การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ
Development of care Model for HIV and AIDS Patients at Suwannaphum Hospital

ชุ่มเมือง จันปุ่ม*
Chummuang Janpum
Corresponding author: E-mail; Paesuwan16@gmail.com
(Received: June 4, 2024; Revised: June 11, 2024; Accepted: July 11, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเข้าถึงการรับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและพัฒนาประเมินรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก 12 คน และผู้รับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี 234 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย การระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาโดยใช้แผนที่ความคิด การสนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติ การสังเกตและแบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัย ตีความหมาย สร้างข้อสรุปและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567

ผลการวิจัย : จากการจัดกระบวนการแผนที่ความคิดพบว่าปัญหาในการเข้าถึงการรับบริการได้แก่การค้นหาผู้ติดเชื้อยังมีน้อย ขาดการติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการรับยาต้านไวรัส วินัยในการกินยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผลการสนทนากลุ่มปรากฏผลคือ 1) บุคลากรไม่เพียงพอ 2) ควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนนำมาใช้ได้สะดวก 3) บุคลากรและผู้ป่วยอยากให้จัดอบรมความรู้ใหม่ๆ ได้นำปัญหาเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีการปรับปรุงเรื่องอัตรากำลัง พัฒนาทีมสหวิชาชีพ ปรับปรุงสถานที่ให้เป็นสัดส่วน พัฒนา CPG จัดทำแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติพร้อมประเมินผลหลังนำมาใช้ 1 เดือน

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ ส่งผลให้กระบวนการทำงานเป็นทีม การพยาบาลแบบองค์รวม การสร้างเครือข่ายในชุมชน และเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์; การพัฒนา; รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

Abstract

Purposes : To study the problem of access to services for people living with HIV and develop Evaluating models of care for people living with HIV Suwannaphum Hospital Roi-Et Province.

Study design : Action Research.

Material and Methods : The sample group was the clinical care quality development team consisted of 12 people and 234 ART recipients. The research tools included : Brainstorming ideas, Problem situation using mindmaps group chat gather information from work documents,guidelines for observing and recording activities qualitative data were analyzed using classification. Analyze inductively, interpret meanings, draw conclusions and explain phenomena. Statistics used in quantitative data analysis include frequencies, percentages and averages. Running from October 2023 to March 2024.

Main findings : From organizing the mind mapping process, it was found that problems in accessing services include: There are still,few searches for infected people. Lack of follow-up and evaluation of patients before and after receiving antiretroviral drugs. Patient discipline in taking medicine. Patients lack knowledge about continuous treatment. The results of the focus group discussion were: 1) There are not enough personnel. 2) There should be clear guidelines that can be easily used. 3) Personnel and patients want new knowledge training to be organized. The problem was brought to the meeting of the Quality Development Committee. Take care of the sick There have been improvement in manpower and development of multidisciplinary teams. Improving the location to be proportional,developing CPG , creating guidelines and procedures. Practice and evaluation after 1 month of use.

Conclusion and recommendations : Results of this research this results in a teamwork process, holistic nursing creating a network in the community and strengthening people living with HIV/AIDS.

Keywords : People infected with HIV/AIDS; Development; Care model for people with HIV and AIDS

*Registered Nurse, Professional Level, Suwannaphum Hospital.

บทนำ

ความพยายามในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย อาศัยกรอบแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ใน แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2562 ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการแบบผสมผสานที่มีประสิทธิผล และได้มีการพัฒนามาตรการบูรณาการการป้องกันให้ต่อเนื่องกับการรักษาอย่างครอบคลุมในกลุ่มประชากรหลัก และผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงอัน ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดโดยกำหนดกรอบการทำงานให้อยู่ในรูปแบบของชุดบริการ RRTTPR ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงเพื่อให้ความรู้และอุปกรณ์ป้องกัน (Reach - R) การชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ (Recruit - R) การคัดกรองและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Test - T) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ที่พบผลเลือดบวก (Treat - T) การทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Prevent - P) และการทำให้คงอยู่ในระบบบริการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Retain - R) จนสามารถกดปริมาณไวรัสได้ในระดับที่จะไม่ถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น ทั้งนี้สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย ณ สิ้นปี พ.ศ. 2565[1] พบว่าแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทยลดลง โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 9,230 ราย ผู้ที่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 10,972 ราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 561,578 ราย ซึ่งร้อยละ 97 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ถึงแม้ว่าสถานการณ์จะมีแนวโน้มลดลง แต่จากการทบทวนการดำเนินงานเอดส์ของประเทศไทย ยังพบช่องว่าง และประเด็นท้าท้ายสำคัญที่ต้องการการพัฒนา เช่น คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่พบว่าเป็นกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี สูงถึงร้อยละ 49 การให้บริการยาป้องกันก่อนสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) และความครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯยังต่ำกว่าเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ล่าช้าโดยเฉพาะกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีความเสี่ยงต่ำ อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีแนวโน้มสูงขึ้น โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมดในปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 43, 33 และ 54 รายตามลำดับ และ พบว่าขณะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีผู้ติดเชื้อที่มีระดับ CD4<200 cell/mm3 อยู่ในเกณฑ์ที่สูงโดยในปี พ.ศ.2563-2565 พบร้อยละ 4.04, 1.61 และ 3.46 ตามลำดับ บ่งบอกถึงการทราบสถานะการติดเชื้อ และการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีช้า แสดงถึงอัตราความครอบคลุมของผู้ที่ทราบผลการติดเชื้อแต่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวียังต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมียอดสะสมในปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 619, 623 และ 636 คนตามลำดับโดยมีอัตราผู้ป่วยที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ ซึ่งต้องมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load: VL) หลังจากได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยกำหนดค่าของ VL<1,000 copies/ml ในปี 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 84 .00, 88.00 และ 89.00 ตามลำดับ[2] ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายคือร้อยละ 95 จากการวิเคราะห์รูปแบบบริการเดิมมีการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางการตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การตรวจ CD4, VL และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ แต่ยังไม่ได้ร่วมกันปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ประกาศใช้ร่วมกัน ทำให้ทีมผู้ดูแลมีแนวทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ในด้านบริการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในปัจจุบัน พบปัญหาการเข้าถึงบริการ การกินยาที่ไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยพบปัญหาว่าบางคนไม่ได้รับยา การส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการจะเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามการเกิดเชื้อดื้อยาต้านไวรัสเอชไอวี มีผู้ป่วยบางรายไม่กล้ามารับยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะคลินิกบริการรูปแบบเดิมมีการจัดบริการที่ให้ผู้ป่วยพบกันหมด จัดบริการเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้บางคนไม่กล้าเข้า กลุ่มใหญ่จึงต้องมารับบริการนอกเวลา การรับบริการไม่เอื้อต่อการเข้าถึงทำให้ขาดยา ผู้วิจัยจึงได้อาศัยการมีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นจึงทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อแก้ไขปัญหาของรูปแบบเดิม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ และ

ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเข้าถึงการรับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) (ใช้แนวคิดของเคมมิสและแมคทากกาท) ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้ร่วมวิจัย ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พี่เลี้ยงกลุ่ม 1 คน เจ้าหน้าที่งานชันสูตร 1 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่ห้องบัตร 1 คน เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรค 1 คน พยาบาลให้คำปรึกษา 6 คน กลุ่มตัวอย่างรวม 12 คน และผู้รับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ARV) อายุ 15 ปีขึ้นไปอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปและสามารถร่วมกิจกรรมได้ตามแผนการดำเนินงาน 565 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane อ้างอิงใน กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ[3] ได้กลุ่มตัวอย่าง 234 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาสภาพปัญหา บริบท รูปแบบการปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส โดยศึกษาเอกสารบันทึกการให้บริการ แนวทางปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัสในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยงการประชาสัมพันธ์ แนวทางการดูแลรักษา การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังรับยาต้านไวรัส การนัดหมาย การกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (Adherence) การติดตามเมื่อมีการขาดนัด กรณีมีผลดื้อยา (Drug resistant: DR) การขอรับบริการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา

2. ระดมความคิดเห็นสภาพปัญหาการรับบริการดูแลรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัส โดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) ในประเด็น “ภาพฝันการรับบริการในคลินิกรับยาต้านของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ” มีกิจกรรม 1 วัน ในวันที่ 19 ธันวาคม 2566 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 234 คน ดำเนินการโดยวิทยากรกระบวนการของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ขั้นปฏิบัติการวิจัย

1. การวางแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้ระดมความคิดเห็นพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกรับยาต้านไวรัส ที่เหมาะสมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (PCT) ในวันที่ 20 ธันวาคม 2566 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ มีผู้เข้าร่วมสนทนา 12 คน ในประเด็นทำอย่างไรกลุ่มเสี่ยงจึงจะเข้าถึงระบบได้มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่จะเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพได้อย่างไร และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาจะกดเชื้อไวรัสตามที่ต้องการหรือไม่ การวางแผนแก้ปัญหาทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก คณะกรรมการบริหาร และทีมผู้วิจัยประชุมทบทวนประเด็นปัญหา สาเหตุ และระดมแนวทางการแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่งตั้งคณะทำงาน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ จัดทำแผนปฏิบัติการ ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย แนวทางการค้นหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การติดตามการรักษา การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย

2. การปฏิบัติการตามแผน ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ได้มอบหมายงาน และจัดแบ่งหน้าที่ให้แก่ผู้รับผิดชอบ พัฒนาศักยภาพบุคลากรตามภาระงานที่รับผิดชอบ จัดระบบบริการให้สอดคล้องกับแผนที่ได้วางไว้และนิเทศ ติดตามความก้าวหน้า

3. การติดตามประเมินผลปฏิบัติการ ผู้วิจัยติดตาม

ประเมินผลปฏิบัติการจากการสังเกต จดบันทึกกิจกรรมติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยการระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาโดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) การสนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติ การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัย ตีความหมาย สร้างข้อสรุปและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นการวางแผนปฏิบัติการมีการจัดกระบวนการสนทนากลุ่มใช้การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรมและการระดมความคิด ใช้กระบวนการแผนที่ความคิดโดยแกนนำผู้ติดเชื้อ,บุคลากรทางการแพทย์ ขั้นการนำแผนปฏิบัติการลงมือปฏิบัติจริงใช้การมอบหมายงาน, พัฒนาศักยภาพบุคลากร,จัดระบบบริการให้สอดคล้องกับแผนที่ได้วางไว้ ขั้นติดตามประเมินผลปฏิบัติการโดยพยาบาลประจำคลินิกเป็นคนสังเกตสรุปผลการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัส ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการกลุ่มวิเคราะห์ ทบทวนปรับปรุงในแต่ละจุดที่มีปัญหาและลงมือปฏิบัติในรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัย ตีความหมาย สร้างข้อสรุป และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์สถิติความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่การรับรอง COE 0292566 รับรองเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 129 คน (55.12%) เพศหญิง 105 คน (44.88%) มีอายุเฉลี่ย 47.27 ปี อาชีพเกษตรกรรม (53.85%) CD4 เฉลี่ย 184.13 Cell/mm^3 Adherence เฉลี่ยร้อยละ 88.88 ระยะเวลาที่รักษาเฉลี่ย 7.57 ปี

ขั้นการวางแผนปฏิบัติการ

1. ศึกษาสภาพปัญหาของรูปแบบบริการ การปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส โดยศึกษาเอกสารบันทึกการให้บริการแนวทางปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส ยังไม่มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนแต่บริการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่มาขอตรวจเอชไอวีที่โรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ และช่องทางการสื่อสารยังมีน้อยไม่หลากหลาย แนวทางปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษายังไม่ได้ปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ใช้ร่วมกันของทีมแต่จะยึดตามความเห็นของแพทย์เป็นเรื่องๆไป โดยอ้างอิงตามคู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี พ.ศ. 2565[4] มีการติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังรับยาต้านไวรัส มีการนัดตรวจ CD4, VL และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ยังขาดการติดตามกรณีไม่มาตรวจตามนัด การประเมินการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Adherence) รายบุคคลทำโดยเภสัชกรเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง กรณีมีผลดื้อยาในรอบ 1 ปี ยังไม่ได้ส่งไปรับบริการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Consult HIV Expert) เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา จำนวน 5 คน วิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการพบข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 12 คน ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 58.33 โดยรายใหม่ที่เริ่มยาต้านไวรัสมีค่า CD4 < 200 cell/mm3 ร้อยละ 66.66 และยังพบว่าไม่ได้รับยา 2 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคและเสียชีวิตก่อนรับยาต้านไวรัส 1 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถลดปริมาณไวรัสได้มีปริมาณ ≤ 1,000 Copies/ml. ในปี พ.ศ.2565 พบร้อยละ 86.94

2. ระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาการรับบริการจากผู้รับบริการดูแลรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัสโดยใช้

เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) ในประเด็น “ภาพฝันการรับบริการในคลินิกรับยาต้านของเรา” พบว่า 1) ต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรง CD4 สูงๆ และ VL < 50 Copies/ml ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีตามมาตรฐาน 2) ต้องการมีสิ่งแวดล้อมและสถานที่ในการรับบริการที่ดี เพราะการจัดโซนการให้บริการคับแคบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ห้องน้ำไม่สะอาด 2 ห้องไม่พร้อมใช้ น้ำดื่มไม่เพียงพอ 3) ต้องการได้รับการบริการที่ดีเพราะที่ผ่านมามีการจัดคิวไม่เป็นระเบียบ ผู้ให้บริการเสียงเบา ทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ขาดความเอาใจใส่ผู้ป่วยขาดความตระหนักต่อการบริการ เช่น ให้บริการเร่งรีบเกินไป เจ้าหน้าที่ให้บริการมีน้อย 4) ต้องการความรู้เรื่องโรคเอดส์ 5) ต้องการได้เบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น การเดินทางมารับบริการลำบาก ไม่มีรายได้ 6) ต้องการแกนนำที่มีศักยภาพ และเครือข่ายเพิ่มขึ้น เพราะดูแลไม่ทั่วถึง บทบาทของแกนนำไม่ชัดเจน เพื่อนไม่ให้การยอมรับเท่าที่ควร 7) ต้องการให้ครอบครัว/ชุมชน สังคมไม่ตีตราเพราะผู้ป่วยรู้สึกยังไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร ต้องการให้เจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมประเมินปัญหา ไม่อยากให้มองผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว 8) ต้องการให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองและกลุ่มผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการมากขึ้น

กระบวนการปฏิบัติการวิจัย

1. การวางแผนปฏิบัติการ การจัดกระบวนการระดมความคิดเห็นพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกรับยา ต้านไวรัสที่เหมาะสมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) พบว่า ด้านกลุ่มเสี่ยง จากการสนทนากลุ่มได้รับข้อมูลว่าโดยมากกลุ่มเสี่ยงจะเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ โรงพยาบาลจะตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่มาขอตรวจที่โรงพยาบาลการประชาสัมพันธ์ยังมีน้อยช่องทางการสื่อสารไม่หลากหลาย และยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนักรู้ไม่กล้ามารับบริการเพราะรู้สึกอาย/ตีตรา; ด้านการบริการบุคลากรรับผิดชอบประจำคลินิกมีคนเดียว พบปัญหา คือ ผู้รับผิดชอบหลักลาหรือไปราชการ ได้มอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทำงานแทนในลักษณะงานฝากและทั้ง 2 คน ไม่เคยผ่านการอบรมทำให้เข้าใจไม่ชัดเจนในระบบการให้บริการ ยังขาดองค์ความรู้/ทักษะในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและขาดความเชื่อมั่นในการให้บริการ; ด้านคลินิกรับยาต้าน ผู้ติดเชื้อบางรายยังขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง สมาชิกในกลุ่มยังขาดการวางเป้าหมายการดูแลตนเอง ยังมีพฤติกรรมดื่มสุรา/สูบบุหรี่ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งยังอยู่ในพื้นที่แต่ไม่มารับยาด้วยตนเองจะมีญาติมารับแทนทุกครั้งยกเว้นในวันนัดมาเจาะเลือด ทำให้ไม่ได้รับการประเมินการกินยา ขาดการกระตุ้นหรือเสริมพลังสร้างวินัยการกินยาและการดูแลตนเอง จากการประเมินการรับประทานยาโดยเภสัชกร เฉลี่ยร้อยละ 42.31 ที่มีวินัยในการกินยา > 95% การจัดการในรายที่กินยาแล้วกดไวรัสไม่ได้หรือมีผลดื้อยาช้าและไม่เป็นระบบ การออกติดตามเยี่ยมบ้าน เดิมทำโดยพี่เลี้ยงกลุ่มระยะหลังมีกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อออกเยี่ยมแต่ทำได้ไม่ครอบคลุม สมาชิกยังไม่ยอมรับ; การทำกิจกรรมกลุ่ม ในช่วงปี พ.ศ.2564-2566 ไม่มีการดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยจะมารับยาตามนัดโดยมีขั้นตอนการจัดบริการดังนี้ รับบัตรคิว วัดสัญญาณชีพ พบแพทย์ และรับยา รับใบนัดก่อนกลับบ้าน

ผลการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก คณะกรรมการบริหาร ผู้วิจัยได้นำแนวทางในการแก้ปัญหามาจัดทำแผนปฏิบัติการ ดังนี้

P1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายเพื่อให้ความรู้สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง

P2 ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพปรับ CPG ให้ทันสมัยปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

P3 อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย

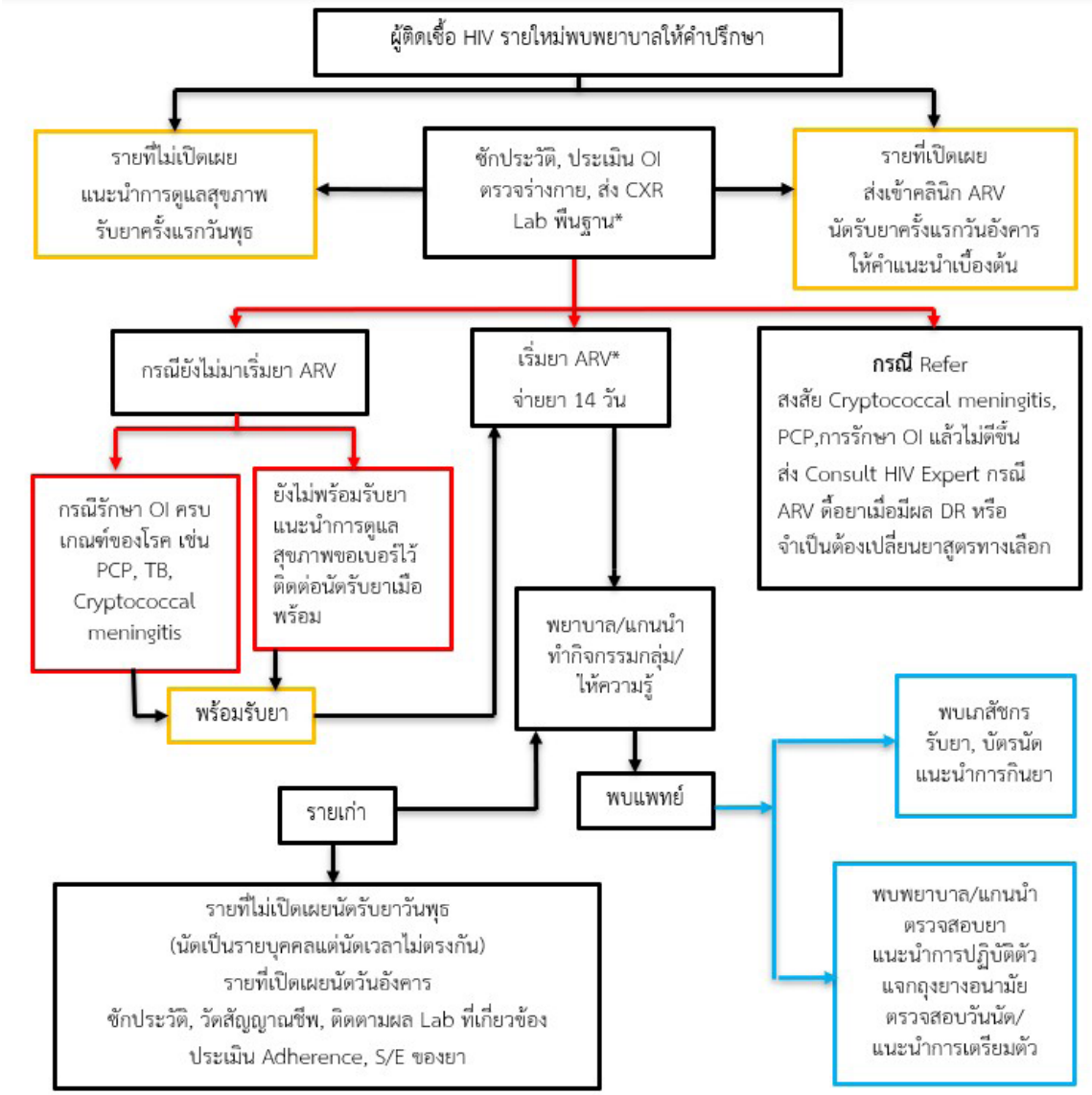
P4 การอบรมฟื้นฟูศักยภาพผู้ประสานงาน (HIV Coordinator: HIV Co) เสนอแผนระยะสั้น เชิญวิทยากรที่เป็น HIV Co ที่มีประสบการณ์การดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลใกล้เคียงมาให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และระยะยาวส่งอบรมพัฒนาศักยภาพของ HIV

Co โดยบรรจุในแผนพัฒนาบุคลากรระยะ 3 ปี

การปฏิบัติการตามแผน (Action)

A1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง จัดประชุม 5 แห่งๆ ละ 1 ครั้ง ในระหว่างวันที่ 25-29 ธันวาคม 2566 สร้างเครือข่ายในชุมชนเพิ่มเติมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครบ 17 แห่ง อสม.เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเอดส์ครอบคลุม 21 หมู่บ้าน ให้สามารถประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรอง มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการ บริการเจาะเลือดให้แก่กลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจใน รพ.สต. 17 แห่ง มีกลุ่มเสี่ยงสมัครใจตรวจ 457 ราย ผลลบทั้งหมด และในรายที่ความเสี่ยง และมีอาการแสดงที่ตรงกับเอดส์ 2 คน เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีกับครอบครัวและสมัครใจเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาล ผลเอชไอวีเป็นบวกทั้ง 2 คน คนที่ 1 เพศชาย อายุ 33 ปี มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเมื่อหลายปีที่ผ่านมา สมัครใจเริ่มรับยาต้านเมื่อ 3 มกราคม 2567 CD4 = 3 cell/mm3 คนที่ 2 เพศชาย อายุ 28 ปี เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทำงานบริการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เริ่มรับยาต้านเมื่อ 18 มกราคม 2567 CD4 = 14 cell/mm^3 ทั้ง 2 คน กินยาต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัด

A2 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจัด ประชุมคณะกรรมการเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งแรกได้สรุปปัญหาเบื้องต้นและเสนอให้พัฒนางานคุณภาพรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากต้องใช้ความรู้และทักษะเชิงลึก จึงเสนอแผนพัฒนาบุคลากรระยะเร่งด่วน โดยได้เชิญวิทยากรที่เป็น HIV Co ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาให้ความรู้และฝึกทักษะ ในเดือนมกราคม 2567 ทำให้มีการปรับ CPG ให้ทันสมัย ประกาศใช้ในเดือนมกราคม 2567 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Flow chart ระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG)
* เริ่มยา ARV ทุกราย ในทุกจำนวน CD4 ที่มีความพร้อมที่จะกินยา โดยยึดคู่มือ PCT การเริ่มยา (ยึดแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2565

A3 ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้พิจารณาเห็นชอบให้ใช้อาคาร ARI เป็นสถานที่ให้บริการคลินิกดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ปรับปรุงห้องน้ำที่มีอยู่เดิม จำนวน 2 ห้อง ให้พร้อมใช้และมีคนงานดูแลทำความสะอาด จัดให้มีที่บริการน้ำดื่มให้เพียงพอให้กลุ่มเข้าใช้บริการในเดือน มกราคม 2567

A4 อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยง และผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพ สร้างเสริมความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเชิญวิทยากรจากนอกองค์กร มาให้ความรู้เรื่องความตระหนักรู้เรื่องโรคเอดส์ การปรับทัศนคติเชิงลบต่อคน/กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเทคนิคในการจัดกระบวนการกลุ่ม 1 ครั้ง ในเดือนมกราคม 2567 และเมื่อให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัสเสร็จ จะมีการประชุมถอดบทเรียน เพื่อปรับใช้ในการให้บริการครั้งต่อ ๆ ไป (ผลการฝึกอบรมคือทีมพี่เลี้ยงมีความรู้ใหม่ๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี)

การติดตามประเมินผลปฏิบัติการ ผู้วิจัยติดตามประเมินผลปฏิบัติการจากการสังเกต จดบันทึกกิจกรรมติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติ พบว่า

1. ภายหลังการทำกิจกรรมกลุ่มใน 1 เดือนแรก ทีมพี่เลี้ยงขาดประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ไม่คุ้นเคยยังไม่ไว้วางใจ จึงได้ปรับกระบวนการทำงาน อีกโดยการซักซ้อมก่อนทำกลุ่มจริง จัดให้ทีมพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม 2 คน อย่างน้อยเป็นผู้มีประสบการณ์ทำกลุ่ม 1 คน หลังเลิกคลินิกบริการพี่เลี้ยงแต่ละท่านถอดบทเรียนที่ได้รับและยังพบปัญหาว่า สมาชิกบางคนมีการรับรู้น้อยและไม่กล้าแสดงออก (บางคนพูดเยอะเสียงดังทำให้บางคนไม่กล้าแสดงออก) บางคนมาช้า ทำให้ทำกลุ่มล่าช้า บางรายปฏิเสธการเข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่ม ทีมจึงเสนอข้อตกลงร่วมในการทำกลุ่มให้ชัดเจน เช่น กำหนดระยะเวลาให้ชัดเจนทุกครั้ง ในการทำกลุ่มครั้งต่อไปจัดทำแผนระบุกิจกรรมและระยะเวลาให้ทราบล่วงหน้า มอบหมายแกนนำช่วยเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกแสดงออกให้ครบทุกคน พี่เลี้ยงอีกคนเป็นผู้สังเกตการณ์ และบันทึกข้อมูลการสนทนา

2. การแก้ไขปัญหาด้านความรู้และวินัยการกินยาโดยการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งที่มารับบริการ และเน้นให้เห็นความสำคัญและผลดีต่อสุขภาพของการมาตามนัด โดย 1) สร้างความตระหนัก เน้นย้ำถึงวินัยในการกินยาสม่ำเสมอ ตรงเวลา โดยปรับกระบวนการให้สุขศึกษาผ่านกิจกรรมกลุ่ม เพิ่มช่องทางการประเมิน การกินยาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล การให้รางวัลผู้ที่นำยาเก่ามาคืนและมีวินัยในการกินยาดี 2) กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยา เภสัชกรประจำคลินิก ARV วิเคราะห์ร่วมกับผู้ป่วย หาสาเหตุปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เช่น บางรายกินยาไม่ตรง ตั้งนาฬิกาปลุกไม่เป็น จัดให้มีการแลกเปลี่ยนรายที่กดไวรัสได้สำเร็จ เป็นการถอดบทเรียนในกลุ่มผู้ป่วย พบว่ามีการตั้งนาฬิกาปลุก ป้ายเตือนเวลา เป็นต้น จากการส่งตรวจ VL ใน ปีงบประมาณ 2567 ถึงสิ้นเดือนมีนาคม 2567 จำนวน 234 ราย พบร้อยละของผู้ป่วยเอชไอวีที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จหลังจากได้รับยาต้านไวรัส (VL < 1,000 copies/ml.) จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 90.17 ภายหลังการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co ในเดือน มกราคม 2567 ได้ดำเนินการส่งผลดื้อยาเพื่อปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นคนที่ยังไม่ได้ส่ง Consult HIV Expert ในปี พ.ศ.2567 จำนวน 3 คน คนที่ 1,2 อายุ 43 ปี คนที่ 3 อายุ 39 ปี ภายหลังส่งปรึกษา HIV Expert พบว่าไม่ดื้อยา แต่เป็นผลจากไม่มียาในกระแสเลือด แพทย์พิจารณาให้กินยาสูตรเดิม ทีมจึงได้ให้คำปรึกษาสร้างวินัยการกินยาและเสริมพลังด้วยกิจกรรมกลุ่มทำให้กดเชื้อได้ โดยมีผลตรวจภายหลังการปรับวินัยการกินยา 6 เดือน ผล VL < 20 copies/ml ทั้ง 3 คน คนที่ 4 อายุ 60 ปี ยังไม่เปลี่ยนสูตรยาแต่เสียชีวิตก่อนและรายที่ 5 มีภาวะของจิตเวช ที่เกิดภายหลังทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนสูตรยาได้ และในปี 2567 พบมีผลดื้อยารายใหม่ 2 คน เมื่อได้ผลการตรวจการดื้อยา (DR) สามารถส่ง Consult HIV Expert ภายใน 1 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรยาได้เร็วขึ้น

วิจารณ์

1. การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า การอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะเชิงลึก สามารถนำมาปรับใช้ ในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น การจัดทำ CPG แล้วประกาศใช้ร่วมกันทำให้มีแนวทางปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงกล้าเปิดเผยตนกับครอบครัวและเข้าสู่ระบบการรักษา และรายที่กินยาสามารถกดไวรัสสำเร็จสูงขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประจักร เหิกขุนทด[5] พบว่า ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โดยการศึกษาบริบท รูปแบบการปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส วิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการ การให้บริการดูแลรักษา ขั้นปฏิบัติการวิจัยได้เพิ่มความรู้ สร้างความตระหนักแก่ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก และสร้างเครือข่ายในชุมชน ทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อบรมฟื้นฟูศักยภาพ ผู้ประสานงาน (HIV Coordinator: HIV Co) และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปรับระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ให้ทันสมัย

2. การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการพบว่า การเพิ่มความรู้ความตระหนักแก่บุคลากร สร้างเครือข่ายรพ.สต.และ อสม. เชี่ยวชาญดำเนินการค้นหาและประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชนทำให้มีกลุ่มเสี่ยงสมัครใจ ตรวจเลือด 457 คน แสดงว่า การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เชิงรุก สามารถกระตุ้นกลุ่มเสี่ยงให้เข้าถึงบริการการตรวจเอชไอวีได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้รายที่มีความเสี่ยงและมีอาการแสดงที่ตรงกับเอดส์เปิดเผยสถานะเสี่ยงต่อญาติในครอบครัวญาติรับรู้และนำมารับบริการ ผลเอชไอวี เป็นบวกทั้ง 2 คน แสดงว่าการทำให้ประชาชนรับรู้จนกล้าเปิดเผยสถานะยอมรับการตรวจเข้าสู่การรักษาซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สัจพงษ์ โชคคติวัฒน์ และดวงฤดี วรชิน[6] จากการจัดกระบวนการ “แผนที่ความคิด” พบว่าปัญหา และความคาดหวังในการมารับบริการได้แก่ การอำนวยความสะดวกและรูปแบบให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิก ผลการสนทนากลุ่มปรากฏผล คือ 1) พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่ไม่ทันเวลา 2) ควรมีแนวทางปฏิบัติให้ใช้ได้สะดวก และเป็นลายลักษณ์อักษร 3) อยากให้จัดอบรมความรู้ใหม่ๆ และข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงาน ปรากฏผลคือ 1) ผู้ป่วยขาดนัดกินยาไม่ตรงเวลา 2) สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสมการวางแผนแก้ปัญหา และพัฒนาได้นำปัญหาเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะทำงานคุณภาพ มีการปรับปรุงด้านอัตรากำลังคน พัฒนาทีมสหวิชาชีพ ปรับอาคารสถานที่ให้เป็นสัดส่วน พัฒนา CPG จำนวน 2 เรื่อง จัดทำแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานแล้วนำมาทดลองใช้ 1 เดือน พบมีข้อที่ต้องปรับปรุงได้แก่ การเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยใหม่ทั้งในรายที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย การซักประวัติ การประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และจัดการปัญหาเมื่อมีโรคร่วมไม่ชัดเจน การนัดหมายในครั้งแรกและครั้งต่อมาไม่ชัดเจนรวมถึงกรณีการส่งต่อจึงได้ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่เป็นครั้งที่ 2 ซึ่งมีการนำไปใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงปัจจุบัน และส่งผลให้ติดเชื้อเอชไอวีรายเก่าที่ไม่เปิดเผยตัวยินยอมเปิดเผยตัว 5 ราย และรายที่ขาดนัด จำนวน 6 รายกลับมารับยาต่อจำนวน 5 ราย

3. การปรับแนวทางการดำเนินงานให้มีการใช้กิจกรรมกลุ่ม ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน การให้คำปรึกษารายบุคคล การมีวินัยการกินยา การมาตามนัดทำให้การกดไวรัสสำเร็จร้อยละ 90.17 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทนา เสียงล้ำ[7] ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการให้แนวทางการดูแลเพิ่มเติมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงอายุในโรงพยาบาลบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีร้อยละความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือดีมาก เนื่องจากแนวทางในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในปัจจุบันมีการใช้ยาชนิดสูตรพื้นฐานรวมเป็นเม็ดเดียว (Teevir*) มีผลข้างเคียงน้อย รับประทานง่าย และรับประทานวันละครั้ง ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยของภัทรกันย์ วงค์ตาหล้า[8] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษ์สุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสหลังการเข้าร่วมวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีค่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.6 (SD.= 2.5) เป็นร้อยละ 98.9 (SD.=1.2) และดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.80 กิโลกรัม/เมตร2(SD.=2.60) เป็น 21.20 กิโลกรัม/เมตร^2 (SD.=2.4) และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 396.5 เซลล์/มม.3 (SD.= 203.20) เป็น 500.9 เซลล์/มม.^{3} (SD.= 190.00) ซึ่งมีค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. การแก้ไขการดื้อยามีการส่งผลดื้อยาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และทีมได้ให้คำปรึกษาสร้างวินัยการกินยาและเสริมพลังด้วยกิจกรรมกลุ่มปรับวินัยการกินยา 6 เดือน ทำให้กดเชื้อได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญา พฤฒิสืบ[9] ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดการรักษา และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านโครงสร้างสถานบริการ บุคคล ชุมชน ที่มีผลต่อการขาดนัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไปมี ประวัติขาดนัดเกิน1สัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบปี พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดการรักษา (1) ด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ มีระยะทางไกลจากบ้านพักหรือที่ทำงานพบมากที่สุด (2) ด้านคุณภาพคลินิก พบว่า ไม่มีความเป็นส่วนตัว และกลัวถูกเปิดเผยเลือดให้ผู้อื่นรู้ (3) ด้านการทำงานและครอบครัว พบว่า ทำงานงานยุ่งต้องดูแลครอบครัว (4) ด้านสุขภาพพบว่า มียารับประทานเหลือพบมากที่สุด (5) ด้านการรับรู้ข้อมูลอื่นๆ การย้ายกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

1.1 จากการทบทวนและปรับปรุงวิธีทำงานครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนาการทำงานเป็นทีมของผู้ปฏิบัติงาน การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม การสร้างเครือข่ายในชุมชน และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อ ความมีคุณค่าของแกนนำที่ช่วยปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

2.1 ควรส่งเสริมให้เกิดการยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร่วมกันสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์และการรักษาโรคตลอดจนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.2 ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวในการนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วนี้ไปใช้ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบและช่องทางการสื่อสารที่สนับสนุนให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ยอมมารับยาเองได้มองเห็นประโยชน์ของการมาพบแพทย์ และเข้าสู่กระบวนกลุ่มจะได้รับการเสริมพลังและกระตุ้นการดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนภาคีเครือข่ายและผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุวรรณภูมิที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http//aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/1759
2. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. สรุปสถานการณ์การให้บริการ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ปี 2566. โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ; 2566.

3. กัญญสิริ จันทร์เจริญ. บทที่ 5 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2566]. 2554. เข้าถึงได้จาก: https://www.ict.up.ac.th/surinthips/ResearchMethodology_2554...PDF.
4. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. 2565. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
5. ประจักร เหิกขุนทด. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว. วารสารโรคเอดส์. 2564;33(3):151-64.
6. สัจพงษ์ โชคคติวัฒน์, ดวงฤดี วรชิน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(1):15-27.
7. นันทนา เสียงล้ำ. ผลของการให้แนวทางการดูแลเพิ่มเติมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงอายุในโรงพยาบาลบึงกาฬ [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563.
8. ภัทรกันย์ วงค์ตาหล้า. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษ์สุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2564;6(3):91-103.
9. กัญญา พฤฒิสืบ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. Thai AIDS Journal. 2564;33(3):139-50.