

ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วีรัชย์ ตรีวัฒนาวงศ์ พบ.
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (The Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการพัฒนา ระบบที่พัฒนาขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เภสัชกร แกนนำกลุ่มโรคเอดส์ มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2557 ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ประเมินจากความร่วมมือในรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ อัตราการตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ติดเชื้อเอช ไอ วี และโรคเอดส์ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของคลินิกให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยเก็บข้อมูลจากทะเบียนสะสมทั้งหมด 1,249 ราย ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก 478 ราย

ผลการศึกษา: 1). ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภายหลังพัฒนาระบบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 2). พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาภายหลังพัฒนาระบบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 3). Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ ภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่าก่อนพัฒนาระบบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ค่า Viral load <20 copies/ml ร้อยละ 31.1 หลังพัฒนาระบบ ร้อยละ 86.8 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 4). CD4 ในผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ ภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่าก่อนพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยของ CD4 = 466.11 cells/mm³ หลังพัฒนาระบบพบค่าเฉลี่ยของ CD4 = 528.66 cells/mm³ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00

สรุป อภิปรายผล: การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นกระบวนการที่สร้างขึ้นมาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน จึงใช้แนวคิดให้มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา โดยทีมสุขภาพ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการแก้ปัญหาดังกล่าวเพิ่มความรู้พฤติกรรม การดูแลตนเอง และสามารถเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองได้มากขึ้นและช่วยให้เห็นความสำคัญ และความจำเป็นของการรับประทานยาการมาตามนัด ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ พฤติกรรม ผลการรักษาดีขึ้น ก่อนการพัฒนาระบบ

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, ผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

Abstract : The results of the HIV/AIDS patient management system development King Narai Hospital

Purpose: To study the results of the HIV/AIDS patient management system development at King Narai Hospital.

Methods: The study is developmental research used one group pre-development post-development design. The system, developed by multidisciplinary team, composed of physician, nurse, pharmacist and mainstay of the AIDS group, was used for treatment of HIV/AIDS patients at King Narai Hospital in 2014. This research has been evaluated in antiretroviral therapy compliance, viral load and CD4 cell count. The population was HIV/AIDS patients treated at King Narai Hospital. A total of 1249 patients and 478 matched criteria were recruited for the analysis.

Results: 1) The averaged post-development score of HIV infection/AIDS knowledge is higher than the averaged pre-development score (P 0.00). 2) The post-development compliance score is higher than the pre-development compliance score (P 0.00). 3) The amounts of patients showed viral load <20 copies/ml before the development is 31.1%, meanwhile after the development is 86.8% (P 0.00). 4) The mean CD4 counts of the patients prior to the development are 466.11 cells/mm³, as compared to 528.66 cells/mm³ after the development (P 0.00).

Conclusion and discussion: The HIV/AIDS patient management system development at King Narai Hospital is a process created in order to be continuous and sustainable, using concept based on participation in problem solving by multidisciplinary team leading to good outcome, increase knowledge about self-care, make the patients able to face their own health problems more and emphasize the importance of the drug administration as well as the follow-up, resulting in better mean of knowledge score, behavior and treatment results.

Key words: system development, HIV/AIDS patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ แก่ผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมาก โดยผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผลกระทบจากลักษณะของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสของระบบต่างๆ ในร่างกาย ทำให้สมรรถภาพทางร่างกายลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ⁽¹⁾ ต้องการการดูแลจากผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ส่วนผลกระทบทางสังคมนั้น พบว่า ในระยะแรกที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเมื่อมีอาการป่วยด้วย

โรคเอดส์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เปิดเผยตัวเองให้คนในชุมชนทราบ เนื่องจากเกรงว่าจะถูกรังเกียจ⁽²⁾ จึงนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียและสิ้นหวัง บางรายสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัวเสียไป สูญเสียบทบาทในครอบครัว กลายเป็นบุคคลพึ่งพิงครอบครัว อีกทั้งต้องสูญเสียสิทธิต่างๆ ที่พึงมี ถูกกีดกันและละเมิดสิทธิต่างๆ จากสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องหลบซ่อนตัว และปกปิดสภาพการติดเชื้อ เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคม^(3,4)

แนวคิดของการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เป็นแนวคิดที่พยายามจะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และชุมชน เข้าใจสภาพความเป็นไปของโรคเอดส์ บทบาทและหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนที่พึงปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งการจัดบริการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องมี 2 ลักษณะที่สำคัญ คือ 1) การดูแลอย่างครบถ้วนครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ ทั้งทางการแพทย์ สังคมจิตวิทยา เศรษฐกิจ การดำรงชีวิต บริการทางสังคม และการคุ้มครองสิทธิ์ 2) การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ และสังคม บ้าน และชุมชน รวมทั้งการทำให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมต่างๆ สามารถนำกิจกรรมการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องไปใช้ได้เป็นอย่างดีทั้งในการดูแล การเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชน และประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 ถึงปี พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมีผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สะสมทั้งหมด จำนวน 1,249 ราย⁽⁶⁾ ซึ่งคลินิกให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา โดยมีการจัดบริการตามมาตรฐานครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร อาคารสถานที่ ระบบบริการ และการพัฒนาคุณภาพ มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อในนามกลุ่มเพื่อน มีการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล สังคม บ้าน และชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข มีการจัดอบรมเรื่องโรคเอดส์แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและชุมชน พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้ติดเชื้อให้มีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอบรมผู้ติดเชื้อเรื่องการดูแลสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงผลของการพัฒนาระบบดังกล่าวว่าบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดมีปัญหาอุปสรรคใดบ้างที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยประเมินผลเพื่อประเมินผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งผลจากการวิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขและส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (The Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการพัฒนา

คำถามการวิจัย

ก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผลการดูแลรักษาเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ขอบเขตการศึกษา

ตัวแปรต้น ระบบที่พัฒนาขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร แกนนำกลุ่มโรคเอดส์ มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช ปี 2557

ตัวแปรตาม ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ประเมินจากความร่วมมือในรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ อัตราการตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด และระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ติดเชื้อเอช ไอ วี และโรคเอดส์ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของคลินิกให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยเก็บข้อมูลจากทะเบียนสะสมทั้งหมด 1,249 ราย ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก 478 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก

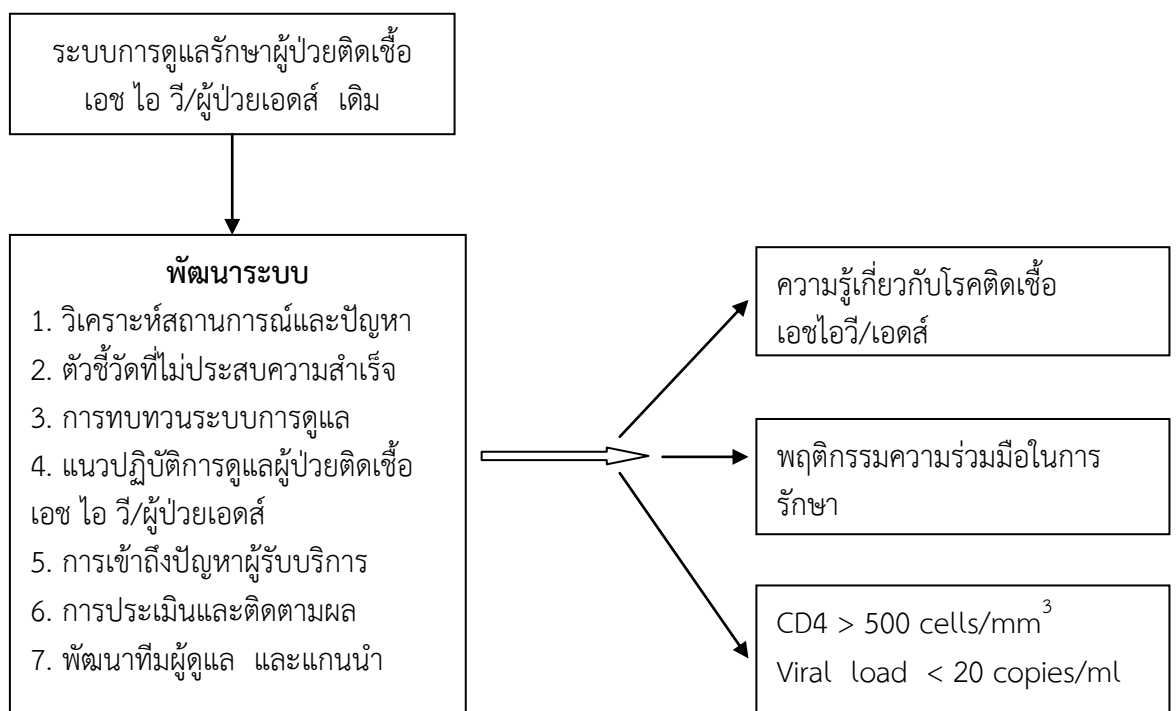
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ติดเชื้อเอช ไอ วี และโรคเอดส์
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และมีระดับ CD4 ตั้งแต่ 200 cell/mm³
4. ไม่มีสุขภาพร่างกายอาการที่บ่งบอกถึงระดับของโรคที่เลวลง มีการติดเชื้อฉวยโอกาส

พื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ระยะเวลาศึกษา

ปี พ.ศ. 2557-ปี พ.ศ. 2559

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 486 ราย ด้วยตนเอง
2. ผู้วิจัยทำ Focus Group ร่วมกับทีมสุขภาพ ค้นหาปัญหา ทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แบ่งเป็นกลุ่มกลุ่มละ 30-40 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เก็บข้อมูล ก่อนและหลังทำวิจัย
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการมาตรวจ CD4 Viral load ตามนัดและผลการตรวจ CD4 Viral load เพื่อเปรียบเทียบผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ สถิติ ความถี่, ค่าเฉลี่ย, ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติหาความแตกต่าง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่าผู้ป่วยมีสัดส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน 31-40 ปี ร้อยละ 38.7 มีอายุเฉลี่ย 38.33 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 70.6 มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.1 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับไม่เกินมัธยมศึกษา ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน (N=486)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย
เพศ			
ชาย	315	64.8	
หญิง	171	35.2	
อายุ			
<30 ปี	109	22.4	38.33
31-40 ปี	188	38.7	
41-50 ปี	115	23.7	
51-60 ปี	69	14.2	
> 60 ปี	5	1.0	
สถานภาพ			
โสด	65	13.4	
คู่	343	70.6	
หย่าร้าง	25	5.1	
หม้าย	53	10.9	
อาชีพ			
รับจ้าง	287	59.1	
ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล			
เกษตรกร	50	10.3	
ค้าขาย	37	7.6	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	71	14.6	
ไม่ได้ทำงาน	41	8.4	
การศึกษา			
< ประถมศึกษา	39	8.0	
ประถมศึกษา	199	40.9	
มัธยมศึกษา	191	39.3	
ปริญญาตรีขึ้นไป	57	11.7	

ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าระยะเวลาในการรับยาส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปี ร้อยละ 62.8 รองลงมาอยู่ในช่วง 1 ปี ร้อยละ 24.1 ระดับ baseline CD4 ก่อนทำวิจัย มีระดับมากกว่า 500 cell/mm³ ร้อยละ 38.1 รองลงมาอยู่ในระดับ 301-400 cell/mm³ ร้อยละ 23.3 ระดับ 200-300 cell/mm³ ร้อยละ 21.0 มีค่าเฉลี่ย 466.52 cell/mm³ อัตรา Viral load <20 copies/ml ร้อยละ 31.1 ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	จำนวน (N=486)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย
ระยะเวลาในการรับยา (เดือน)			
0-12	117	24.1	39.45
13-36	54	11.1	
37-72	305	62.8	
73-96	8	1.6	
> 96	2	.4	
Baseline CD4 (cells/mm ³)			
200-300	102	21.0	466.52
301-400	113	23.3	
401-500	86	17.7	
>500	185	38.1	
Viral load (copies/ml)			
<20	151	31.1	
<40	243	50.0	
40-1000	92	18.9	

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่าก่อนพัฒนาระบบอยู่ในระดับดี ร้อยละ 98.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 1.2 หลังพัฒนาระบบอยู่ในระดับดีทั้งหมด ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ความรู้	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (80-100%)	477	98.1	486	100
ระดับปานกลาง (60-79%)	6	1.2	-	-
ระดับน้อย (<60%)	-	-	-	-

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่าก่อนพัฒนาระบบมีคะแนนเฉลี่ย 9.47 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.80 และภายหลังพัฒนาระบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 10 คะแนน ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานเท่ากับ 0.00 ซึ่งภายหลังพัฒนาระบบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	9.47	0.80		
หลังพัฒนา	10	0.00	-14.49	0.00

ระดับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่าก่อนและหลังพัฒนาระบบอยู่ในระดับดี ร้อยละ 99 ระดับปานกลาง ร้อยละ 1 หลังพัฒนาระบบอยู่ในระดับดีทั้งหมด ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงระดับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ระดับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (21-30)	481	99	486	100
ระดับปานกลาง (11-20)	5	1	-	-
ระดับน้อย (1-10)	-	-	-	-

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่าก่อนพัฒนาระบบมีคะแนนเฉลี่ย 28.48 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.86 และภายหลังพัฒนาระบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 29.81 คะแนน ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานเท่ากับ 0.45 ซึ่งภายหลังพัฒนาระบบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	28.48	1.86		
หลังพัฒนา	29.81	0.45	-16.67	0.00

จากการทำ focus group ครอบคลุมสาระในเรื่อง ปัญหาอุปสรรค เจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจในการรักษา เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดี คือ แรงจูงใจในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจากผลการศึกษาข้อมูลรวมพบว่า แรงจูงใจในการรักษาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยคือการอยากมีชีวิตยืนยาวต่อไป และให้มีสุขภาพดีโดยส่วนหนึ่งเพื่อครอบครัว ลูก และเพื่อพ่อแม่ โดยผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีแรงจูงใจในการรักษา มากกว่า 1 ข้อ ดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

แรงจูงใจ	ราย (N=486)	ร้อยละ
อยากมีชีวิตยืนยาวต่อไป	298	61.31
เพื่อครอบครัว	53	10.90
เพื่อพ่อแม่	33	6.79
เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น	78	16.04
อื่นๆ	24	4.96

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังพัฒนาระบบพบว่า มีการวิเคราะห์ความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้ 2 วิธีร่วมกัน คือ นับเม็ดยา (pills count) และ Visual Analog Scale ก่อนพัฒนาระบบพบว่า มีการใช้วิธี นับเม็ดยา (pills count) ร้อยละ 82.3 รองลงมาใช้วิธี Visual Analog Scale ร้อยละ 7.8 และไม่ได้รับการประเมิน ร้อยละ 9.9 หลังพัฒนาระบบได้รับการประเมินทุกราย ใช้วิธี นับเม็ดยา (pills count) ร้อยละ 90.7 รองลงมาใช้วิธี Visual Analog Scale ร้อยละ 9.3 ดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงเปรียบเทียบการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ความร่วมมือในการใช้	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นับเม็ดยา (pills count)	400	82.3	441	90.7
Visual Analog Scale	38	7.8	45	9.3
ไม่ได้ประเมิน	48	9.9	0	0

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย Adherence ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่าก่อนพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยของ Adherence ร้อยละ 94.68 หลังพัฒนาระบบค่าเฉลี่ยของ Adherence ร้อยละ 97.16 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงความแตกต่างค่าเฉลี่ย Adherence ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

Adherence	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	94.68	2.58		
หลังพัฒนา	97.16	1.89	-17.93	0.00

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ CD4 ในผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ ภายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าก่อนพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยของ CD4 = 466.11 cells/mm³ หลังพัฒนาระบบพบค่าเฉลี่ยของ CD4 = 528.66 cells/mm³ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงความแตกต่างค่าเฉลี่ย CD4 ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

CD4 (cells/mm ³)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนพัฒนา	466.11	198.94		
หลังพัฒนา	528.66	207.12	-46.60	0.00

เปรียบเทียบค่าของ Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ ภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่าก่อนพัฒนาระบบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ค่า Viral load <20 copies/ml ร้อยละ 31.1 หลังพัฒนาระบบ ร้อยละ 86.8 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ค่า Viral load (<20 copies/ml) ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

Viral load (<20 copies/ml)	จำนวน (N=486)	ร้อยละ	p-value
Viral load 1	151	31.1	
Viral load 2	422	86.8	0.00

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

กระบวนการพัฒนาระบบ	ก่อนพัฒนาระบบ	หลังพัฒนาระบบ
1. วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา	เก็บข้อมูลผู้ป่วยสะสม และ ผลการรักษา บางครั้งไม่ ครบถ้วน วิเคราะห์สถานการณ์ ไม่เป็นปัจจุบัน	นำข้อมูลจากโปรแกรม ในการ บริหารจัดการ วิเคราะห์ข้อมูล CD4/VL, Adherence, และ ความ ต่อเนื่องในการรับยาของผู้ป่วย เก็บ ข้อมูล ผู้ ป่วย สะ สม และ ผลการรักษาในโปรแกรม นำมา วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา เชิงลึกเป็นปัจจุบันที่สุด
2. ตัวชี้วัดที่ไม่ประสบความสำเร็จ	เก็บตัวชี้วัดรายเดือน ตัวชี้วัดที่ ไม่ประสบความสำเร็จ ดำเนินการแก้ไขไม่ครบถ้วน	นำตัวชี้วัดที่ไม่ประสบความสำเร็จ จากรายงานประจำเดือน มา วิเคราะห์ปัญหา จัดทำ CQI แก้ไข
3. การทบทวนระบบการดูแล	ทบทวนระบบการดูแลไม่ ครอบคลุม	ทบทวนระบบการดูแล ครอบคลุม ทั้งระบบ ด้านการรักษา ทีมผู้ดูแล ยาและเวชภัณฑ์

กระบวนการพัฒนาระบบ	ก่อนพัฒนาระบบ	หลังพัฒนาระบบ
4. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์	ทีมผู้ดูแล บางส่วนยังไม่เข้าใจ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์	แจ้ง และแนะนำทีมผู้ดูแลให้เข้าใจ ตรงกันในแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ฉบับล่าสุด
5. การเข้าถึงปัญหาผู้รับบริการ	ไม่ทราบปัญหาผู้รับบริการที่แท้จริง	ค้นหาปัญหา โดยทำ Focus group อย่างน้อย 2 ครั้ง/คน
6. การประเมินและติดตามผล	ติดตามผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์เท่านั้น	ติดตามผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ ผู้ที่ไม่มาตามนัด ประสานกับแกนนำชุมชนเพื่อติดตาม
7. พัฒนาทีมผู้ดูแล และแกนนำแพทย์	ให้การรักษา ปรึกษา ให้คำแนะนำ	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ทุกราย - นำปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงลึกมา เขียนแผนพัฒนาระบบปรับปรุง พัฒนาทีมให้ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน - แจ้ง และแนะนำทีมผู้ดูแลให้เข้าใจตรงกันในแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ฉบับล่าสุด - เป็นผู้ให้คำแนะนำ ร่วมทำกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง - สร้างแบบบันทึกปัญหาของผู้ป่วยและแบบติดตามผล
พยาบาล	ให้คำปรึกษา แนะนำ ติดตามผู้ป่วย	<p>รายใหม่</p> <ul style="list-style-type: none"> -ให้คำปรึกษา -เข้ากลุ่ม 1 ครั้งก่อนรับยาต้าน

กระบวนการพัฒนาระบบ	ก่อนพัฒนาระบบ	หลังพัฒนาระบบ
พยาบาล		- รายงานปัญหาที่เกิดจากการรักษาทุก 1 เดือน - Focus group 2 ครั้ง/สัปดาห์ วันอังคาร พฤหัสบดี - ประสานแกนนำชุมชนติดตามผู้ป่วย
เภสัชกร	ตรวจสอบนับเม็ดยา จ่ายยา และให้คำแนะนำ ลง Adherence ไม่ครบถ้วน	- ประเมิน Adherence และ รายงานผลทุกเดือน - ให้อุภกรณช่วยในการควบคุมการรับประทานยาให้ครบถ้วนตรงเวลา ในผู้ป่วยเฉพาะราย ได้แก่ สมุด log book, กล่องแบ่งยา, นาฬิกาปลุก
แกนนำชุมชน แกนนำผู้ป่วยเอดส์	ช่วยเหลือในคลินิก	- เข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม - แบ่งปันประสบการณ์ - แกนนำติดตาม และรับยาแทน รายที่จำเป็น

สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่าผู้ป่วยมีสัดส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน 31-40 ปี ร้อยละ 38.7 มีอายุเฉลี่ย 38.33 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 70.6 มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.1 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับไม่เกินมัธยมศึกษา ซึ่งทีมสหวิชาชีพต้องนำมาพิจารณาในการให้ข้อมูลและคำแนะนำปรึกษาให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ รวมทั้งให้เห็นความสำคัญของการป้องกันการติดต่อเชื้อ การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

ข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าระยะเวลาในการรับยาส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปี ร้อยละ 62.8 รองลงมาอยู่ในช่วง 1 ปี ร้อยละ 24.1 ระดับ baseline CD4 ก่อนทำวิจัย มีระดับมากกว่า 500 cell/mm³ ร้อยละ 38.1 รองลงมาอยู่ในระดับ 301-400 cell/mm³ ร้อยละ 23.3 ระดับ 200-300 cell/mm³ ร้อยละ 21.0 มีค่าเฉลี่ย 466.52 cell/mm³ อัตรา Viral load <20 copies/ml ร้อยละ 31.1 ถึงแม้ระดับ CD4 อยู่ในระดับค่อนข้างดี อัตรา Viral load <20 copies/ml ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากเน้นการประกอบอาชีพเป็นหลัก การดูแลสุขภาพน้อยลง บางครั้งขาดการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ต้องการเป็นที่สังเกตหรือสงสัย จากผลการสำรวจดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งทีทีมจะใช้ในการเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการต้านไวรัสในการลดระดับไวรัสในกระแสเลือด และการเพิ่มระดับของ CD4 cells ในกระแส

เลือดเพิ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันทางโรคเพิ่มสามารถลดความเจ็บป่วย และทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวได้

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่าก่อนพัฒนาระบบมีคะแนนเฉลี่ย 9.47 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.80 และภายหลังพัฒนาระบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 10 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.00 ซึ่งภายหลังพัฒนาระบบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ จากการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย แก่นนำชุมชน ทำให้มีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อมากขึ้น และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อไว้วางใจและเปิดเผยตัวมากขึ้น แก่นนำสามารถมาประสานงานการรับยาได้อย่างต่อเนื่องได้เมื่อมีเหตุจำเป็น

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่าก่อนพัฒนาระบบมีคะแนนเฉลี่ย 28.48 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.86 และภายหลังพัฒนาระบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 29.81 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.45 ซึ่งภายหลังพัฒนาระบบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ภายหลังที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ทราบความสำคัญของการดูแลรักษา ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมความร่วมมือปานกลาง

ระดับ Adherence ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่าก่อนพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยของ Adherence ร้อยละ 94.68 ค่าเฉลี่ยมีแนวโน้มสูงมากขึ้น หลังพัฒนาระบบค่าเฉลี่ยของ Adherence ร้อยละ 97.16 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากการทำ focus group ครอบคลุมสาระในเรื่อง ปัญหาอุปสรรค เจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจในการรักษา เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดี คือ แรงจูงใจในชีวิตของผู้ป่วย ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำการรักษาโดยแพทย์พยาบาล และเภสัชกรผู้ให้คำแนะนำในการใช้ยาของผู้ป่วยต้องทราบแรงจูงใจของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นประเด็นสำคัญในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งจากผลการศึกษาข้อมูลรวมพบว่าแรงจูงใจในการรักษาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยคือการอยากมีชีวิตยืนยาวต่อไป และให้มีสุขภาพดีโดยส่วนหนึ่งเพื่อครอบครัว ลูก และเพื่อพ่อแม่ โดยผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีแรงจูงใจในการรักษามากกว่า 1 ข้อ เมื่อมีการสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษามากที่สุดคือผู้ป่วยลืม รองลงมาคือผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากยา ดังนั้นแนวทางในการแก้ไขจึงต้องปรับ และเพิ่มยาบรรเทาอาการข้างเคียง ติดตามผลอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง อาจต้องใช้อุปกรณ์เสริมในการเตือนการรับประทานยา เช่น แบบบันทึกการรับประทานยา นาฬิกาปลุก และการปรับแนวทางการรับประทานยาเป็นวันละ 1 ครั้ง ยังมีเหตุผลในการไม่รับประทานยาตามแผนอีกในผู้ป่วยเฉพาะรายที่พบในหลายราย ได้แก่การปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความเข้าใจในแผนการรักษาและวิธีการรับประทานที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ซึ่งต้องติดตามความเข้าใจและความครบถ้วนของความร่วมมือในการรับประทานยาทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาในคลินิกยาต้านไวรัส ได้แก่ กรณีที่ผู้ป่วยมีความสับสนในวิธีรับประทานยา ไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาต่อเนื่อง แบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทาน ผู้ป่วยยาหาย ยาหมด ซึ่งประสานงานกับเภสัชกรเพื่อแจ้งแนวทางการดำเนินการกรณีดังกล่าวให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วย

ประสบความสำเร็จในการรักษา

CD4 ในผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ ภายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าก่อนพัฒนาระบบ ค่าเฉลี่ยของ CD4 = 466.11 cells/mm³ หลังพัฒนาระบบพบค่าเฉลี่ยของ CD4 = 528.66 cells/mm³ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

Viral load ในผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ ภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่าก่อนพัฒนาระบบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ค่า Viral load <20 copies/ml ร้อยละ 31.1 หลังพัฒนาระบบ ร้อยละ 86.8 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ จากผลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผลการรักษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีค่า CD4 > 500 ปริมาณเอชไอวีในเลือดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (Viral load < 20 copies/m) แสดงให้เห็นว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเอง รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรหาเทคนิคใหม่ๆ มาปรับรูปแบบของกิจกรรมอยู่ตลอดเวลา เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้คงสภาพของพฤติกรรมนี้ตลอดไป ส่วนในด้านการดำเนินชีวิต คู่สมรส จำเป็นต้องนำมาวิเคราะห์ปัญหาพร้อมด้วย เน้นการป้องกัน และติดตามผลการตรวจให้ครอบคลุมทุกด้าน

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นกระบวนการที่สร้างขึ้นมาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน จึงใช้แนวคิดให้มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา โดยทีมสุขภาพ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการแก้ปัญหาดังกล่าว ดังนั้นในโรคที่มีความเหมือนและคล้ายคลึงกันในแง่ของการเป็นกลุ่มผู้ป่วยและเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ก็อาจจะนำแนวทางนี้ไปประยุกต์และปรับใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2559.
2. สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล และคณะ. คู่มือการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2550.
3. Mocroft, A., et al., Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. The Lancet. 2015; 372 : 22-29.
4. สำนักงานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. 2556.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, Burden of diseases and Injuries in Thailand. 2014.
6. งานสถิติโรคเอดส์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. สถิติโรคเอดส์ประจำปี พ.ศ.2559. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. 2559.