การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Development of care models for HIV/AIDS patients in Ruamnamjai Clinic Phlabplachai Hospital Buriram

วิจิตรา อุดมศิลป์*

Wijittra Udomsil

Corresponding author: Email: moochu2554@gmail.com

(Received: February 10, 2026; Revised: February 15, 2026; Accepted: March 14, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบท พัฒนาขั้นตอนและปรับปรุงกระบวนการ และประเมินผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ทำการศึกษาในประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ที่เข้ารักษาในคลินิรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 175 ราย และทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 12 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2568 - 30 กันยายน พ.ศ.2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช 0.96 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย : (1) สภาพปัญหาสภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มารับยาต่อเนื่อง อาคารสถานที่คับแคบ และไม่มีระบบให้บริการที่เป็นแนวทางเดียวกัน (2) รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ซักประวัติ, ประเมิน OI ตรวจร่างกาย, ส่ง CXR Lab พื้นฐาน 2. พบแพทย์/พยาบาล ให้ความรู้ ทำกิจกรรมกลุ่ม และ 3. พบเภสัชกร/พยาบาล/แกนนำ แนะนำการกินยาและปฏิบัติตัว และรับบัตรนัด ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการปรับขั้นตอนให้ทันสมัย พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบในระดับมาก และทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมาก และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบพบว่าทั้งผู้ป่วยและทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกมีระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

สรุปผลและข้อเสนอแนะ : นวัตกรรมจากการวิจัยนี้พิสูจน์แล้วว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการยา ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน และทลายข้อจำกัดด้านสถานที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ด้วยอัตราการปฏิบัติตามแนวทางที่สูงของบุคลากรทางการแพทย์และความพึงพอใจในระดับดีเยี่ยมของผู้รับบริการ จึงเป็นโมเดลที่ควรค่าแก่การขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่นและบรรจุเป็นนโยบายมาตรฐานในระดับองค์กร

ความสำคัญ : ภาวะ Extravasation; สารทึบรังสี; แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

Abstract

Purposes : To examine the existing problems and contextual factors, to develop and refine service procedures and processes, and to evaluate the outcomes of care for people living with HIV and patients with AIDS at Ruam Namjai Clinic, Phlabplachai Hospital, Buriram Province.

Study design : Participatory Action Research : PAR.

Materials and Methods : This study was conducted among 175 individuals living with HIV and patients with AIDS who received care during the fiscal year 2024 at the Ruam Namjai Clinic, Phlabplachai Hospital, as well as 12 members of the Clinical Patient Care Quality Improvement Team at the same hospital. Data collection was carried out between May 30, 2025, and September 30, 2025.The research instruments consisted of a structured questionnaire and an in-depth interview guide. The questionnaire demonstrated high internal consistency reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.96. Data were analyzed using both descriptive and inferential statistics, with the level of statistical significance set at .05.

Main findings : (1) Problem Situation and Context Related to the Care of People Living with HIV. The existing problems and contextual factors related to the care of people living with HIV include poor medication adherence, irregular follow-up visits for medication refills, limited and overcrowded physical facilities, and the absence of a standardized service delivery system. (2) Model of Care for People Living with HIV and AIDS at the Ruam Namjai Clinic. The model of care for people living with HIV and AIDS at the Ruam Namjai Clinic consists of three main steps: history taking, opportunistic infection (OI) assessment, physical examination, and ordering of chest X-ray (CXR) and basic laboratory investigations; consultation with physicians or nurses, provision of health education, and participation in group activities; and consultation with pharmacists, nurses, or peer leaders to provide counseling on medication adherence and self-care practices, followed by scheduling the next appointment. Following the development and improvement of this care model, several service procedures were updated and modernized. The results indicated that nurses demonstrated a high level of compliance with the nursing practices according to the developed model. Additionally, the clinical patient care quality improvement team reported a high level of satisfaction with the implementation of the model. When comparing satisfaction levels before and after the model development, both patients and members of the clinical care quality improvement team showed increased levels of satisfaction.

Conclusion and Recommendations : The innovation developed from this research has been demonstrated to effectively enhance medication management efficiency, reduce redundant procedures, and concretely overcome limitations related to physical space. With a high level of adherence to the guidelines among healthcare personnel and an excellent level of satisfaction among service recipients, this model represents a valuable approach that should be expanded to other hospitals and integrated as a standard policy at the organizational level.

Keywords : Extravasation; Contrast Media; Nursing Practice Guidelines

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Phlabplachai Hospital.

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในปัจจุบันโรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งเป็นไวรัสที่ทำลาย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคม หากไม่เข้ารับการรักษาหรือทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลง ร่างกายไม่แข็งแรง มีโอกาสติดเชื้อโรคฉวยโอกาสและถ้าหากไม่ ป้องกันสามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ให้แก่บุคคลอื่นๆ และผลกระทบทางสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะ ปกปิดเป็นความลับ ไม่ให้คนอื่นทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจ และเกิดการตีตราจากสังคม ทำให้ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจและความสัมพันธ์ความรู้สึกไว้วางใจกับบุคคลหรือคู่สัมพันธ์คนในครอบครัว หายไป สาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มาตามนัดและขาดนัดทำให้การดูแลรักษาไม่ต่อเนื่อง[1]

เนื่องจากปัญหาเอดส์มีการแพร่กระจาย ในวงกว้าง และเป็นปัญหาของไทยมาตลอด ตั้งแต่มีการพบผู้ติดเชื้อในไทยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 รูปแบบของการระบาดมีการเปลี่ยนแปลง จากการติดต่อทางการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน จนมีการติดเชื้อเข้าสู่ครอบครัว กลุ่มวัยรุ่นนักเรียนนักศึกษา การดำเนินการแก้ไขจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอด ประเทศไทยมีการพัฒนาแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2535-2539 เป็นฉบับแรก และดำเนินการต่อเนื่องทุก 5 ปี สอดรับตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาเป็นลำดับ[2] ยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยปัจจุบัน มีระยะเวลาการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2573 โดยมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ประเทศไทย 20 ปี และพันธะสัญญา นานาชาติที่จะร่วมกัน หยุดยั้งการระบาดของเอชไอวีไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุข ภายในปี ค.ศ. 2030 หรือปี พ.ศ. 2573 ยุทธศาสตร์ นี้มีเป้าหมายหลัก 3 ประการคือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือไม่เกินปีละ 1,000 ราย, ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหลือไม่เกินปีละ 4,000 ราย และ ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงร้อยละ 90

รายงานสถานการณ์การระบาดเอชไอวีในประเทศไทย ว่า ปี พ.ศ.2566 มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 580,000 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 474,675 คน ผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 12,000 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,100 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งคนไทยยังมีทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 27.9 % กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573 มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา โดยมีเป้าหมายลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ไม่ให้เกิน 1,000 คนต่อปี ลดการเสียชีวิตจากเอดส์ไม่เกิน 4,000 รายต่อปี และลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง เหลือไม่เกินร้อยละ 10 จากการคาดประมาณสถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ในปี พ.ศ.2564 คาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,500 คน/ปี (เฉลี่ย 18 คน/วัน) ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 9,300 ราย/ปี (เฉลี่ย 26 ราย/วัน) และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ประมาณ 520,000 คน โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 97 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน นอกจากนี้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) ในปี พ.ศ.2562 พบว่า คนไทยมีทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 26.7 ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ.2573 ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านการป้องกันและการดูแลรักษา[3]

โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีการให้บริการคลินิกให้ยาต้านต้านไวรัส ภายใต้ชื่อคลินิกรวมน้ำใจ จากรายงานประจำปี พ.ศ.2564-2566 พบว่า ผู้รับบริการที่รับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 163, 171, 175 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 3, 6, 2 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 2, 2, 4 คน ตามลำดับ

ซึ่งเปิดให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในวันพุธ สัปดาห์ที่ 1 และ 2 ของเดือน เวลา 08.00-12.00 น. ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) โดยทีมสหวิชาชีพทางด้านการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์และผู้ช่วยเหลือคนไข้[4] หลังจากได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ป่วยเอดส์และเอชไอวีทุกรายได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาใน โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วย เพื่อบันทึกรายงานข้อมูลผู้ป่วยเอดส์และเอชไอวี เพื่อรายงานการรักษาและรับการชดเชยยาต้านไวรัสจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้มีระบบประสานทีมแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์ ผ่านระบบใบ Refer และแอพพลิเคชั่นไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตฐานอย่างครอบคลุม ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันยังเป็นเพียงข้อมูลเชิงสถิติของจำนวนผู้รับบริการ ผู้ป่วยรายใหม่ และอัตราการเสียชีวิต ซึ่งยังไม่สะท้อนประสิทธิผลของระบบการดูแลรักษาในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลอย่างชัดเจน ยังขาดการศึกษาที่มุ่งประเมินหรือพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างเป็นระบบในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ทั้งในด้านการจัดระบบบริการ การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตลอดจนผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงช่องว่างในการศึกษาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ขึ้น เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้ขั้นตอนการปฏิบัติงานภายในองค์กรมีระบบนำไปสู่การพัฒนาระบบการบริการของแผนกผู้ป่วยอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาขั้นตอน และประเมินผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

ประชากร การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านประชากร ตามบริบทของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย คือ กลุ่มที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ที่เข้ารักษาในคลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 175 ราย และกลุ่มที่ 2 ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลประจำคลินิก 2 คน เจ้าหน้าที่งานชันสูตร 1 คน เภสัชกร 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน พยาบาลให้คำปรึกษา 6 คน รวม 12 คน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือกระบวนการในการพัฒนาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Dept Interview Group) ใช้กับทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการขบวนการขั้นตอน เช่น การประชุม การทบทวนปัญหาการวิเคราะห์สภาพปัญหาในมิติต่างๆ การขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 1 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ โดยลักษณะของคำถามแล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสมและตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโดยผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงใช้แนวคิดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของ Parasurama et al.[5] ในการสร้างเครื่องมือ จำนวน 20 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)

1.2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ มีรายละเอียดดังนี้ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นประเด็นคำถามด้านการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อพัฒนารูปแบบดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รายละเอียดด้านความคิด (Exploring Opinions) เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปปริมาณ ในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดไว้ 2 ส่วนด้วยกัน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย 1) พบเจ้าหน้าที่คัดกรองลงทะเบียนฝ่ายเวชระเบียน 2) ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง 3) จุดซักประวัติผู้ป่วย 4) รับการตรวจจากแพทย์ก่อนเจาะเลือด 5) รับบริการตรวจเลือดที่ห้องปฏิบัติการ 6) พบพยาบาลหลังเจาะเลือด 7) รับการตรวจจากแพทย์ 8) พบพยาบาลหลังจากแพทย์ 9) ตรวจชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงิน และ 10) รับยากลับบ้าน ให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระและส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และอาชีพ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) และ ระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ในรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Paired Sample -test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่เหมาะสม เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สรุปแล้วแยกเป็นหมวดหมู่ เพื่อสรุปประเด็นเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ข้อมูลและชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และ

ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม โดยในแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ จะไม่มีการระบุชื่อนามสกุล ที่อยู่ สถานที่ทำงาน หรือข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถ สื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยจะทำการระบุเพียงรหัสชุดของแบบสอบถามเท่านั้น และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2025-045 เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 37.06 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ในตำแหน่งงานเฉลี่ย 14 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก (n=12)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	2	16.7
	หญิง	10	83.3
อายุ (ปี)		Mean(SD.) : 37.06(5.42)	
ระดับการศึกษาสูงสุด	ปวส.)/อนุปริญญา	1	8.3
	ปริญญาตรี	10	83.4
	ปริญญาโท	1	8.3
ตำแหน่งงาน	แพทย์	1	8.3
	เภสัชกร	1	8.3
	พยาบาลวิชาชีพ	8	66.8
	นักเทคนิคการแพทย์	1	8.3
	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	1	8.3
ประสบการณ์ในตำแหน่งงาน		Mean(SD.) : 14.00(6.84)	

1.1 สภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

1) ผลการให้คะแนนสภาพการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ คะแนนเต็ม 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ 7 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 50.0 (6 คน) ให้คะแนน 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 25.0 (3 คน) ให้คะแนน 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 25.0 (3 คน) ผลการศึกษาสภาพปัญหาและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีรายละเอียดดังนี้

(1) ข้อดีของสภาพการณ์การดูแลรักษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รูปแบบเดิม พบว่า จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับข้อดีของสภาพการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รูปแบบเดิม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 3 คน (ร้อยละ 25) ที่กล่าวถึงข้อดีของรูปแบบเดิมว่า มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน พร้อมทั้งมีการจัดทาเป็นรูปเล่มแจกจ่ายให้แต่ละหน่วยงาน เจ้าหน้าที่มีความพยายามที่จะนามาปรับใช้ มีการติดตามการดำเนินงาน ติดตามตัวชี้วัดและการรายงาน พร้อมนิเทศปีละ 1 ครั้งจากทีมระดับจังหวัด

“...เราก็มีแนวทางนะทีมคลินิกนำมาให้ที่หน่วยงาน...” (N3)

“...พยาบาลก็มีความพยายามที่จะประเมิน คัดกรองให้ค่ะ ...”(N3)

“...การใช้ CPG เข้ามาจับทำให้ การดำเนินงานอาจจะได้เร็วขึ้น เป็นการสื่อสารผมว่าดี ในการประสานระหว่างหน่วยงาน...” (D)

“...ก็ดีครับ ผมมองว่าการใช้ CPG เป็นตัวเตือนให้ประสานงาน หมอต้องมีAction ถ้าระบุรายละเอียดข้อมูลก็ดี ละเอียดขึ้น...”(D)

“...ทีมเครือข่ายดูแลการดำเนินงาน HIV จังหวัดมาตรวจเยี่ยม ติดตามการดำเนินงานและตัวชี้วัดทุกปี...”(N2)

2) ปัญหา อุปสรรคของสภาพการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีดังนี้ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพลับพลาชัย พบว่า แนวปฏิบัติกว้างเกินไป ไม่เฉพาะเจาะจง ยังขาดความชัดเจนในการนำสู่การปฏิบัติ ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันไม่เข้าใจว่าจะเขียนอะไร ไม่มั่นใจในการใช้และปฏิบัติไม่เหมือนกัน แนวปฏิบัติไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริง ผลการศึกษา พบว่า ถึงแม้งานผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ ได้นำนโยบายและแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ลงสู่หน่วยงานในโรงพยาบาล แต่ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ รู้สึกว่ายังขาดความชัดเจนในการนำสู่การปฏิบัติ ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันและปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

(1) การประชาสัมพันธ์และการค้นหาผู้ติดเชื้อ มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ไม่มีเครือข่ายการทำงานให้ความรู้เพิ่มเติมสร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มช่องทางการสื่อสารในกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง

- ช่องทางการประชาสัมพันธ์ยังมีน้อยไม่หลากหลาย ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

“...ไม่รู้จะมีการประสานงานไปหน่วยงานอื่นยังไงเลยไม่ได้ทำ...” (N1)

“...มีสื่อให้ความรู้ แต่ไม่รู้จะไปให้สุขศึกษาที่ไหน เช่น ไม่มีช่องทาง หรือมีแค่ FaceBook โรงพยาบาล ไม่รู้กลุ่มเสี่ยงจะเข้าถึงได้ไหม...” (N3)

(2) การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังรับยา มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ด้านการนัด ไม่มีแนวทางการติดตามเมื่อไม่มาตามนัด ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

“...เคยเจอผู้ป่วยมาผิดนัด แต่ไม่รู้จะจัดการยังไง โดยที่ผู้ป่วยก็ไม่ได้บอกแต่แรก ต้องหาวิธีจัดการเอง....” (N3)

(3) การประเมิน Adherence โดยเภสัชกร เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ยังไม่มีการส่ง Consult HIV Expert และปรับเปลี่ยน สูตรยา ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

“...บางคนลงข้อมูลเป็นวินิจฉัยโรค บางคนไม่ลงรายละเอียดเลยไม่รู้จะดำเนินการอย่างไรต่อ...” (N3)

“...บางคนไม่เขียนรายละเอียดการประเมิน Adherence ...” (N5)

(4) การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลพลับพลาชัย มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- การจัดคิวไม่เป็นระเบียบ

- ผู้ให้บริการเสียงเบา

- ผู้ป่วยขาดนัดยังไม่มีแนวทางการติดตามที่ชัดเจน ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...บางคนไม่ได้เขียนคิว ให้บริการ หรือบางคนลัดคิวก็มี..." (N4)

"...บางคนพูดเสียงเบา คนไข้ไม่ได้ยินเสียง จึงทำให้หลุดคิวไป..." (N4)

"...จากการทบทวนการซักประวัติดูแลผู้ป่วยขาดการ Monitor ที่ต่อเนื่อง ซักประวัติโดยการ Coppy visit เดิม..." (N3)

(5) ผู้รับผิดชอบหลัก มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- แกนนำ มีน้อยดูแลไม่ทั่วถึง บทบาทไม่ชัดเจนขาดทักษะ และ องค์ความรู้

- มีคนเดียวส่งผลให้การดำเนินงานไม่มีการสำรอง ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...ผู้รับผิดชอบงานหลัก มีภาระงานซ้ำซ้อน ส่งผลให้ขาดการทบทวนการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ส่งผมให้ไม่มีการดำเนินงานติดตามต่อเนื่อง..." (N1)

(6) ครอบครัว/ชุมชน มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ครอบครัว/ ชุมชน สังคมตีตราไม่ให้การช่วยเหลือเท่าที่ควร ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...ยังไม่มีเครือข่ายสุขภาพในการดำเนินงาน HIV ที่จริงจัง..." (N4)

"...ประชาชนบางคนยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย..." (N2)

(7) กระบวนการดูแลผู้ป่วย มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- ทีมพี่เลี้ยงขาดองค์ความรู้พื้นฐาน/เชิงลึกในกระบวนการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...พบกระบวนการที่เป็นขั้นตอนไม่ปัจจุบัน..." (L)

"...มีการใช้กระบวนการตามขั้นตอน ทุกคนไหม..." (L)

"...เคยมีคนมีการดำเนินการลัดขั้นตอน..." (N2)

"...ที่เคยปฏิบัติมาเมื่อก่อนไม่ใช่แบบนี้ แต่เมื่อมีผู้รับผิดชอบหลัก ก็ไม่ได้ตามต่อ..." (N2)

(8) CPG ในการปฏิบัติงาน มองว่ามีประเด็นปัญหาอุปสรรค ดังนี้

- CPG ในการปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ดังที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า

"...ไม่มีแนวปฏิบัติในการบันทึกเคส และการรายงานแพทย์ที่ชัดเจน เมื่อผู้รับผิดชอบงานไม่อยู่ คนอื่นบันทึกแทนไม่เหมือนกัน สับสนในการดำเนินงาน..." (N2)

(9) สิ่งแวดล้อมและสถานที่

- การจัดโซนบริการไม่เหมาะสม คับแคบ

"...ไม่มีการแยกโซนผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้คลินิกคับแคบ..." (N2)

2. จากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่มโดยทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ได้คัดเลือกประเด็นปัญหาคือ การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีประเด็นในการสนทนากลุ่มประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) มีเนื้อหาเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบกับแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ.2564/2565 ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นไปใช้ ในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. ประเด็นเรื่องผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยยังไม่เปิดเผยสถานะการเจ็บป่วย ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวโรคที่เป็นอยู่ มีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ไม่มารับยาตามนัด มารับยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่สม่ำเสมอ รูปแบบการดูแลครั้งนี้จะมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกรวมน้ำใจรายบุคคล

2. ประเด็นอาคารสถานที่ พบว่า มีความแออัดในการให้บริการ ไม่มีพื้นที่ให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงาน ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ไม่สะดวกในการมารับบริการ ที่นั่งไม่เพียงพอ จึงได้ทำการย้ายคลินิกจากแผนกผู้ป่วยนอก ไปใช้ตึกคลินิก NCD ซึ่งไม่แออัด มีความเป็นส่วนตัว คนไม่พลุกพล่าน มีห้องตรวจที่มิดชิดมีพื้นที่เพียงพอเป็นสัดส่วนสาหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินกิจกรรมตามหน้าที่และบทบาทตามที่ได้รับมอบหมาย

3. ประเด็นด้านระบบการให้บริการ พบว่า ประเด็นด้านระบบการให้บริการพบว่าความยุ่งยาก หลายขั้นตอน ดังนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจะต้องมายื่นบัตร กดบัตรคิวมาที่คลินิกรวมน้ำใจ ที่ฝ่ายเวชระเบียน ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตที่จุดคัดกรอง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะนั่งรอซักประวัติที่หน้าห้องตรวจ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกพยาบาลประจำคลินิกจะทำการซักประวัติ พร้อมทั้งส่ง CXR เพื่อคัดกรองวัณโรคตามเกณฑ์ ที่กลุ่มงานรังสีวิทยา ส่งเจาะเลือดที่กลุ่มงานปฏิบัติการทางการแพทย์ ห้องเบอร์ 10 ตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 – 2564 หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมีโรคร่วมก็สามารถพิจารณาส่งตรวจพิเศษอื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสมก่อนพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและพบแพทย์ พยาบาลประจำคลินิกให้คำปรึกษาออกใบนัดรับยาที่กลุ่มงานเภสัชกรรม สุดท้ายแล้วส่งไปคิดค่าใช้จ่ายที่การเงิน พร้อมทั้งนำประวัติการรักษามาคืนที่คลินิกก่อนกลับบ้าน ซึ่งจากรูปแบบการดูแลแบบเดิมมีหลายขั้นตอนและต้องเข้ารับบริการในหลายจุด ดังนั้นในรูปแบบการดูแลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรวมน้ำใจ จึงได้จัดให้มีการบริการแบบเบ็ดเสร็จ (One stop service) มีการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multi–disciplinary team) ผู้ป่วยสามารถพบเจ้าหน้าที่ที่แพทย์มอบหมายให้ดูแลแทน (Task shifting) ได้ในกรณีอาการคงที่ และมีการตรวจรักษาโดยแพทย์ในรายที่อาการผิดปกติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและแผนการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

สภาพปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ
1. การประชาสัมพันธ์และการค้นหาผู้ติดเชื้อยังมีน้อยมีช่องทางไม่หลากหลาย	- สร้างเครือข่ายการทำงานให้ความรู้เพิ่มเติม - สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มช่องทางการสื่อสารในกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
2. การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลัง รับยาต้านการนัด การติดตามกรณีไม่มาตรวจตามนัด	- ปรับ CPG ให้เป็นปัจจุบัน ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
3. วินัยการกินยาของผู้ป่วย มีการประเมิน Adherence โดยเภสัชกรเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง, กรณีมีผลดื้อยา (DR) ยังไม่มีการส่ง Consult HIV Expert และปรับเปลี่ยนสูตรยา	- ปรับ CPG ให้เป็นปัจจุบัน ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล - จัดทำแนวทางปฏิบัติ กรณีรายที่กินยาแล้วกดไวรัสไม่ได้	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

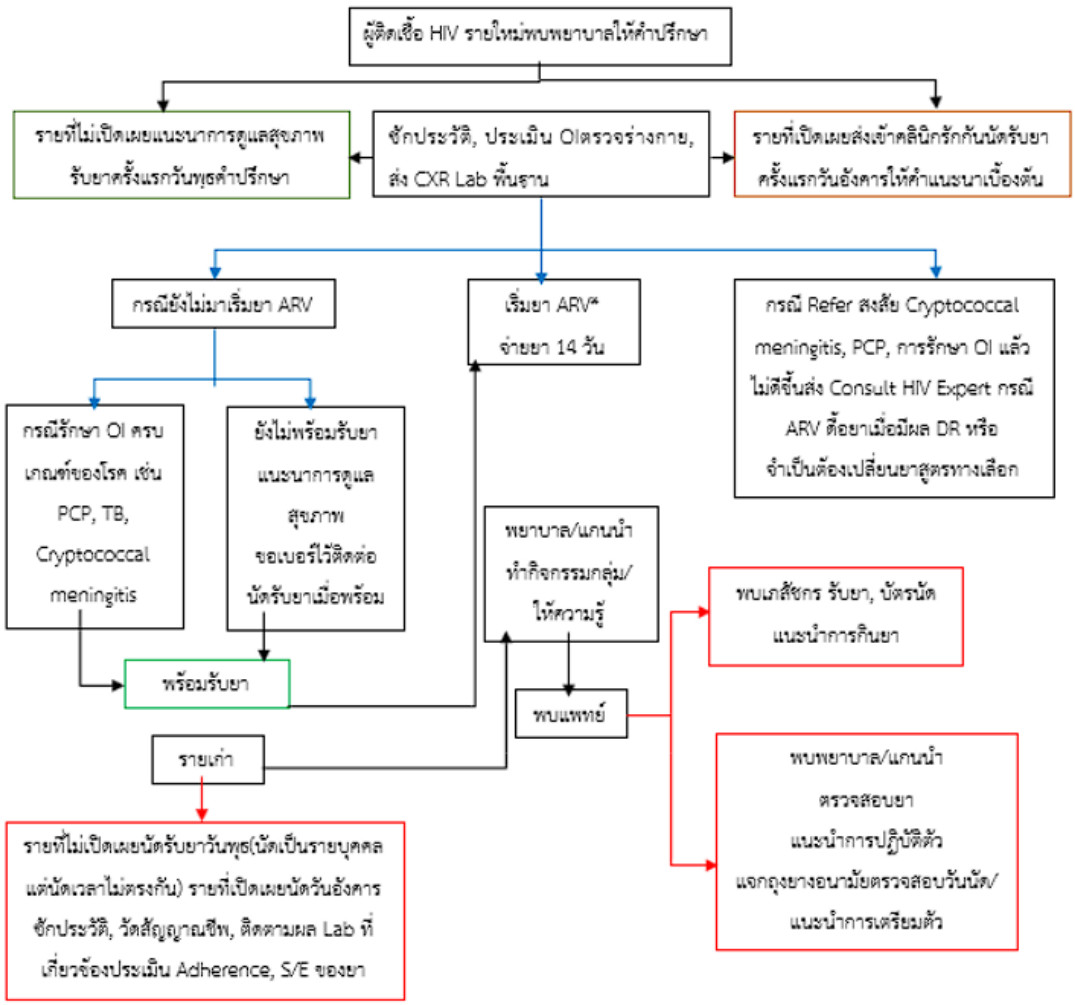
ตารางที่ 2 (ต่อ)

สภาพปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ
4. การบริการ - การจัดคิวไม่เป็นระเบียบ - ผู้ให้บริการเสียงเบา - ผู้ป่วยขาดนัดยังไม่มีแนวทางการติดตามที่ชัดเจน - ผู้ป่วย ขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์ - ทานยาไม่สม่ำเสมอ, ไม่ตรงเวลา การเสริมทักษะวินัยการกินยาของผู้ป่วยมีการแนะนำเป็นรายบุคคลยังไม่มีการทำกิจกรรมกลุ่ม	- ปรับขั้นตอนการจัดคิวให้เป็นระบบจัดหาไมโครโฟน ในจุดบริการและจุดจ่ายยา - จัดทำแนวทางและเกณฑ์การติดตามผู้ป่วยเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันอย่างชัดเจนร่วมกับกลุ่มภูผาเหล็กในผู้ป่วยรายที่ยินดีให้ติดตามเยี่ยม หากมีรายที่ไม่สะดวกให้เยี่ยมทำข้อตกลงเป็นรายๆ ไป - ด้านความรู้และมีวินัยในการกินยา บูรณาการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งที่มารับบริการ และเน้นให้เห็นความสำคัญและผลดีต่อสุขภาพของการมาตามนัด	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
5. แกนนำ มีน้อยดูแลไม่ทั่วถึง บทบาทไม่ชัดเจนขาดทักษะ และ องค์ความรู้	- ปรับโครงสร้างกลุ่มและคัดเลือกแกนนำเพิ่ม พัฒนาทักษะและองค์ความรู้ให้แก่กลุ่มแกนนำ และติดตามประเมินคุณภาพ รวมทั้งเป็นพี่เลี้ยงช่วยแก้ไขปัญหา	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
6. ครอบครัว/ ชุมชน สังคมตีตราไม่ให้การช่วยเหลือเท่าที่ควร	- ให้ความรู้ สร้างความตระหนัก ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เห็นประโยชน์ของการค้นหาและกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
7. ทีมพี่เลี้ยงขาดองค์ความรู้พื้นฐาน/เชิงลึกในกระบวนการดูแลผู้ป่วย	- อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพ สร้างเสริมความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
8. CPG ในการปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับสถานการณ์	- ผู้รับรับผิดชอบหลักประสานเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงาน - ปรับ CPG ให้ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
9. สิ่งแวดล้อมและสถานที่ การจัดโซน	- ประชุมคณะกรรมการบริหาร	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สภาพปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ
บริการไม่เหมาะสม คับแคบ	เพื่อปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
10. ผู้รับผิดชอบหลักมีคนเดียว และมอบหมายฝากงานให้ผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทำงานแทน และทั้ง 2 ราย ไม่เคยผ่านการอบรมทำให้เข้าใจไม่ชัดเจนในระบบการให้บริการ	- มอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลักและรอง พร้อมวางแผนส่งเข้ารับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ (เสนอในแผนพัฒนาบุคลากร ระยะ 3 ปี)	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีการแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก แต่ละขั้นตอนมีการระบุแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมีรายละเอียดของการปฏิบัติ มีการระบุเกณฑ์และช่วงเวลาในการปฏิบัติอาทิ เช่น ติดตามผล Lab ที่เกี่ยว ข้องประเมิน Adherence, S/E ของยา ตรวจสอบยา แนะนำการปฏิบัติตัว แจกถุงยางอนามัย ตรวจสอบวันนัด/แนะนำการเตรียมตัว ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Flow chart ระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ

3. ประเมินรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 61.0 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็น ร้อยละ 44.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 83.0 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 79.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.2 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.6 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ (n=59)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(%)
เพศ	ชาย	36(61.0)
	หญิง	23(39.0)
ช่วงอายุ (ปี)	21 – 30 ปี	5(8.4)
	31 – 40 ปี	26(44.0)
	41 – 50 ปี	22(37.2)
	51 – 60 ปี	6(10.4)
(Mean= 38.15, SD. = 6.743, Min = 26, Max = 58)		
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	2(3.4)
	มัธยมศึกษา	49(83.0)
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8(13.6)
รายได้ (บาท/เดือน)	น้อยกว่า 10,000	7(12.0)
	10,001 – 20,000	47(79.6)
	มากกว่า 20,000	5(8.4)
สถานภาพสมรส	โสด	19(32.2)
	คู่	32(54.2)
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8(13.6)
อาชีพ	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	24(40.6)
	รับจ้าง	15(25.4)
	ค้าขาย	8(13.6)
	เกษตรกรรม	7(12.0)

1. ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.2 หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 42.3 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย (n=59)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา จำนวน(%)	หลังการพัฒนา จำนวน(%)
ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย		
ปานกลาง	20(33.8)	10(17.1)
มาก	22(37.2)	24(40.6)
มากที่สุด	17(29.0)	25(42.3)

ระดับความพึงพอใจของของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.58 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา 1.02 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อนและหลังการเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย (n=59)

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
คะแนนความพึงพอใจ				<.001
ก่อนพัฒนา	3.58(0.23)	1.02	0.99, 1.05	
หลังพัฒนา	4.60(0.21)			

2. ความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ระดับความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนา พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 หลังการทดลองพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58.3 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย ก่อนและหลังการพัฒนา (n=12)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
	จำนวน(%)	จำนวน(%))
ตัวแปรความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพฯ		
ระระดับปานกลาง	5(41.7)	2(16.6)
ระดับมาก	6(50.0)	7(58.3)
ระดับมากที่สุด	1(8.3)	3(25.1)

ระดับความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.62 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.63 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา 1.01 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก โรงพยาบาลพลับพลาชัย ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	Mean(SD.)	Mean differences	95%CI	p
คะแนนความพึงพอใจ				<.001
ก่อนพัฒนา	3.62(0.30)	1.01	0.90, 1.11	
หลังพัฒนา	4.63(0.22)			

วิจารณ์

แนวปฏิบัติการพยาบาลติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า แนวปฏิบัติไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลปฏิบัติไม่เหมือนกัน การสื่อสารและการสร้างความเข้าใจในแนวทางดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าการสื่อสารแนวปฏิบัติไม่ทั่วถึง ตลอดจนการสร้างความเข้าใจร่วมกันให้ผู้ปฏิบัตินำไปปฏิบัติได้และรายละเอียดในการนำไปปฏิบัติยังไม่ชัดเจน และการกำกับติดตามประเมินอาการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ขาดความต่อเนื่องในการประเมิน ติดตาม อาการผู้ป่วยตามช่วงเวลาพยาบาลไม่มั่นใจในการปฏิบัติ

รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประเด็นเรื่องผู้ป่วย 2) ประเด็นอาคารสถานที่ และ 3) ประเด็นด้านระบบการให้บริการ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วยแนวปฏิบัติที่ชัดเจน พร้อมทั้งได้พัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพลับพลาชัย ดังนี้ 1) ประเด็นเรื่องผู้ป่วย ผู้ป่วยยังไม่เปิดเผยสถานะการเจ็บป่วย ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวโรคที่เป็นอยู่ มีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมไม่มารับยา

ตามนัด มารับยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่สม่ำเสมอ รูปแบบการดูแลครั้งนี้จะมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับบริการที่คลินิกรวมน้ำใจรายบุคคล 2) ประเด็นอาคารสถานที่มีความแออัดในการให้บริการ ไม่มีพื้นที่ให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงาน ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว ไม่สะดวกในการมารับบริการ ที่นั่งไม่เพียงพอ จึงได้ทำการย้ายคลินิกจากแผนกผู้ป่วยนอก ไปใช้ตึกคลินิก NCD ซึ่งไม่แออัด มีความเป็นส่วนตัว คนไม่พลุกพล่าน มีห้องตรวจที่มิดชิดมีพื้นที่เพียงพอ เป็นสัดส่วนสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินกิจกรรมตามหน้าที่ และบทบาทตามที่ได้รับมอบหมาย และ 3) ประเด็นด้านระบบการให้บริการ ประเด็นด้านระบบการให้บริการพบว่าความยุ่งยาก หลายขั้นตอน ดังนี้ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจะต้องมายื่นบัตร กดบัตรคิวมาที่คลินิกรวมน้ำใจที่ฝ่ายเวชระเบียน ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตที่จุดคัดกรอง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะนั่งรอซักประวัติที่หน้าห้องตรวจ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกพยาบาลประจำคลินิกจะทำการซักประวัติ พร้อมทั้งส่งCXR เพื่อคัดกรองวัณโรคตามเกณฑ์ที่กลุ่มงานรังสีวิทยา ส่งเจาะเลือดที่กลุ่มงานปฏิบัติการทางการแพทย์ ห้องเบอร์ 10 ตามแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทยปี พ.ศ.2563 – 2564 หรือถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมีโรคร่วมก็สามารถพิจารณาส่งตรวจพิเศษอื่นๆ ได้ตามความเหมาะสมก่อนพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและพบแพทย์ พยาบาลประจำคลินิกให้คำปรึกษาออกใบนัด รับยาที่กลุ่มงานเภสัชกรรม สุดท้ายแล้วส่งไปคิดค่าใช้จ่ายที่การเงิน พร้อมทั้งนำประวัติการรักษามาคืนที่คลินิกก่อนกลับบ้าน ซึ่งจากรูปแบบการดูแลแบบเดิมมีหลายขั้นตอน และต้องเข้ารับบริการในหลายจุด ดังนั้นในรูปแบบการดูแลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกรวมน้ำใจจึงได้จัดให้มีการบริการแบบเบ็ดเสร็จ (One stop service) มีการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multi–disciplinary team) ผู้ป่วยสามารถพบเจ้าหน้าที่ที่แพทย์มอบหมายให้ดูแลแทน (Task shifting) ได้ในกรณีอาการคงที่ และมีการตรวจรักษาโดยแพทย์ในรายที่อาการผิดปกติ

ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย และมีการสื่อสารและสร้างความเข้าใจถึงแนวการปฏิบัติ ตลอดจนการได้ฝึกทักษะการใช้แนวทางในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยและเครื่องมือในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้ในหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการประสานงานที่นำไปปฏิบัติเพื่อให้สะดวกและเหมาะสมในการปฏิบัติมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติกา ชนประชา และวราลักษ์ รัตนธรรม[6] พบว่าผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวีเห็นกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น มีการพัฒนาแนวคิดเชิงวิชาการมากขึ้น มีความเข้าใจมีเป้าหมายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร่วมกันซึ่งถ้าจะให้บรรลุเป้าหมายจะต้องมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้ร่วมกันในทีมสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ และคณะ[7] ที่พบว่า การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ องค์กร สู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน และความพึงพอใจของทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ต่อรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ อยู่ในระดับมาก Mean = 4.34 (SD. = 2.15) ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ที่เน้นการกำหนดวิธีปฏิบัติให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ทำให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสัจพงษ์ โชคคติวัฒน์ และดวงฤดี วรชิณ[8] ที่พบว่าการมีแนวปฏิบัติทำให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่เกิด

การสับสนจากการปฏิบัติที่หลากหลาย ทำให้พยาบาลผู้ใช้รูปแบบมีความเชื่อมั่นว่าสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก มีการสื่อสารสร้างความเข้าใจแนวปฏิบัติการพยาบาล มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันฝึกทักษะปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติ และมีกระบวนการติดตามประเมินผลการประเมินผู้ป่วย ปรับปรุงกระบวนการให้สะดวกในการประเมินและการลงบันทึกทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอาการที่เหมาะสมทันเวลาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี จันธิมา และคณะ[9] มีนโยบายที่ชัดเจนในการบริหารและดำเนินการพัฒนาระบบการจัดบริการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับการดูแลและช่วยเหลือในทุกกิจกรรมที่เป็นไปตามบริบทของสถานบริการสุขภาพที่จัดให้และทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับมาก

งานวิจัยชิ้นนี้มีจุดเด่นที่สำคัญหลายประการ โดยเฉพาะการเลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งมีความเหมาะสมอย่างยิ่งกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 12 คน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบระบบร่วมกันนั้น ช่วยให้การพัฒนารูปแบบการดูแลสะท้อนมุมมองที่รอบด้านและเอื้อต่อความยั่งยืนในการนำไปปฏิบัติจริง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการออกแบบการวิจัยที่ผสมผสานข้อมูล (Mixed Methods) โดยใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการทำงาน ควบคู่ไปกับการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณ ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ (SERVQUAL) ที่เป็นมาตรฐานสากล และผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach’s alpha) สูงถึง 0.96 ทำให้เครื่องมือวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับที่ดีเยี่ยม

อย่างไรก็ตาม ระเบียบวิธีวิจัยในครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรกคือข้อจำกัดด้านตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) แม้บริบทจะเป็นการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่การประเมินผลความสำเร็จด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) กลับมุ่งเน้นไปที่การเปรียบเทียบ “ระดับความพึงพอใจ” ก่อนและหลังการพัฒนาเป็นหลัก โดยยังขาดการติดตามตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมทางคลินิก อาทิ อัตราการกินยาต่อเนื่อง ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) หรือปริมาณไวรัส (Viral load) ประการต่อมาคือระดับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการ PAR ซึ่งจากรายงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวน 175 คน มีบทบาทหลักเป็นผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ มากกว่าที่จะเป็น “ผู้ร่วมวิจัย” (Co-researcher) ในการร่วมออกแบบและตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมการบริการ

นอกจากนี้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลยังค่อนข้างสั้น โดยดำเนินการวิจัยในช่วงวันที่ 30 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 (ประมาณ 4 เดือน) ซึ่งในทางสาธารณสุขอาจยังไม่เพียงพอต่อการสังเกตความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพหรือผลลัพธ์การรักษาที่เสถียรในระยะยาว ท้ายที่สุดคือข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ้างอิงนัยทั่วไป (Generalizability) เนื่องจากเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ (Single-center) ณ คลินิกรวมน้ำใจ โรงพยาบาลพลับพลาชัย ซึ่งมีสภาพแวดล้อมและทรัพยากรเฉพาะตัว โมเดลที่พัฒนาขึ้นจึงอาจต้องมีการปรับประยุกต์ให้เหมาะสมก่อนนำไปขยายผลใช้ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่น โดยสรุป งานวิจัยนี้มีรากฐานระเบียบวิธีที่แข็งแกร่งในแง่ของการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและการใช้เครื่องมือวัดที่ได้มาตรฐาน แต่หากในอนาคตมีการผนวกตัวชี้วัดเชิงประจักษ์ทางคลินิกร่วมกับการประเมินความพึงพอใจและขยายระยะเวลาในการติดตามผล จะช่วยให้รูปแบบการดูแลรักษานี้มีความหนักแน่นและสามารถใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่แหลมคมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลทุกแห่งซึ่งยังมีปัญหาความสับสนในขั้นตอนบริการสามารถนำแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้สอดคล้องกับความต้องการ และเพิ่มคุณค่าให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2) การรวมขั้นตอนเข้าด้วยกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถกำหนดเป็นนโยบายหลักของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

3) การนำผลวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบงานจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงานและหัวหน้างาน ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างความเข้าใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ส่งเสริมให้มีรูปแบบการสื่อสารหลายช่องทางให้เหมาะกับบริบทแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ผู้ปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและควรนำรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คลินิกรวมน้ำใจไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญอื่นๆของโรงพยาบาล

เอกอ้างอิง

1. World Health Organization. Global summary of the AIDS epidemic 2020 [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 1]. Available from: http://www.who.int/hiv/data/2021_epi_core_en.png
2. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพฯ : บริษัทเอ็นซี คอนเซปต์ จำกัด; 2560.
3. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานประจำปี กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. โรงพยาบาลพลับพลาชัย. ข้อมูลผู้มารับบริการจากผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพลับพลาชัย ปี พ.ศ.2566. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลพลับพลาชัย; 2566.
5. Parasuraman A, Zeithaml, Valarie A. Leonard B L. SERVQUAL A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing; 1988;64:12-39.
6. กฤติกา ชนประชา, วราลักษ์ รัตนธรรม. การพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีแบบครบวงจรของโรงพยาบาลแม่ลาว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2567;32(2):66-79.
7. วิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ, จิราพร น้อมกุศล, รัตนา ทองแจ่ม, ธนชัย พนาพุฒิ. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง. 2657;32(2):25-36.
8. สัจพงษ โชคคติวัฒน์, ดวงฤดี วรชิณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(1):15-27.
9. กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ, วีรพล จันธิมา, ดวงจันทร์ จันทร์เมือง. การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารโรคเอดส์. 2565;34(1):46-57.