้งแรกและครั้งล่าสุด

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ สถิติทดสอบ Friedman test และ Wilcoxon-signed rank test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ทั้งหมด 249 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 มีอายุระหว่าง 19-65 ปี อายุเฉลี่ย 38 ปี (SD 9.8) พบกลุ่มอายุ 19-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 59.8 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 57.4 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑล ร้อยละ 72.7 ใช้สิทธิการรักษาประเภทประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 57.4 ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีมานาน 17-49 เดือน เฉลี่ย 28.8 เดือน (SD 7.2) มีปัจจัยเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์แบบชายกับหญิง ร้อยละ 52.2 พบโรคร่วมก่อนได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 12.9 ได้แก่ โรคซิฟิลิสและความดันโลหิตสูง พบการติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนที่จะเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 40.9 พบมากที่สุด ได้แก่ วัณโรค และโรคปอดอักเสบจากเชื้อรา

สูตรยาต้านไวรัสที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มได้รับครั้งแรก ส่วนใหญ่ประกอบด้วยยา tenofovir (TDF), lamivudine (3TC) และ efavirenz (EFV) ร้อยละ 49.4 และสูตรยาต้านไวรัสล่าสุดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด ประกอบด้วยยา tenofovir, emtricitabine (FTC) และ efavirenz ร้อยละ 52.6 การเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.1 เป็นการเปลี่ยนสูตรยาตามแผนการรักษา (เช่น แพทย์เลือกให้ยาต้านไวรัสสูตรรวมในเม็ดเดียว) รองลงมา ร้อยละ 33.8 มีสาเหตุมาจากอาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส และร้อยละ 23.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมหลังกินยาต้านไวรัส ซึ่งพบมากที่สุดคือ ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 11.2

ผลการศึกษาคคุณภาพการดูแลเชิงกระบวนการ

การเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาต้านไวรัส พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัส และการซักประวัติ คัดกรองโรคประจำตัวและโรคร่วมทุกคน (ร้อยละ 100) ได้รับข้อมูลหรือความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 96.4 ได้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคม เศรษฐฐานะ ร้อยละ 85.7 ได้รับคำแนะนำเรื่องการเปิดเผยผลเลือดกับคู่่นอนประจำ และการแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 53.0 และร้อยละ 39.4 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับการเตรียมความพร้อม ก่อนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (n = 249)

การเตรียมความพร้อมก่อนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	ได้รับ	ไม่ได้รับ
	n (%)	n (%)
การให้ความรู้เกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัส	249 (100)	0
การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคม เศรษฐฐานะ	213 (85.7)	36 (14.3)
การซักประวัติ คัดกรอง โรคประจำตัวและโรคร่วม	249 (100)	0
การให้คำแนะนำเรื่องการเปิดเผยผลเลือดกับคู่่นอนประจำ	132 (53.0)	117 (47.0)
การแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว	98 (39.4)	151 (60.6)
การให้ข้อมูลหรือความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง	240 (96.4)	9 (3.6)

คุณภาพการดูแลติดตามขณะได้รับยาต้านไวรัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินและติดตามการกินยาอย่างสม่ำเสมอ (drug adherence) ครบทุกครั้ง ร้อยละ 95.2 ได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัส รวมถึงได้รับการประเมิน และติดตามผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ร้อยละ 94.0 เมื่อเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส ได้รับการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัสครบทุกครั้ง ร้อยละ 78.8

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 98.0 โรคร่วมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ครบทุกครั้ง ร้อยละ 97.6 และ 95.2 ตามลำดับ ได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพทุกครั้ง ร้อยละ 90.8

ได้รับข้อมูลคำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และการดูแลสุขภาพตนเองทุกครั้ง ร้อยละ 94.0 และ 1.2 ตามลำดับ ได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การดื่มสุรา/สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ร้อยละ 94.8 ร้อยละ 53.8 และ ร้อยละ 0.80 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพ ได้รับการส่งปรึกษาในแผนกตามปัญหาทุกราย (ร้อยละ 100) ได้รับการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ได้รับการติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน และระดับ viral load ทุกปี ร้อยละ 6.8 ร้อยละ 90.0 และร้อยละ 35.7 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความครบถ้วนของการได้รับการดูแลและติดตามขณะได้รับยาต้านไวรัส

ข้อมูลคุณภาพการดูแลเชิงกระบวนการ	n	ได้รับครบ	ได้รับไม่ครบ	ไม่ได้รับ
		n (%)	n (%)	n (%)
การประเมินและติดตาม drug adherence อย่างสม่ำเสมอ	249	237 (95.2)	12 (4.8)	0
การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัส	249	234 (94.0)	15 (6.0)	0
การประเมิน และติดตามผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส	249	234 (94.0)	15 (6.0)	0
การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัสเมื่อเปลี่ยนสูตรยา	156	123 (78.8)	21 (13.4)	12 (7.7)
การคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	249	244 (98.0)	5 (2.0)	0
การตรวจคัดกรองโรคร่วม	249	243 (97.6)	6 (2.4)	0
การคัดกรองอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	249	237 (95.2)	12 (4.8)	0
การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	249	236 (94.8)	13 (5.2)	0
การให้ข้อมูลคำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย	249	234 (94.0)	15 (6.0)	0
การประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่	249	134 (53.8)	115 (46.2)	0
การประเมินการใช้สารเสพติด	249	2 (0.8)	247 (99.2)	0
การประเมินปัญหาสุขภาพ	249	226 (90.8)	23 (9.2)	0
การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง	249	3 (1.2)	225 (90.4)	21 (8.4)
การส่งผู้ป่วยปรึกษาหรือตรวจในแผนกตามปัญหาสุขภาพ	85	85 (100)	0	0
การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	249	17 (6.8)	228 (91.6)	4 (1.6)
การติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน	249	224 (90.0)	20 (8.0)	5 (2.0)
การติดตามระดับ VL อย่างน้อยปีละครั้ง	249	89 (35.7)	155 (62.3)	5 (2.0)

ผลการศึกษาคุณภาพการดูแลเชิงผลลัพธ์
จำนวนครั้งของการประเมินและติดตาม drug adherence ในกลุ่มตัวอย่างทุกรายรวมกัน คิดเป็น 2,501 ครั้ง ได้รับการประเมินว่า มีความสม่ำเสมอในการกินยา

ต้านไวรัส $\geq 95\%$ จำนวน 2,282 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 91.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินว่า มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส $\geq 95\%$ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55.8 มีความสม่ำเสมอในการมาตรวจตามนัดทุก

ครั้ง ร้อยละ 47.0 ได้รับการตรวจเชื้อดื้อยา ร้อยละ 10.8 ร้อยละ 6.4 พบมากคือ ทุ่งสวัด ร้อยละ 4.4 รองลงมาคือ และตรวจพบเชื้อดื้อยา ร้อยละ 8.4 ทั้งนี้พบว่า กลุ่ม วัฒนโรค ร้อยละ 1.6 (ดังตารางที่ 3) ตัวอย่างเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังได้รับยาต้านไวรัส

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จำแนกตามความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส ความสม่ำเสมอในการมาตรวจติดตาม การเกิดเชื้อดื้อยา และการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (n = 249)

คุณภาพการดูแลเชิงผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
ร้อยละของจำนวนครั้งที่ได้รับการประเมิน		
ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส $\geq 95\%$		
ร้อยละ 100	139	55.8
ร้อยละ 80-99	73	29.3
ร้อยละ 50-79	27	10.8
น้อยกว่าร้อยละ 50	10	4.0
ความสม่ำเสมอในการมาตรวจติดตาม		
มาตรวจตามนัดทุกครั้ง	117	47.0
มาตรวจตามนัดเป็นบางครั้ง	125	50.2
ไม่มาตรวจตามนัด	7	2.8
การดื้อยาต้านไวรัส		
ไม่ได้ส่งตรวจ	222	89.2
ได้รับการส่งตรวจ	27	10.8
พบเชื้อดื้อยา	21	8.4
ไม่พบเชื้อดื้อยา	6	2.4
การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังได้รับยาต้านไวรัส		
ไม่มี	233	93.6
มีการติดเชื้อฉวยโอกาส**	16	6.4
โรคงูสวัด	11	4.4
วัฒนโรค	4	1.6
โรคเริม	2	0.8

หมายเหตุ : **ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจติดตามระดับ CD4 ก่อนได้รับยาต้านไวรัส หลังได้รับยาต้านไวรัสครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งล่าสุด จำนวน 249, 244, 217 และ 152 ราย ตามลำดับ มีค่ามัธยฐานระดับ CD4 120.0 cells/mm³ (IQR 264.0), 263.5 cells/mm³ (IQR 303.2), 347.0 cells/mm³ (IQR 354.0) และ 434.5 cells/mm³ (IQR 338.7) ตามลำดับ การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับ CD4 ระหว่างก่อนการได้รับยา

ต้านไวรัสกับหลังการได้รับยาต้านไวรัสครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งล่าสุด จำนวน 152 ราย ด้วย Friedman test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติพบว่า ระดับ CD4 แต่ละครั้งแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ (ดังตารางที่ 4) เมื่อทดสอบด้วย Wilcoxon-signed rank test พบว่า ระดับ CD4 สูงขึ้นทุกครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับ CD4 ระหว่าง ก่อนได้รับยาต้านไวรัส หลังการได้รับยาต้านไวรัสครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งล่าสุดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Friedman test (n = 152)

ระดับ CD4	Median (cells/mm ³)	IQR	Mean rank	chi-square	p-value
ก่อนได้รับยาต้านไวรัส	120.0	264.0	1.2	314.8	<0.001
หลังได้รับยาต้านไวรัสครั้งที่ 1	263.5	303.2	2.2		
หลังได้รับยาต้านไวรัสครั้งที่ 2	347.0	354.0	3.0		
หลังได้รับยาต้านไวรัสครั้งล่าสุด	434.5	338.7	3.7		

สำหรับการติดตามระดับ viral load ครั้งแรก หลังได้รับยาต้านไวรัส (มากกว่า 6 เดือน) มีค่าระหว่าง 20-1290000 copies/ml ค่ามัธยฐาน 20 copies/ml (IQR 23) และครั้งล่าสุด มีค่าระหว่าง 20-435000 copies/ml ค่ามัธยฐาน 20 copies/ml (IQR 0) เมื่อ

เปรียบเทียบระดับ viral load ระหว่างครั้งแรกกับครั้งล่าสุด หลังการได้รับยาต้านไวรัส ด้วยสถิติ Wilcoxon-signed rank test พบว่า ระดับ viral load ครั้งล่าสุดต่ำกว่าครั้งแรก หลังได้รับยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับ Viral load ระหว่างการติดตามครั้งแรกและครั้งล่าสุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หลังการได้รับยาต้านไวรัสโดยใช้สถิติ Wilcoxon-signed rank test (n = 206)

ระดับ	Min (copies/ml)	Max (copies/ml)	Median (copies/ml)	IQR	Mean Rank	Sum Rank	Z test	p-value
หลังได้รับยาต้าน ครั้งแรก	20	1290000	20	23	42.8	644.5	35.9	<0.001
หลังได้รับยาต้าน ครั้งล่าสุด	20	435000	20	0	47.9	3726.5		

วิจารณ์

คุณภาพการดูแลเชิงกระบวนการ

ผลการศึกษาคูณภาพการดูแลเชิงกระบวนการ พบว่า การเตรียมความพร้อมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัส การซักประวัติคัดกรองโรคประจำตัวและโรคร่วม และการให้ข้อมูลความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพมีคุณภาพดีมาก ผู้ป่วยได้รับเกือบทุกราย เนื่องจากสถาบันได้ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย มีการจัดระบบการดูแลที่มีหน่วยงานรับผิดชอบเฉพาะ มีอัตราค่าล้างเพียงพอมุมนเวียนให้บริการประจำที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม และที่หน่วยงานแนะแนวและให้คำปรึกษา มีขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน สะดวกและรวดเร็วในการบริการ การมีระบบโครงสร้างการดูแลที่ดี มีผลให้กระบวนการดูแลมีคุณภาพ

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำแนะนำเรื่องการเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนประจำและการวางแผนครอบครัวมีอัตราค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องมาจากแผนกผู้ป่วยนอกเป็นสถานที่ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก อาจไม่เหมาะสมที่จะสอบถามและพูดคุยเรื่องดังกล่าวซึ่งมีความละเอียดอ่อนและเป็นเรื่องส่วนบุคคล

การดูแลติดตามขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสในเรื่องที่เกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัส พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยค่อนข้างสม่ำเสมอทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเห็นความสำคัญของการได้รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และระบบโครงสร้างในการดูแล กำหนดให้พยาบาลเป็นผู้ติดตามและบันทึกการกินยาต้านไวรัสของผู้ป่วย ตลอดจนให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัส อย่างไรก็ตาม เมื่อมี

การเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส ผู้ป่วยบางรายได้รับข้อมูลความรู้ไม่ครบถ้วน (ร้อยละ 13.4) และบางรายไม่ได้รับข้อมูล (ร้อยละ 7.7)

การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การคัดกรองโรคร่วม การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ค่อนข้างครบถ้วน แต่ได้รับการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการประเมินการใช้สารเสพติดค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 53.8 และร้อยละ 0.8) ซึ่งการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้มีความสำคัญเนื่องจากการใช้สารเสพติดจะกระตุ้นการมีเพศสัมพันธ์ลดการยับยั้งใจ นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หลังดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดแล้วมีอาการมึนเมา อาจทำให้ลืมกินยาต้านไวรัสหรือกินไม่ตรงเวลาได้⁽¹¹⁾ การดื่มสุราร่วมกับการกินยาต้านไวรัสกลุ่ม Non-Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดพิษต่อตับจากการเกิด mitochondrial toxicity ได้⁽¹²⁾ และที่สำคัญยาเสพติดยังมีผลต่อกลไกการดูดซึมของยาต้านไวรัส ทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา เช่น มอร์ฟีนและเฮโรอีน มีผลยับยั้งการดูดซึมของยาต้านไวรัส ritonavir⁽¹³⁾ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่า พยาบาลได้มีการประเมินพฤติกรรมเหล่านี้ตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ารับบริการ แต่เมื่อมีการติดตามต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลับได้รับการประเมินพฤติกรรมดังกล่าวลดลง จึงควรสร้างความตระหนักให้เล็งเห็นความสำคัญของการประเมินและการทบทวนกระบวนการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดให้เหมาะสม รวมถึงการให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลและคำแนะนำการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการให้ข้อมูลคำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยในสัดส่วนที่สูง (ร้อยละ 94.0-95.2) ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมความพร้อม และทุกครั้งที่มาติดตามการรักษา รวมถึง

สถาบันมีการจัดบริการแจกถุงยางอนามัยเพื่อส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตามพบว่า หลังได้รับยาต้านไวรัสผู้ป่วยติดเชื้อโรคซิฟิลิส จำนวน 11 ราย เป็นเพศชายที่มีเพศสัมพันธ์แบบชายกับชายทั้งหมด แสดงถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อและรับเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์อื่น หรือเชื้อเอชไอวีตื้อยาต้านไวรัสจากคู่นอนได้ ทำให้ยาต้านไวรัสที่ได้รับมีประสิทธิภาพลดลงและเกิดการดื้อยา⁽¹⁴⁾ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนี้อาจจะเนื่องมาจากระบบโครงสร้างที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และสถานที่เหมาะสมในการให้ข้อมูล จึงควรมีการจัดสถานที่เฉพาะและมีพยาบาลประจำเพื่อซักประวัติ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูล มีการเน้นในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และควรมีการประเมินคุณภาพกระบวนการให้คำปรึกษา และการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อการปรับปรุงระบบการดูแล

คุณภาพการดูแลเชิงผลลัพธ์

กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดทุกครั้งเพียงร้อยละ 47.0 ซึ่งการไม่มาตรวจตามนัดอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามประสิทธิภาพของการรักษา และการเกิดผลข้างเคียงไม่เป็นไปตามกำหนด เนื่องจากการนัดตรวจแต่ละครั้ง จะมีกระบวนการในการดูแลและติดตามประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่น การตรวจระดับ CD4 ระดับ viral load และการตรวจหาฮีนตื้อยา เป็นต้น มีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสที่มีต่อร่างกาย ทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ผลการตรวจจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครบถ้วน เพียงร้อยละ 6.8 ได้รับการตรวจระดับ viral load ครบตามกำหนด ร้อยละ 35.7 การไม่มาตรวจตามนัด ยังอาจทำให้ผู้ป่วยมียาต้านไวรัสไม่เพียงพอและกินยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส $\geq 95\%$ ทุกครั้ง มีร้อยละ 55.8 การกิน

ยาไม่สม่ำเสมอ จะมีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา และอาจทำให้เชื้อไวรัสดื้อยาได้⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม สถาบัน มีการจัดบริการที่หลากหลายและยืดหยุ่น เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาตรวจตามนัด มารับบริการคลินิก นอกเวลาทำการ หรือแผนกตรวจโรคทั่วไป หรือแผนก จุกเงินได้ทุกวัน ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์เพื่อขอเลื่อน วันนัดหมายได้ และหากผู้ป่วยไม่มาตรวจตามวันนัด เจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์ติดตามตามหมายเลขที่แจ้งไว้ แต่พบว่า บ่อยครั้งมีการเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์ จึงไม่ สามารถติดตามได้ ทั้งนี้สถาบันควรมีระบบที่คอย แจ้งเตือนผู้ป่วยก่อนถึงวันนัด และมีการสอบถาม หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้อยู่เสมอ รวมถึง ควรมีการเพิ่มการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความ สำคัญของการมาตรวจตามนัด

การติดตามระดับ CD4 หลังได้รับยาต้านไวรัส พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นเรื่อย ๆ และระดับ viral load ของ ผู้ป่วยลดลง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของยาต้าน ไวรัส และกระบวนการดูแลที่มีคุณภาพ ดังจะเห็นได้จาก การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังได้รับยาต้านไวรัสมีการ ติดเชื้อ (ร้อยละ 6.4) ลดลงจากก่อนได้รับยาต้านไวรัส ที่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 41.0) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยได้รับการติดตามระดับ viral load ครบตามกำหนด ปีละครั้ง เพียงร้อยละ 35.7 ซึ่งอาจเนื่องมาจากสถาบัน ได้กำหนดให้ผู้ป่วยมาเจาะเลือดติดตามระดับ viral load ก่อนวันนัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจึงต้องเดินทางมาเพื่อตรวจ เลือด และพบแพทย์ถึง 2 ครั้ง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยซึ่ง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานจึงอาจไม่สะดวกที่จะมาตรวจ เลือด ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจระดับ viral load ตามกำหนด

สรุป

การศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส สถาบันบาราคนราดูร พบ ว่า คุณภาพการดูแลเชิงกระบวนการ ในภาพรวมมี คุณภาพดี ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการ

กินยาต้านไวรัส ได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพ ได้รับการประเมินและติดตามการกินยาต้านไวรัส การคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม และโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และได้รับการประเมินปัญหา สุขภาพ ตลอดจนการดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น คุณภาพเชิงกระบวนการเหล่านี้ สะท้อนถึงคุณภาพของ ระบบและโครงสร้างของสถาบัน และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ ที่ดีคือ ระดับ CD4 ของผู้ป่วยสูงขึ้น ระดับ viral load และผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง

กระบวนการดูแลผู้ป่วยบางประการ ควรพัฒนา ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ การประเมินพฤติกรรม การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยง ต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการให้ข้อมูล คำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พยาบาล ควรเพิ่มพูนทักษะในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยในประเด็น ของเพศสัมพันธ์ให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงควรจัดให้มี พยาบาลประจำ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ นำมาซึ่งข้อมูลที่ ตรงตามความเป็นจริง นอกจากนี้สถาบันควรพัฒนาระบบการดูแลที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และได้รับการตรวจติดตามประสิทธิผลของการรักษา ตามกำหนด

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1. การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากการบันทึกที่มี อยู่ในเวชระเบียน และเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ไม่มี การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรง ข้อมูลที่ได้จึงอาจ ไม่ตรงตามความเป็นจริง การดูแลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ บางอย่างอาจไม่ได้มีการบันทึก หรือการบันทึกมีรายละเอียดไม่เพียงพอ ที่จะสื่อถึงกระบวนการที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งหมด

2. การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่สถาบัน บาราคนราดูร ระหว่างปีงบประมาณ 2558 และ 2559 ผลการศึกษาไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มอื่นได้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Data and statistics [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 15]. Available from: <http://www.who.int/hiv/data/en/>
- World Health Organization. Data and statistics [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 10]. Available from: <http://www.who.int/hiv/data/en/>
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19>
- สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมต่น, กนกศักดิ์ วงศ์เป็ง, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, วรณิ ชัยศิริเพ็ญภาค, อุษา โถหินง, และคณะ. โครงการผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2553.
- ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
- สถาบันบำราศนราดูร. รายงานประจำปีสถาบันบำราศนราดูร 2554. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
- จุฑาภรณ์ กัญญาคำ, ธนนรงค์ รัตนโชติพานิช, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, เบญจพร ศิลารักษ์. คุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด. การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานระดับชาติ the 4th annual northeast pharmacy research conference of 2012: Pharmacy profession in harmony; วันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
- อุดม กรมโยธา. การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยโปรแกรม HIVQual-T โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ปีงบประมาณ 2558. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559;3:70-84.
- Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed?. JAMA 1988;260:1743-8.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ตัวชี้วัดของ HIVQUAL-T เวอร์ชัน 5 [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.cqihiv.com/Indicators.aspx>
- Rehm J, Probst C, Shield KD, Shuper PA. Dose alcohol use have a causal effect on HIV incidence and disease progression? A review of the literature and modelling strategy for quantifying the effect. Popul Health Metr 2017;15:1-7.
- ปวีณา สนธิสมบัติ, สุทธิพร ภัทรชยากุล, ชาญกัญ ฟูฒิเลอพงค์, ปรีชา มณฑาทันติกุล, วิชัย สันติมาลี วรกุล, อรรณพ หิรัญดิษฐ์. คู่มือสำหรับเภสัชกร การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: ประชาชน; 2554.
- Foisy M, Tseng A. Interactions between opioids and antiretrovirals [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 15]. Available from: www.hivclinic.ca/main/drugs_interact_files/narc-int.pdf
- Soeters HM, Napravnik S, Zakharova OM, Eron JJ, Hurt CB. Opportunities for sexual transmission of antiretroviral drug resistance among HIV-infected patients in care. AIDS 2013;27: 2873-81.
- Meresse M, March L, Kouanfack C, Bonono R-C, Boyer S, Laborde-Balen G, et al. Patterns of adherence to antiretroviral therapy and HIV drug resistance over time in the Stratall ANRS 12110/ESTHER trial in Cameroon. HIV Med 2014;15:478-87.