

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

Development care model for HIV infected and AIDs patient and Antiretroviral Adherence among HIV infection and AIDS patients in Nong Hi hospital, Roi-Et province

มงคล กันตพานิชกร*

Mongkol Kanthapanichkarn

Corresponding author: Email: mongkan@hotmail.com

(Received: January 14, 2024; Revised: January 21, 2024; Accepted: February 21, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ การพัฒนาแบบและผลลัพธ์ในการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) ระยะพัฒนารูปแบบตามแนวทางในการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ.2564/2565 และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ในด้านความรู้ ความเข้าใจและความร่วมมือในการใช้ยา ระดับ CD₄ และระดับ Viral load เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังพัฒนาด้วย Paired sample t-test และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : สถานการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ขาดแนวทางการดำเนินงานที่ไม่ทันสมัย ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงการรักษา และผู้ป่วยมีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เหมาะสม มีปัญหาการดื้อยาและขาดความร่วมมือที่ดีในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยได้ทำการพัฒนาแบบขึ้น คือ การดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการรักษา การจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัยและสื่อสารการใช้งาน การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ การใช้ประโยชน์ข้อมูลทางด้านสารสนเทศ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน การให้ความรู้ผู้ป่วยและติดตามผลลัพธ์ด้วยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งหลังพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ระดับ CD₄ 2) ความร่วมมือในการใช้ยา 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ และ 4) ความเข้าใจด้านยาต้านไวรัส ($p < .001$, $p < .001$, $p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ทำการพัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการใช้แนวคิดเชิงระบบตามแนวทางการรักษาโรคโดยการมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือที่ดีต่อการรักษาโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์; การพัฒนา; รูปแบบการดูแลสุขภาพ

Abstract

Purposes : To study situation, development of model and results in developing model of HIV infected patient and Antiretroviral Adherence among HIV infection and AIDS patients in Nong Hi hospital, Roi-Et province.

Study design : Action Research.

Materials and Methods : This research is divided into 3 phases: 1) Study the general information situation of patients, 2) develop a model according to the guidelines of HIV infection in Thailand in 2021/2022 and 3.) Evaluating results in knowledge, understanding and adherence, CD₄ levels, and Viral load levels. Using the developed data. Analyzed using descriptive statistics. Compare results before and after development with paired sample t-test and content analysis.

Main findings : The situation in caring for HIV-infected and AIDS patients was found to lack modern operational guidelines. Patients do not have access to treatment, patients have problems drinking alcohol and using inappropriate health products, problem of adherence. We have developed a model, make activities in the community to promote access to treatment. Establishing modern guidelines and communication. Reducing stigma and discrimination Utilization of information data Educating patients and following up on results with a multidisciplinary team. After developing the model, there were statistically significant differences, including 1) CD₄ levels, 2) cooperation in using medicine, 3) knowledge about HIV and AIDS, and 4) understanding of medicine. Antiviral ($p<.001$, $p<.001$, $p<.001$ and $p<.001$ respectively).

Conclusion and recommendations : Developing care models and adherence of antiretroviral medicines for HIV-infected and AIDS patients Has been developed to ensure continuity and sustainability. By using a systems concept based on treatment approaches with multidisciplinary participation. In order for patients to have good cooperation in treating disease and having a good quality of life.

Keywords : HIV-infected and AIDS patients; Development; Care models

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และมั่นคงของประเทศไทยและทั่วโลก โดยในปี พ.ศ.2564¹ มีการรับรองปฏิญญาทางการเมืองเรื่องเอชไอวีและเอดส์ พ.ศ.2564 ในการดำเนินการยุติปัญหาเอดส์ในฐานะภัยคุกคามด้านสาธารณสุขภายในปี พ.ศ.2573 โดยประเทศไทยมีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เอดส์โลกใน พ.ศ.2564-2569 ที่มีเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ 3 ประการ คือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยเอดส์เหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีแลเพศสภาวะไม่เกินร้อยละ 10^2 สำหรับในด้านการสาธารณสุขในการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ มีเป้าหมาย เพื่อ ลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุดจนตรวจไม่พบ (Undetectable) ให้นานที่สุด และทำให้จำนวน CD_4 กลับสู่ระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness) และลดโรคแทรกซ้อนที่ไม่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (Non AIDS-related illness) โดยการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ประกอบไปด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และการดูแลด้านอื่นๆ ควบคู่กัน เพื่อส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ด้วยการให้บริการการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง¹

จากรายงานของศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย³ พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ในปี 2565 ประมาณ 560,000 คน เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 11,000 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 คน และกำลังรับประชนาทางด้านไวรัส 457,133 คน (ร้อยละ 81.63) จากการศึกษาของนันทพงศ์ พงศ์สุวรรณ⁴ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามเป้าหมายยุทธศาสตร์เอดส์โลกปี พ.ศ.2564-2569 ยังพบว่าผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่การให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

และผู้ป่วยเอดส์ด้วยการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสมีความครอบคลุม และผู้ป่วยมีโอกาสได้เข้าถึงยาต้านไวรัสได้เพิ่มมากขึ้นภายใต้ขอบเขตการให้บริการของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นอกจากนั้นประเทศไทยยังได้มีการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง โดยแนวทางที่ใช้ในปัจจุบัน คือ แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากกรมควบคุมโรค ประเทศไทย ปี พ.ศ.2564/2565 (Thailand National Guidelines on HIV-AIDS Treatment and Prevention 2021/2022)¹ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมในด้านการให้บริการด้านการดูแลรักษาในด้านการแพทย์ การพยาบาล จิตวิทยา สังคม เศรษฐกิจ และการคุ้มครองสิทธิ การตรวจติดตามระดับ CD_4 การติดตามการรับประชนาทางด้านไวรัสและยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การตรวจคัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามระยะของโรค รวมถึงการดูแลในระดับชุมชนต่อไป¹

เช่นเดียวกับจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีผู้ป่วยเอดส์สะสมในปี 2565 จำนวน 5,803 ราย ในส่วนของโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัสในงบประมาณ 2565-2566 จำนวน 107 คน มีผู้ที่ติดเชื้อฉวยโอกาสจำนวน 18 ราย โดยมีการจัดให้บริการคลินิกยาต้านไวรัสทุกสัปดาห์ ซึ่งในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี เป็นการให้การรักษาดูแลผู้ป่วยด้วยการรับประชนาทางด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต ดังนั้นประสิทธิภาพของการรักษาจึงขึ้นอยู่กับความเร็วในการได้รับยาต้านไวรัส ความครบถ้วน และความต่อเนื่องในการรับประชนา ซึ่งในการให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์จะต้องมีรูปแบบในการดูแลที่มุ่งเน้นในด้านของผู้ป่วย และด้านของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการ จากการทบทวนงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงานจากการวิจัยของสังพงษ์ โชคคัตวพันธ์ และดวงฤดี วรชิน⁵ ได้ทำการวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนปฏิบัติการโดยการค้นหาปัญหาและเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในการเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อจัดทำแผนในการจัดการปัญหาและพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 เป็นการกำหนดปฏิบัติการและการลงมือปฏิบัติจริง ขั้นตอนที่ 3 เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการ และ ขั้นตอนที่ 4 เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติการ โดยผลการดำเนินการพบว่า ในด้านการให้บริการ พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่ไม่ทันเวลา การไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ใช้ได้สะดวกและเป็นลายลักษณ์อักษร การขาดการอบรมความรู้ใหม่ๆ ผู้ป่วยขาดนัด กินยาไม่ตรงเวลา สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม ซึ่งได้มีการวางแผนแก้ไขปัญหาคือ การปรับปรุงอัตราค่าส่ง การอบรมพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ และการพัฒนา CPG การติดตามผู้ป่วยและการติดตามการรับประทานยา นอกจากนี้ในการวิจัยของประจักษ์ เหมขุนทด⁶ ได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร มีการพัฒนาโดยการระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาโดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) การสนทนากลุ่ม การรวบรวมข้อมูลเอกสาร ซึ่งพบว่าทำให้บริการยังขาดความปรับปรุงข้อมูลในด้านคณะกรรมการดำเนินงาน ระเบียบแนวทางปฏิบัติ การขาดองค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน จึงได้พัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและอบรมฟื้นฟูศักยภาพ การสร้างเครือข่ายในชุมชน และการปรับแนวทางปฏิบัติให้เป็นปัจจุบันและทันสมัย และจากการวิจัยของวิราวรรณ ขมาฤกษ์ และคณะ⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการที่มีรูปแบบชัดเจนในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการและเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยาและการเฝ้าระวังการเกิดเชื้อดื้อยา ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการมากขึ้น มีการรับประทานยาต้านไวรัสที่สม่ำเสมอ นอกจากนั้นเนื่องจากโรงพยาบาล

หนองฮี เป็นโรงพยาบาลขนาด F3 ที่ตั้งขึ้นใหม่ มีการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 มีการหมุนเวียนเปลี่ยนบุคลากรใหม่และบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่นั้นมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ดังนั้นเพื่อให้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีกระบวนการและคุณภาพที่ดีในโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และการพัฒนารูปแบบ และติดตามผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบในการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Action research ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁸ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 - 31 มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรกลุ่มกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 107 คน และกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกยาต้านไวรัสโรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 10 คน (ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาล 4 คน LAB 1 คน) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออก ดังต่อไปนี้

กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี มีเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่เอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาแล้วตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 2) มีความรู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยหรือสนทนาถามตอบกับผู้วิจัยได้ 3) เข้าใจและทราบรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ การรับรู้ผิดปกติหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถเข้าใจหรือให้ข้อมูลได้ และ 2) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

กลุ่มสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี มีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) แพทย์ที่ดูแลคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 คน 2) เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 3 คน 3) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 4 คน 4) นักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 คน 5) ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลหนองฮี ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยและขอไม่ให้ข้อมูล 2) ผู้ที่ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

โดยสรุปในการศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการ ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนา และการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประชนยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 คน ส่วนระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 107 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางในการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี 2564/2565 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹ 2) แบบสอบถามในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประชนยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี ร้อยเอ็ด ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น 3) แบบเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลหนองฮี

จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น และ 4) แบบฟอร์มเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ท่าน และเภสัชกรผู้รับผิดชอบคลินิกเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 ท่าน โดยแบบสอบถามในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประชนยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง มีค่า CVI เท่ากับ แบบเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประชนยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีค่า CVI เท่ากับ 0.89 และ แบบฟอร์มเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มีค่า CVI เท่ากับ 0.85 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนก่อนนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คนด้วยตนเอง 2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ สัปดาห์ละ 30-40 คน ทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทำวิจัย ด้วยตนเองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยติดตามความร่วมมือในการรับประชนยา (Adherence) ความรู้และความเข้าใจในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส (Adverse drug reaction, ADR) ติดตามระดับค่า CD₄ ระดับ Viral load เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังทำการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

และผู้ป่วยเอดส์ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ทำการวิเคราะห์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ติดตาม ความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence) การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส (Adverse drug reaction, ADR) ติดตามระดับค่า CD_4 ระดับ Viral load ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบก่อน และหลังพัฒนาด้วย Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 หมายเลขรับรอง COE 0932566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการ ปัญหา และความจำเป็นในการพัฒนา โดยการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และศึกษาสภาพความเป็นจริงเพื่อค้นหาปัญหาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งพบว่า แนวทางการรักษาไม่ทันสมัย ไม่เคยปรับปรุง และปัญหาการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยโดยคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ทำการศึกษามากกว่าร้อยละ 50 เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.47 มีอายุเฉลี่ย 46.09 ± 11.03 ปี มีการศึกษาส่วนใหญ่ คือ มัธยมศึกษา/ปวส. ร้อยละ 34.65 ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.50 มีสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 90.10 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 70.30 พบปัญหาผู้ป่วยดื่มเหล้า/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 5.94 มีการใช้อาหารเสริมหรือสมุนไพรร่วมกับยาต้านไวรัส ร้อยละ 12.87 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อนการพัฒนา (N=101)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	47(46.53)
ชาย	54(53.47)
อายุ	
<30 ปี	11(10.89)
31-40 ปี	19(18.81)
41-50 ปี	34(33.66)
51-60 ปี	27(26.73)
>60 ปี	10(9.90)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	4(3.96)
ประถมศึกษา	19(18.81)
มัธยมต้น/ปวช.	26(25.74)
มัธยมปลาย/ปวส.	35(34.65)
ปริญญาตรีและสูงกว่า	17(16.83)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8(7.92)
รับจ้างทั่วไป	50(49.50)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9(8.91)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1(0.99)
พนักงานเอกชน/พนักงานโรงงาน	7(6.93)
นักเรียน/นักศึกษา	3(2.97)
เกษตรกรรวม	23(22.77)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
บัตรทอง 30 บาท	91(90.10)
เบิกได้/จ่ายตรง	2(1.98)
ประกันสังคม	8(7.92)
ประวัติดื่มเหล้า/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
ดื่ม	6(5.94)
ไม่ดื่ม	95(94.06)
การรับประทานอาหารเสริม/สมุนไพร	
กิน	13(12.87)
ไม่กิน	88(87.13)
โรคประจำตัว/โรคร่วมเรื้อรัง	
มี	30(29.70)
ไม่มี	71(70.30)

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นปัญหา ได้แก่

- 1) การส่งเสริมการเข้าถึงและจัดบริการด้านการป้องกัน เอชไอวียังมีการประชาสัมพันธ์และค้นหาผู้ติดเชื้อยังทำได้น้อย
- 2) การดูแลรักษา ขาดการประเมินและติดตามผู้ป่วยหลังรับยาต้านไวรัส บุคลากรขาดความรู้ บุคลากรใหม่ขาดความเข้าใจเชิงลึกในกระบวนการดูแลและไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นปัจจุบันและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
- 3) การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ พบปัญหาสังคมตีตรา เลือกปฏิบัติ รังเกียจ และไม่ให้การช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยเท่าที่ควร และ 4) การใช้

ประโยชน์ของข้อมูลจากระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การใช้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบปัญหาบุคลากรขาดองค์ความรู้ ขาดการบูรณาการนำเอาข้อมูลในระบบมาใช้ในการติดตามตัวชี้วัดและกิจกรรมที่สำคัญ และมีการใช้ข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง

ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า 11 ปี ร้อยละ 46.53 มีระดับ CD_4 เฉลี่ย 303.22 ± 179.79 Cells/mm³ มีระดับ Viral load เฉลี่ย $95,072.43 \pm 861,836.90$ copies/ml

ส่วนใหญ่ใช้สูตรยาต้านไวรัส DTG+3TC+TDF (TLD) ร้อยละ 74.36 ส่วนใหญ่เคยเปลี่ยนสูตรยาร้อยละ 57.43 ส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 82.18
ไม่มีประวัติติดยาต้านไวรัส ร้อยละ 93.07 และส่วนใหญ่ไม่เคยแพ้ยา ร้อยละ 92.08 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	จำนวน
ระยะเวลาในการรับยาต้านไวรัส (ปี)	
1-5 ปี	21(20.79)
6-10 ปี	33(32.67)
≥ 11 ปี	47(46.53)
ระดับ CD₄ เฉลี่ย (Cells/mm³)	303.22±179.79
ระดับ Viral load เฉลี่ย (copies/ml)	95,072.43±861,836.90
สูตรยาต้านไวรัสที่กินในปัจจุบัน	
1. ABC+DTG+3TC	1(0.99)
2. ABC+RPV+3TC	1(0.99)
3. AZT+3TC+NVP (GPO-Z)	1(0.99)
4. AZT+3TC+DTG	2(1.98)
5. AZT+LPV/r+TDF	6(5.94)
6. 3TC+EFV	1(0.99)
7. 3TC+TDF+EFV	13(12.87)
8. DTG+3TC+TDF (TLD)	65(64.36)
9. EFV+FTC+TDF (TEEVIR)	10(9.90)
10. TDF+FTC+RPV	1(0.99)
การเคยเปลี่ยนสูตรยา	
เคย	58(57.43)
ไม่เคย	43(42.57)
ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	
เคย	18(17.82)
ไม่เคย	83(82.18)
ประวัติติดยา	
มี	7(6.93)
ไม่มี	94(93.07)
ประวัติแพ้ยา	
แพ้ยา	87.92
ไม่แพ้	9392.08

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง พบว่า ได้ทำการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมกลุ่ม และระดมสมองมุมมองจากกลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้วิจัยทำการสรุปเนื้อหาและประเด็นที่เกี่ยวข้องตามแนวทางการจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุนการป้องกันดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 4 ประเด็น ทำให้เกิดรูปแบบกิจกรรมในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลหลังจากมีการพัฒนารูปแบบในการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส ที่พบมากที่สุด ได้แก่ การเกิดอาการวิงเวียนศีรษะ มึนงงสับสนจากการรับประทาน Efavirenz (EFV) ร้อยละ 30.77 ซึ่งได้มีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ โดยการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส (N=39)

อาการไม่พึงประสงค์	จำนวน(%)	การจัดการอาการไม่พึงประสงค์
ค่า creatinine ลดลง จาก TDF, 3TC	2(5.13)	ปรับขนาดยา TDF และ 3TC
ภาวะซีด (Hb<10g/dL) จาก AZT	7(17.95)	เพิ่มวิตามินบำรุงเลือดและเปลี่ยนยา
ชาปลายมือปลายเท้าจาก AZT,	5(12.82)	ปรับเปลี่ยนยา
วิงเวียนศีรษะ มึนงงสับสน จาก EFV	12(30.77)	ปรับเปลี่ยนยา
ค่าเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า จาก NVP+3TC	1(2.56)	ปรับเปลี่ยนยา
ภาวะไขมันในเลือดสูง	9(23.08)	เพิ่มยาลดไขมัน ให้ทานยาต่อเนื่อง
ภาวะไขมันย่ำที่ปกติ lipodystrophy	2(5.13)	เพิ่มยาลดไขมัน ให้ทานยาต่อเนื่อง
ผื่นผิวหนัง	1(2.56)	หยุดยาและเปลี่ยนยา
รวม	39(100.00)	

ผลการติดตามการพัฒนารูปแบบในการดูแลรักษา และความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง พบว่า หลังพัฒนามีความแตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับ CD₄ 2) ความร่วมมือในการใช้ยา 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ และ

4) ความเข้าใจด้านยาต้านไวรัส ($p<.001$, $p<.001$, $p<.001$ และ $p<.001$ ตามลำดับ) ส่วนระดับ Viral load ก่อนและพัฒนารูปแบบ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p=.270$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการติดตามผลการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา (N=101)

ผลการติดตามการพัฒนา	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	p
	(Mean,SD.)	(Mean,SD.)	
ระดับ CD4 (Cells/mm ³)	(303.22,179.79)	(434.89,212.07)	<.001
ระดับ Viral load (copies/ml)	(96,019.41,866,125.86)	(28.78,55.60)	.270
ความร่วมมือในการใช้ยา	(100.48,15.98)	(105.06,16.35)	<.001
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์	(11.40,2.44)	(16.79,1.41)	<.001
ความเข้าใจด้านยาต้านไวรัส	(4.44,0.75)	(5.79,0.50)	<.001

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบปัญหาผู้ป่วยดื่มเหล้า/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 5.94 มีการใช้อาหารเสริมหรือสมุนไพรร่วมกับยาต้านไวรัส ร้อยละ 12.87 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeffrey H. Samet และคณะ⁹ ที่ทำในประเทศสหรัฐอเมริกา และการศึกษาของนันทิสรา ไชตรสนิรมิต¹⁰ ซึ่งพบว่า การดื่มสุราปริมาณมีผลต่อทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เช่น อาจทำให้ขาดการรักษา ทำให้ความร่วมมือในการรับประทายาลดลง และการมีพฤติกรรมในการรับประทายาอาหารที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหารและมีผลทางด้านชีวภาพที่แย่ลง เช่น มีผลต่อกระบวนการทำลายยาต้านไวรัสที่ตับ โดยอาจทำให้การทำลายยาที่ตับลดลง ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาสูงขึ้น หรืออาจทำให้การทำลายยาบางตัวมากขึ้นจนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่ได้ผลเนื่องจากระดับยาในเลือดไม่เพียงพอ และในการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อาจส่งผลให้การไม่สามารถควบคุมการตัดสินใจและยับยั้งชั่งใจอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบังอร เทพเทียน และคณะ¹¹ ดังนั้นในฐานะ

ของผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพจะต้องมีการปรับพฤติกรรมดูแลรักษาและควบคุมพฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอลงกต สิงโต¹²; อังศินันท์ อินทรกำแหง และพิชชาดา ประสิทธิ์โชค¹³; การประชาสัมพันธ์ของสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย¹⁴ และ Jeffrey H. Samet, et al.¹⁵

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการระดมสมองเพื่อพัฒนาระบบให้ครอบคลุมเรื่อง 1) การส่งเสริมการเข้าถึงและจัดบริการด้านการป้องกันเอชไอวี 2) การดูแลรักษาเอชไอวี 3) การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ 4) การใช้ประโยชน์ของข้อมูลจากระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการใช้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สิ่งสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีประสิทธิภาพและมีความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสที่ดี คือ การจัดการที่ครอบคลุมตั้งแต่ในชุมชนจนถึงระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยการส่งเสริมการเข้าถึงและจัดบริการด้านการป้องกันเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย ศรีทองธรรม และคณะ¹⁶ โดยพบว่ารูปแบบการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

อย่างครอบคลุมต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่อง มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การให้บริการที่ครอบคลุมในด้าน มิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม ได้แก่ การดูแล และให้คำแนะนำยา การตรวจ Lab เพื่อติดตามค่า CD_4 และ Viral load การให้คำปรึกษาทางการแพทย์ การดูแล เมื่อมีปัญหาในด้านสิทธิการรักษาหรือค่าใช้จ่ายในการมารับ บริการ 2) การให้บริการด้วยสหสาขาวิชาชีพ 3) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลจนถึงชุมชน และ 4) การบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) ประจักษ์ เทิกขุนทด⁶ และวีรัชย์ ตริวัฒน์วงศ์¹⁷

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของชัยกฤติ ตีระลา และทิฏฐิธนา บุญชู¹⁸ ที่พบว่า โปรแกรมการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การใช้ยาต้านไวรัส เอชไอวี การเสริมพลัง จะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัสเอชไอวีมากขึ้น และการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี แบบรวมเม็ด โดยการรับประทานครั้งละ 1 เม็ด จะช่วยลด ความยุ่งยากในการรับประทานยา สะดวกต่อการรับประทาน ยามากยิ่งขึ้น ช่วยลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะลืมรับประทานยา และเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว และสอดคล้อง กับการศึกษาของสังพงษ์ ไชคคัตวัฒน์ และดวงฤดี วรชิม¹⁹; นาวา ผานะวงศ์²⁰; จารุณี ศิริพันธ์²¹; สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และกรณิการ์ อินตะวงศ์²² และสุวรรณา บุญยงสิทธิ์พรณ และคณะ²³

การติดตามประเมินผลหลังจากมีการพัฒนารูปแบบในการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส ที่พบมากที่สุดได้แก่ การเกิดอาการวิงเวียนศีรษะ มึนงงสับสนจากการรับประทานยา Efavirenz (EFV) ร้อยละ 30.77 โดยได้มีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ โดยการปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยา ซึ่งไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของกมลรัตน์ ณ หนองคาย²⁴ ที่พบว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสที่พบมากที่สุด

คือ การเกิดผื่นแพ้ยา ร้อยละ 36.36 เมื่อเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสขึ้น เกสซ์กรจะทำการ จัดการอาการไม่พึงประสงค์ โดยเมื่อพบอาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยาเกิดขึ้น เกสซ์กรจะทำการประเมิน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทำการออกบัตรแพ้ยา ให้ผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลการแพ้ยาลงในระบบโปรแกรม คอมพิวเตอร์ พร้อมกับประสานแพทย์เพื่อทำการ ปรับเปลี่ยนยา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ ยาและลดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และผลการติดตาม การพัฒนารูปแบบในการดูแลรักษาและความร่วมมือในการ รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง พบว่า หลังพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับ CD_4 2) ความร่วมมือในการใช้ยา 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ และ 4) ความเข้าใจด้านยาต้านไวรัส ($p<.001$, $p<.001$, $p<.001$ และ $p<.001$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของกมลรัตน์ ณ หนองคาย²⁴ และสอดคล้องกับการศึกษา ของรัชฎาพร วิสัย และคณะ²⁵; วาทีณี บุญญรัตน์²⁶ และ วีรัชย์ ตริวัฒน์วงศ์¹⁷

สรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา และความร่วมมือ ในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัด ร้อยเอ็ด ได้ทำการพัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และ ยั่งยืน โดยการใช้แนวคิดเชิงระบบตามแนวทางการรักษา โรคโดยการมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นการให้ ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือที่ดีต่อการรักษาโรคและมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1) การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ไม่ควรประเมินด้วยการนับเม็ดยาอย่างเดียว ควรทำการประเมินด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การให้ผู้ป่วย ร่วมประเมินโดยใช้ Visual scale หรือการบันทึกเวลา การรับประทานยาในแบบฟอร์มหรือการนำเทคโนโลยีทาง ออนไลน์มาใช้ในการติดตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และ น่าเชื่อถือ เนื่องจากการบันทึกเวลาการรับประทานยา

ต้องอาศัยความซื่อสัตย์ที่ดีของผู้ป่วย และต้องมีการให้คำปรึกษา สร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) ควรมีการศึกษาด้วยรูปแบบและเทคนิคใหม่ ๆ และการสร้างกิจกรรมที่หลากหลาย ในการดูแลและส่งเสริมการรับประทายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของผู้ป่วย เช่น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การจัดทำเครื่องมือการเรียนรู้และติดตามการรับประทายที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และเกิดความตระหนักได้ทุกที่ทุกเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้ร่วมกันในการพัฒนารูปแบบและสร้างกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดี และทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากกรมควบคุมโรค ประเทศไทย ปี 2564/2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/das/forecast_detail.php?publish=12810&deptcode=das
2. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ.2566 – 2569 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://utoapp.moph.go.th/e_doc/views/uploads/64acc23133dc7e416518ab6594503b7eef6b-f9aa40bde-1470.pdf
3. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV INFO HUB). การคาดประมาณการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
4. นันทพงศ์ พงศ์สุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รายใหม่ โรงพยาบาลตรัง. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(2):68-78.
5. สัจพงษ์ โชคดีวัฒน์, ดวงฤดี วรชิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(1):15-27.
6. ประจักษ์ เทิกขุนทด. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว. วารสารโรคเอดส์. 2564;33(3):151-64.
7. วิราวรรณ ขมาฤกษ์, ธนิดา ตั้งยิ่งยง, ยงยุทธ วัฒนาไชย. ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์. 2557;29(1):29-40.
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria : Deakin University press; 1988.
9. Samet J H, Cheng D M, Libman H, Nunes D P, Alperen J K, Saitz R. Alcohol consumption and HIV disease progression. Journal of acquired immune deficiency syndrome. 2007;46(2):194-99.
10. นันทิสรา โชติรสนิรมิต. ต้มเหล้าเปียร์จะมีผลอะไรกับการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่. สารที่ปรึกษาชุมชน. 2557;14(97):2-5.
11. บังอร เทพเทียน, สุพัตรา ศรีวนิชชากร, ประภาพรรณ จูเจริญ. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับการใช้สารเสพติดของ กลุ่มวัยรุ่น และเยาวชนใน กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(2):240-52.
12. อลงกต สิงโต. ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการสูญเสียมวลกระดูกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและแนวทางการดูแลเบื้องต้นด้านโภชนาการ. บุรพาเวสสาร. 2561;5(1):83-94.
13. อังคินันท์ อินทรกำแหง, พิชชาดา ประสิทธิ์โชค. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของกลุ่มช่วงวัยทำงาน: วิเคราะห์หมัดและโมเดลเชิงสาเหตุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2566].

- เข้าถึงได้จาก: <http://bsris.swu.ac.th/upload/349392.pdf>.
14. สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย. การกินอาหารเสริมหรือผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มเซลล์ภูมิคุ้มกันด้านทานซีดี 4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.trcarc.org/cotrcarc201123/>
 15. Samet J H, Horton N J, Traphagen T E, Lyon S M, Freedberg K A. Alcohol consumption and HIV disease progression : Are they related ?. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*. 2006;27(5):862-67.
 16. อรทัย ศรีทองธรรม, ศุภศรีย สง่าวงศ์, ศิริวรรณ อุทธา, อุบลศรี ทาบุตรดา, จิรพันธุ์ อินยาพงศ์. การพัฒนารูปแบบการให้บริการสนับสนุนการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ภาคอีสานประเทศไทย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*. 2561;16(2):18-32.
 17. วีระชัย ตริวัฒน์วงศ์. ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร*. 2560;26(2):17-30.
 18. ชัยกฤติ ดีะลา, ทิฏฐิธนา บุญชู. ผลของโปรแกรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ขาดนัดคลินิกนภา โรงพยาบาลบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=242>
 19. สัจพงษ์ โชคดีวัฒน์, ดวงฤดี วรชิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. *วารสารโรคเอดส์*. 2563;32(1):15-26.
 20. นาวา ผานะวงศ์. ผลการใช้โปรแกรมลดการติดยาและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ.2562. *วารสารโรคเอดส์*. 2562;32(1):125-41.
 21. จารุณี ศิริพันธุ์. ผลสำรวจพบคนไทยยังรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี แรงแก้ไข ป้องกัน “ตีตรา-เลือกปฏิบัติ” [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2015/08/10730>
 22. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, กรรณิการ์ อินตะวงศ์. รายงานการวิเคราะห์ระบบการพัฒนารูปแบบการประมวลผลการออกแบบ เพื่อใช้สำหรับการนำเสนอข้อมูลในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต], 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/Others/NAPCMU_final_report.pdf
 23. สุวรรณมา บุญยะสิทธิ์พรณ, วงศา เลหาศิริวงศ์, เจริญจิต แสงสุวรรณ, ภัทระ แสนไชยสุริยา, ภพ โกศลารักษ์, ชีระ ถุทธิรอด, และคนอื่นๆ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2550;12(1):43-52.
 24. กมลรัตน์ ณ หนองคาย. การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. *วารสารเภสัชกรรมคลินิก*. 2566;29(3):153-64.
 25. รัชฎาพร วิสัย, รินดาวรรณ พันธุ์เขียน, ภิญญ มุตสิกพันธ์, เชิดชัย สุนทรภาส. การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*. 2549;2(2):66-75.
 26. วาทีณี บุญญรัตน์. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยเภสัชกร. *เภสัชกรรมคลินิก*. 2566;29(2):131-42.