การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Received: 6 August 2021
Revised: 25 August 2021
Accepted: 30 August 2021

ภรกต สูฝน[1] ทิพย์ภาภรณ์ แย้มใส[2]
มณฑิรา บุทเสน[3] นเรนทร์ฤทธิ์ ผาจันทร์

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งสิ้น 26 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโพนพิสัย ดำเนินการวิจัยระหว่าง ตุลาคม 2563–มีนาคม 2564 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการและการสนทนากลุ่มที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นโดยผ่านการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87, 0.85, 0.89 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 45.5 เริ่มยาต้านไวรัสเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ร้อยละ 40 และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไม่ฝากครรภ์และมาคลอด ร้อยละ 4.5 และร้อยละ 13.6 ฝากครรภ์ล่าช้าและปกปิดผลเลือดกับสามีและครอบครัว ทำให้ไม่กล้ามาฝาก รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ หลังการพัฒนา ผู้รับบริการมีคะแนนความคิดเห็นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) ระดับคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.85 (SD.=0.28) ต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ด้านผู้ให้บริการมีคะแนนความรู้ฯ เท่ากับ 16.10 (SD.=1.52) คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.11 (SD.=0.74) ผู้วิจัยเห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้มีผลลัพธ์ที่ดีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้จริง จากผลลัพธ์การพัฒนาไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกจึงควรนำรูปแบบการดูแลไปขยายผลในพื้นที่อื่นเพื่อไปประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแล, หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี, การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก, โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Care Program Development for HIV-infected Pregnant Women for Prevention of Perinatal HIV Transmission in Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province

Porakot Soofon[1] Thippaporn Yeamsai[2]
Montira Buttasen[3] Narainrith Phajan[4]

ABSTRACT

This study was research and development (R&D) research. Samples were purposively selected. Twenty-six samples were physicians, pharmacologists, nurses and pregnant women with HIV infection who attended the antenatal care clinic at Phon Phisai hospital. The research was performed during October 2020–March 2021. The Demographic Questionnaire, the In-depth Interview Guide, and the Satisfaction on Healthcare Profession Performance Questionnaire, and the Focus Group Discussion Guide were used for data collection. Their reliabilities were 0.87, 0.85, 0.89, and 0.85, respectively. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test. Qualitative data were analyzed by using content analysis.

Results revealed that 45.5% of pregnant women with HIV infection delayed antenatal care for 12weeks gestation. Forty percent of them started antiretroviral drug after 32weeks gestation. Some gave birth with no antenatal care (4.5%). . Some pregnant women went to get antenatal care late and hide their HIV-positive status from husbands and families (13.6%) The

[123] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ [4] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: porakot-n@hotmail.com

pregnant women who were aware of their HIV status avoided going early to antenatal care clinics and avoided taking antiretroviral drugs frequently. After developing a model for the prevention of mother-to-child transmission of HIV, the satisfaction score of the model in pregnant women with HIV infection was increasing. The mean scores of healthcare professionals' satisfaction towards the model of pregnant women with HIV infection were 4.85 (SD.=0.28) and healthcare professionals' knowledge were 16.10 (SD.=1.52). After the program, the healthcare professionals showed a higher mean score of knowledge than before training (p-value < 0.001). The mean scores of healthcare professionals' satisfaction was 4.11 (SD.=0.74). This research suggests that the development of care program increased the effectiveness of prenatal care for HIV-infected pregnant women for the purpose of prevention of perinatal HIV transmission and eradicated HIV-perinatal infection. Therefore, this developed care program should be implemented indifferent areas..

Keywords: Care Program Development, HIV-infected pregnant women, Prevention of Perinatal HIV transmission, Phon Phisai Hospital Nong Khai Province

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ถ้าไม่มีการป้องกัน ร้อยละ 25-40 ของเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อเอชไอวี(อ้างอิง) ในประเทศไทยเริ่มมีการรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 พบปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกขยายตัวอย่างรวดเร็ว(อ้างอิง) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายระดับประเทศ ให้สถานบริการของรัฐดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2543 ส่งผลให้การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกมีแนวโน้มลดลง(อ้างอิง) ในปี พ.ศ.2555 ได้ปรับสูตรยาต้านไวรัสเป็น HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) ที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษา สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย โดยไม่ต้องรอผลตรวจภูมิต้านทาน(CD4) [1] อย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคสำคัญ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ฝากครรภ์ล่าช้า ปกปิดผลเลือดสามีและครอบครัว จึงไม่กล้าไปฝากครรภ์ ส่งผลให้เริ่มยาต้านเอชไอวีล่าช้า ผลกระทบตามมาทำให้มีความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ ซึ่งหากมีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ทารกอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ การเลี้ยงดู และการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต และเด็กคืออนาคตของชาติ ด้วยความสำคัญดังกล่าว กรมอนามัยร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการดำเนินงานจนสามารถลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเหลือร้อยละ 1.9 ในปี 2558 และลดลงเป็นร้อยละ 1.8 ในปี 2559 และมีเป้าหมายในปี 2563 เหลือไม่เกินร้อยละ 1 และสู่เป้าหมายที่เป็น "0" ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573[2]

โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ในปีงบประมาณ 2560-2563 หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11, 4 , 4 และ 3 ราย ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 22 ราย พบว่า ฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า 12 สัปดาห์ 10 ราย (45.5%) กลุ่มที่เริ่มยาต้านเอชไอวีเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ จำนวน 4 ราย (18.2 %) พบว่าฝากครรภ์ล่าช้า เพราะปกปิดผลเลือดกับสามีและครอบครัว[3] (ข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลโพนพิสัย , 2560-2563) ส่วนใหญ่แต่งงานใหม่ไม่กล้าบอกสามี จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่มาฝากครรภ์ และบางส่วนทำงานต่างจังหวัดกลับมาเพื่อคลอดใกล้บ้าน ปัญหาดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้เนื่องจากได้รับยาต้านเอชไอวีล่าช้า ที่ผ่านมีการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมให้ฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์พร้อมคู่สมรส ฟังผลตรวจเลือดพร้อมคู่สมรส ยังพบปัญหาแบบเดิม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดูแลในรายที่ปกปิดสามีและครอบครัว ด้านหญิงตั้งครรภ์มีความกังวลกลัวทารกจะได้รับเชื้อเอชไอวี กลัวข้อมูลถูกเปิดเผยเมื่อมาฝากครรภ์หรือมาคลอด พบว่าส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากขาดความรู้ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมาเป็นการส่งต่อข้อมูลเป็นรายๆตามสภาพปัญหา ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดปัญหากรณีผู้รับผิดชอบงานไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน กรณีบุคลากรมาใหม่ยังขาดความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลส่งผลต่อการดูแลอาจไม่ครอบคลุมอาจมีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ ผู้วิจัยเห็นว่าการมีรูปแบบการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐาน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความรู้มีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก นอกจากนี้ยังจะส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิ ภาพมากยิ่งขึ้น

ด้วยความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกัน และนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ[(4)] มาใช้ในการพัฒนา ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) การมีนโยบาย ระบบบริการและทีมดูแลที่ดี 2) กระบวนการ (Process) การมีกระบวนการทำงานที่มีขั้นตอนชัดเจน และ 3) ผลลัพธ์ รวมกับการใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[5] ผู้วิจัยเห็นว่าหากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช

ไอวีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านเอชไอวีจะสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม จึงใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ [5] มาออกแบบกระบวนการพัฒนาร่วมกับการใช้ค่านิยมองค์กร PPSHOS Model มาร่วมพัฒนารูแบบการ ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเพื่อปิดจุดอ่อนของรูปแบบเดิม และเป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลู กให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

3.เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 ในระยะศึกษาสถานการณ์ ประชากรเป็นบุคลากรโรงพยาบาลโพนพิสัย จำนวน 343 การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรม G*Power[6] โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นของความผิดพลาดที่ร้อยละ 5 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ร้อยละ 95 โดยค่าของขนาดอิทธิพล (effect size) คำนวณจากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างระหว่างค่าของตัวแปรตามก่อนและหลังการทดลอง จากการคำนวณแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการทำวิจัยเท่ากับ 26 คน จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นทีมสหวิชาชีพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย แพทย์ 5 คน เภสัชกร 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 26 คน และกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้คำปรึกษาและคลินิกยาต้านไวรัส งานฝากครรภ์ และงานการพยาบาลผู้คลอด รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์มารับบริการ ระหว่างปีงบประมาณ 2560 ถึง 2563 ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยด้วยตนเองและสมัครใจเข้าร่วม 15 คน แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ในระยะนี้ แบ่งเป็นกระบวนการย่อยเป็น 3 กระบวนการ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลเชิงลึก โดยศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ โรงพยาบาลโพนพิสัย ในปีงบประมาณ 2560 ถึง ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 22 ราย

วิธีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ การสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) ผู้รับบริการ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

2) ผู้ให้บริการ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตีความ สรุปความ

2. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

วิธีการศึกษา ทบทวนแนวคิดทฤษฎี แนวคิดทฤษฎีระบบ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทฤษฎีระบบ (System theory)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตีความ สรุปความ

3. การค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวน 15 คน

วิธีการศึกษา จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตีความ สรุปความ

4. การสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) แพทย์ จำนวน 5 คน 2) เภสัชกร จำนวน 1 คน 3) พยาบาลวิชาชีพงานให้คำปรึกษาและคลินิกยาต้านไวรัส จำนวน 2 คน 4)

พยาบาลวิชาชีพงานฝากครรภ์ จำนวน 3 คน และ4) พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 26 คน เป็นผู้ให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

วิธีการศึกษา จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประโยคคำถามเป็นคำถามปลายเปิด (Open ended questions) จำนวน 3 ข้อ โดยมีประเด็นคำถาม คือ (1) การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (2) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลที่ผ่านมาเป็นอย่างไร และ (3) ท่านมีแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคอย่างไรสิ่งที่ควรปรับปรุง เพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นในประเด็นใดบ้าง และแบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ประเด็นการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ข้อ โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม ดังนี้ (1) จากสภาพปัญหาที่พบรูปแบบที่จะพัฒนาควรเป็นอย่างไร (2) การวางแผนพัฒนารูปแบบควรเป็นอย่างไร และ (3) การติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบอย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตีความ สรุปความ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยเริ่มดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2564 โดยแบ่งการพัฒนาออกเป็น 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 แบ่งออกเป็น 3 กระบวนการย่อย ดังนี้ 1) การเตรียมทีมงานและมอบหมายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก 2) จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลวิชาชีพที่หน้างานเกี่ยวกับการดูแลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และ 3) ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ร่วมกับการใช้ค่านิยมองค์กร ของโรงพยาบาลโพนพิสัย มาออกแบบกระบวนการพัฒนา เป็น PPSHOS Model[3] ดังนี้

P – Patient focus – ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ

P – Prenatal of Mother-to-child HIV Transmission: PMTCT) ให้บริการตามมาตรฐาน โดยใช้แนวทางการดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติในการยุติปัญหาเอดส์ ภายในปี พ.ศ. 2573

S – System perspective การทำงานเชิงระบบ บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory)(อ้างอิง) ในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

H – Health literacy ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการสร้างเสริมความรอรู้ด้านเอชไอวี

O – Output Outcome การนำผลลัพธ์มาปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

S – Service mind – การให้บริการด้วยใจมาใช้ในกระบวนการให้การปรึกษา การบริการด้วยหัวใจเพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและเปิดเผยผลเลือดกับสามีและครอบครัวด้วยความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น 4) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในวงรอบที่2

วงรอบที่ 2 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใช้ แบ่งเป็น 3 กระบวนการย่อย ดังนี้ 1) นำไปใช้ทดลองในกลุ่มตัวอย่างในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 2) นำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และนำข้อค้นพบมาปรับปรุงรูปแบบการดูแล โดยเพิ่มจัดทำ Flow chart เพื่อให้สะดวกในการนำไปใช้ เพิ่มจุดเน้นในการดูแลในแต่ละระยะตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงการดูแลหลังคลอด การติดตามทารก และการส่งต่อมารดาและสามี และจัดทำ Doctor' s order sheet เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทำบัตรนัดตรวจเลือดติดตามทารก ช่วยให้การให้ยาสะดวกรวดเร็ว ไม่พบข้อผิดพลาดในการให้ยาที่เป็นไปตามมาตรฐาน PMTCT 3) ติดตามประเมินผลรูปแบบนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงจนได้รูปแบบที่เหมาะสมต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแล แบ่งเป็น

1) ด้านผู้ให้บริการ ประเมินความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2) ด้านผู้รับบริการ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการสอบถามความคิดเห็นรูปแบบการดูแล ก่อนและหลังการพัฒนา และประเมินความพึงพอใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และติดตามผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังการนำรูปแบบไปใช้ อุบัติการณ์การดูแลที่ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ข้อสอบ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ข้อ ก ข ค และข้อ ง ใช้ในการประเมินความรู้ก่อนการพัฒนารูปแบบ (Pre-test) และประเมินความรู้

หลังการพัฒนารูปแบบ (Post-test) โดยผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เกณฑ์การประเมิน คือ ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน และ ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน กำหนดให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน รวม คะแนนเต็ม เท่ากับ 20 คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้อยู่ในระดับมาก (คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป)
ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน)
ความรู้อยู่ในระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน)

2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่ได้พัฒนาขึ้น โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการที่ให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่ได้พัฒนาขึ้น ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบเป็น 5 ระดับของ ลิเคิร์ท (Likert. 1961)[7] มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด
ระดับ 4 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
ระดับ 3 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
ระดับ 2 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
ระดับ 1 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)[8] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลโพนพิสัย จำนวน 20 ข้อใช้ในการประเมินความคิดเห็นก่อนการพัฒนารูปแบบ (Pre-test) และประเมินความคิดเห็นหลังการพัฒนารูปแบบ (Post-test) ลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบเป็น 5 ระดับของ ลิเคิร์ท (Likert, 1961)[7] โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ระดับ 5 ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด, ระดับ 4 ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก, ระดับ 3 ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง, ระดับ 2 ความอยู่ในระดับน้อย, ระดับ 1 ความอยู่ในระดับน้อยที่สุด

โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)[8] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

2) แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย อายุ สถานภาสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและการรับบริการของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบเป็น 5 ระดับของ ลิเคิร์ท (Likert)[7] มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับ 5 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด, ระดับ 4 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก, ระดับ 3 ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง, ระดับ 2 ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย, ระดับ 1 ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[8] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

ส่วนที่ 4 ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 5 ข้อ ในประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ประโยคคำถามเป็นคำถามปลายเปิด (Open ended questions) จำนวน 5 ข้อ โดยผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลด้วยตนเอง โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้ (1) เมื่อท่านทราบผลการตรวจเลือดท่านคิดอย่างไร (2) ความต้องการการดูแลจากทีมที่ดูแลเป็นอย่างไร (3) ปัญหาและอุปสรรคในการมารับบริการที่งานให้คำปรึกษา งานฝากครรภ์ งานห้องคลอด และการติดตามดูแลมารดาและทารก โรงพยาบาลที่ผ่านมาเป็นอย่างไร และ (4) รูปแบบการดูแลของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

3) ภาพพลิกการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบภาพมาจากการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและติดตามปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด ของกรมควบคุมโรค (2563) และคู่มือหลักสูตรการให้การปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี (2557)[1] โดยนำมาใช้เป็นเครื่องมือประกอบการให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและให้เกิดความรอบรู้ด้านเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

2) นำแนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลต่างๆ มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินความรู้ แบบประเมินความคิดเห็น แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม

2. การหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย แยกออกเป็นการหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นดำเนินการ ดังนี้

1) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบและปรับแก้ไขให้สมบูรณ์

2) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย, 2563/2564) และข้อคำถามบางส่วนปรับปรุงมาจากคู่มือการอบรมหลักสูตรการปรึกษาแบบคู่การดำเนินงานผู้ชายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมารดา กรมอนามัย (2554) โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องในการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าความสอดคล้องของเครื่องมือ ได้ค่า IOC (Index of item objective congruence : IOC) เท่ากับ .67–1.0 สามารถใช้ได้

3) นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับแก้แล้วตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงที่มารับยาต้านไวรัสที่คลินิกยาต้านไวรัสจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น ได้ผลดังนี้

(1) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์คูเดอร์แอนด์ริชาร์ทสัน (KR-20)[9] ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 (2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85 (3) แบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89 (4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ค่าสถิติ ดังนี้

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่าง โดยใช้สถิติ Paired t-test

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ด้วยโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตีความ สรุปความ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัย โดยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแต่อย่างใด และ

สำหรับบุคลากรไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานและการพิจารณาผลการปฏิบัติงาน โดยได้มีการลงนามในใบยินยอมความสมัครใจก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เลขที่ 9/2564

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาด้านหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 45.5 เริ่มยาต้านไวรัสเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ร้อยละ 40.0 และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไม่ฝากครรภ์และมาคลอด ร้อยละ 4.5 และร้อยละ 13.6 ฝากครรภ์ล่าช้าและปกปิดผลเลือดกับสามีและครอบครัว ส่งผลให้ไม่กล้ามาฝากครรภ์ ขาดความรู้ความตระหนักในการป้องกันและการมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่มีความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ลูกได้ ด้านผู้ให้บริการ พบว่ายังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ยังขาดประสบการณ์ ส่งผลกระทบต่อการดูแลอาจไม่ครอบคลุมและเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ได้นำแนวคิดการทฤษฎีระบบ (Systems theory)[10] ร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)[11] มาออกแบบกระบวนการพัฒนา นอกจากนี้ได้ใช้ค่านิยมองค์กร คือ PPSHOS ของโรงพยาบาลโพนพิสัย ได้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (รูปแบบเดิม)	การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (รูปแบบที่พัฒนาขึ้น)
กรณีมีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์หรือมาคลอด ส่งต่อข้อมูลเป็นรายๆจากงานฝากครรภ์ ยังไม่มีรูปแบบชัดเจนร่วมกัน	ได้ Flow chart รูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ที่เป็นแนวทางเดียวกันชัดเจน เชื่อมโยงการดูแลร่วมกัน ระหว่างงานฝากครรภ์ งานให้คำปรึกษา/คลินิกยาต้านไวรัส จนถึงงานห้องคลอดและมีรูปแบบการติดตามมารดา ทารกหลังคลอด
การให้ยาทารกแรกเกิด พยาบาลห้องคลอดสอบถามการให้ยาเป็นรายๆจากคลินิกยาต้าน และแพทย์จะมีคำสั่งการรักษา (Doctor’ s order) การให้ยาเป็นรายๆ	มีใบคำสั่งการรักษา (Doctor’s order sheet) ช่วยให้ยาถูกต้อง สะดวกรวดเร็วไม่พบข้อผิดพลาด เป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
ยังไม่มีรูปแบบแนวทางการติดตามมารดา ทารก ร่วมกัน มีเฉพาะงานคำปรึกษา/คลินิกยาต้านไวรัส	มีรูปแบบการติดตามมารดา ทารกหลังคลอด บัตรนัดตรวจเลือดทารกหลังคลอด เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ร่วมกัน เพิ่มการติดตามดูแลผ่านสื่อออนไลน์ ช่องทาง LINE Facebook
ไม่เคยมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี	ได้รับการอบรมให้ความรู้การปฏิบัติการพยาบาลในระยะฝากครรภ์ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ช่วยให้พยาบาลมีความเชื่อมั่นในการให้บริการมากขึ้น เป็นไปตามมาตรฐานการดูแล
-งานฝากครรภ์ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเรื่องการฝากครรภ์พร้อมคู่และฟังผลเลือดพร้อมคู่ -ยังไม่มีแนวทางการส่งเสริมให้สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์จนถึงระยะให้นมบุตร	-งานฝากครรภ์เพิ่มการประชาสัมพันธ์ฝากครรภ์พร้อมคู่สื่อสารในเครือข่าย รพ.สต.เน้นการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และกรณีที่ฝากครรภ์พร้อมคู่ไม่ได้ให้สามีมาฟังผลเลือดพร้อมหญิงตั้งครรภ์ -เพิ่มการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์จนถึงระยะให้นมบุตร
ไม่มี Flow chart การให้ยาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ห้องคลอดจะโทรศัพท์ถามสูตรยาเป็นรายๆและไม่ทราบแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว	มี Flow chart การให้ยาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และการส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลร่วมกัน มีแนวทางการจ่ายนมผสมให้ทารก การติดตามส่งต่อยาต้านไวรัสผู้ใหญ่ต่อไป รวมทั้งติดตามครอบครัวและสามี
ไม่มีระบบการสำรองยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง Raltegravir 400 mg สำหรับจ่ายเพิ่มในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า 32 สัปดาห์ ต้องส่งไปรับยาที่โรงพยาบาลหนองคาย	มีระบบการสำรองยา กรณีที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้า 32 สัปดาห์ สามารถจ่ายยาได้ทันทีโดยไม่ต้องส่งไปรับยาที่โรงพยาบาลหนองคาย เพิ่มความสะดวกและรวดเร็วในการเข้าถึงยาป้องกันในรายที่มาฝากครรภ์ล่าช้าหรือกรณีมาจากต่างจังหวัดที่ปกปิดครอบครัวและสามีช่วยลดความเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ พบว่าส่วนใหญ่ อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 53.3 รองลงมา อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.3 การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 86.7 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.3 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80.0 และรายได้ 10,001–20,000บาทต่อเดือน ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ

3.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พัฒนาขึ้น โดยรวมก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้รับ บริการที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 3.92 (SD=0.34) และหลังการพัฒนา มีคะแนนความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 4.91 (SD=0.14) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นของผู้รับบริการที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อรูปแบบการดูแลฯที่พัฒนาขึ้น ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (p-value< 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นของผู้รับบริการที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนความคิดเห็นต่อรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	95%CI	p-value
ก่อนพัฒนา	15	3.92	0.34	0.79 ถึง	<0.001
หลังพัฒนา	15	4.91	0.14	1.18	

2.3 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พัฒนาขึ้น หลังการพัฒนานี้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ระบุระดับความพึงพอใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ รวมจำนวน 10 ข้อ และแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34– 3.67) และ มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00) ผลการศึกษา พบว่า หลังการพัฒนาผู้รับบริการที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีฯ ที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.85 (SD.=0.28) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 4.10 และสูงสุด 5.00

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ให้บริการ จำนวน 20 คน นั้น ทุกคนที่ศึกษา (ร้อยละ 100.0) เป็นเพศหญิง โดยส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 40.0 รองลงมาอายุ 41-50 ปีร้อยละ 30.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.0 และมีอยู่ร้อยละ 5.0 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 70.0 โดยมีประสบการณ์ฯเฉลี่ย 12.0 ปี (SD.=7.06) มีประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.0 ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.0 โดยสถานที่ในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นงานการพยาบาลผู้คลอด ร้อยละ 75.0 รองลงมาเป็นงานากครรภ์ และ งานให้คำปรึกษาและคลินิกยาต้านไวรัส ร้อยละ 15.0 และ 10.0 ตามลำดับ

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของผู้ให้บริกา ร โดยรวม หลังการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับน้อยและระดับมาก ร้อยละ 20.0 และ 5.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 12.8 (SD.=2.88) คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และสูงสุด 20 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของผู้ให้บริการโดยรวมหลังการพัฒนา

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (16 คะแนนขึ้นไป)	1	5.0
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	15	75.0
ระดับน้อย (น้อยกว่า 12 คะแนน)	4	20.0
Mean=12.80 (SD=2.88), Min=4: Max=20		

3.3 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของผู้ให้บริการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ฯของผู้ให้บริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Paired t-test

คะแนนความรู้ฯ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง ($\bar{d}$)	$s.d._{\bar{d}}$	95% CI	p-value
ก่อนพัฒนา	20	12.80	2.88	3.33	1.95	2.39 ถึง 4.21	<0.001
หลังพัฒนา	20	16.10	1.52				

3.4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ศึกษาจำนวน 26 คน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.6 โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.11 (SD.=0.74) ต่ำสุด 3.00 และสูงสุด 4.90

4. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่พัฒนาขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการทฤษฎีระบบ (Systems Theory)[10] ร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)[11] มาออกแบบกระบวนการพัฒนา นอกจากนี้ได้ใช้ค่านิยมองค์กร คือ PPSHOS ของโรงพยาบาลโพนพิสัย ได้ Flow chart รูปแบบการดูแลที่เป็นแนวทางเดียวกันชัดเจนขึ้น ช่วยให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลสะดวก รวดเร็ว ไม่พบอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดจากการดูแล ได้รูปแบบ Doctor' s order sheet เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ช่วยให้การจ่ายยาถูกต้องตามมาตรฐานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ลดความผิดพลาดการให้ยาทารกได้ ทำบัตรนัดตรวจเลือดติดตามทารกช่วยให้การติดตามมีความครอบคลุมมากขึ้น ผลการวิจัยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าสถานการณ์ปัญหาด้านหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี การปกปิดผลเลือดกับสามี กลัวการบอกเลิก และกังวลกลัวคนรู้เมื่อมาฝากครรภ์ ส่งผลให้ไม่กล้ามาฝากครรภ์ ฝากครรภ์ล่าช้า ซึ่งทำให้ได้รับยาต้านเอชไอวีล่าช้าซึ่งเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งสอดคล้องกับรัศมี สุวัณณะสังข์[12] ที่พบว่า มารดาฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ฝากครรภ์ ปกปิดสามีและครอครัว ส่งผลให้ได้รับยาต้านเอชไอวีช้า และสอดคล้องกับ ช่อผกา หนูรอด และคณะ[13] ที่พบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยง มารดายังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญติดตามดูแลตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ จนกระทั่งคลอดตลอด การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบ เป็นการพัฒนาจากสภาพปัญหาที่แท้จริงจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นำมาพัฒนาเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ธีรศักดิ์ อุดมศรี[14] ที่พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสามารถป้องกันได้ การมีระบบการทำงานที่ดี โดยใช้มาตรการเดียวกันตั้งแต่การคัดกรองเมื่อมาฝากครรภ์ การดูแลการคลอดที่เหมาะสม การติดตามมารดาทารกอย่างต่อเนื่องจะส่งผลดีที่สุดในการดูแลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ จิระพัฒน์สกุล[15] ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบโดยมีการวางแผน อย่างเป็นขั้นตอน กำหนดเป้าหมายพัฒนา กำหนดผู้รับผิดชอบ มีการติดตามประเมิน ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงส่งผลลัพธ์ที่มีการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การพัฒนาช่วยให้เกิดทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เกิดการเชื่อมโยงระบบบริการของโรงพยาบาลครอบคลุมมากยิ่งขึ้นรูปแบบสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ จุฑาทิพย์ ธรรมวินิจฉัย และทวีวงศ์ ตันตราชีวธร[16] ที่พบว่าการพัฒนานำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้เหลือร้อยละ 0 ภายในปี 2573 ได้ ซึ่งหลังการพัฒนาพบว่า ได้รูปแบบการดูแลชัดเจนขึ้นมี Flow chart ที่ใช้ง่ายสะดวกที่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้หลังการพัฒนาผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 ซึ่งที่เป็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะว่าการดูแลมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี สุวัณณะสังข์[12] ที่พบว่าการพยาบาลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาคลอดได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ มีการเชื่อมโยงดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังส่งผลให้มารดาสุขภาพดีสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขในครอบครัว และเป็นการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ พบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีฝากครรภ์ล่าช้าและปกปิดข้อมูลกับสามีทำให้ฝากครรภ์ล่าช้า รูปแบบการดูแลไม่ชัดเจน ยังไม่มีแนวทางร่วมกัน บุคลากรใหม่ขาดประสบการณ์ ซึ่งผลการวิจัยนี้ส่งผลให้ลดความเสี่ยงและสามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้จริง ควรคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อเพิ่มการรณรงค์ให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และส่งเสริมให้มาฝากครรภ์พร้อมคู่เพื่อลดปัญหาการปกปิดสามี และการศึกษานี้ใช้เวลาพัฒนาสั้นเพียง 6 เดือน ควรติดตามผลลัพธ์และพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดในหญิงคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และควรจัดอบรมให้ความรู้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติงานมีความชำนาญและเป็นไปตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) จากผลการวิจัยนี้ได้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้นำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันทั้งโรงพยาบาล มี Flow chart มี Doctor' s order sheet จุดเน้นในการดูแลเพื่อลดโอกาสเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี มีระบบเชื่อมโยงการดูแลร่วมกัน ซึ่งได้สรุปรายงานการวิจัย เสนอนายแพทย์สาธารณสุขหนองคาย สรุปรายงานระดับเขตสุขภาพที่ 8 และขยายผลในโรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงนรินทิพย์ ฤทธิ์ฐิติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพนพิสัย นางนงค์เยาว์ อินทรวิเชียร หัวหน้าพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.เทพไทย โชติชัย ดร.ภานุวัฒน์ ศรีโยธา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น และที่ให้การสนับสนุนให้คำปรึกษารวมทั้งสนับสนุนด้านวิชาการ และบุคลากรผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมแรงร่วมใจจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารรสุข. แนวทางการจัดระบบบริการในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และสามี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2563/2564. การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. ; 2563.
3. ไม่มีผุ้แต่ง ?? สถิติผู้รับบริการโรงพยาบาลโพนพิสัย. ข้อมูลเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ปีงบประมาณ 2560-2563
4. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. นนทบุรี: บริษัท สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด; 2562.
5. ขวัญเมือง แกวดำเกิง. ความรอบรูดานสุขภาพ:เขา ถึง เขาใจ และการนำไปใช. พิมพครั้งที่2. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทรพริ้นติ้ง แอนด พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2561.
6. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. พิมครั้งที่ 18 .กรุงเทพฯ: บริษัทซีเอ็ดยูเคชั่น จำกัด (มหาชน); 2563.
7. Likert, S. (1961). New patterns of management. New York: McGraw-Hill.
8. บุญชม ศรีสะอาด. (2543). การวิจัยเบื้องต้น . พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุวีริยาสาส์น.
9. Kuder. (1993). การหาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson Method) สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2564, จาก https://www.ict.up.ac.th/surinthips/ResesarchMethodology/totip/
10. ทฤษฎีระบบ (Systems theory).[อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก https://km.mhesi.go.th/content/ทฤษฎีระบบ-system-theory
11. วัชราพร เชยสุวรรณ.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทย์นาว. 44(3): 183-197.
12. รัศมี สุวัณณะสังข์. การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2560;31: 415-426.
13. ช่อผกา หนูรอด และคณะ. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารรสุขภาคใต้. 2561;5(1)ไม่มีเลขหน้า ??
14. ธีรศักดิ์ อุดมศรี. Perinatal Transmission. บทความฟื้นฟูวิชา/ทบทวนวรรณกรรม (Review Article). Krabi Medical Journal. 2019;2(2): 59-83.
15. จุฬารัตน์ จิระพัฒน์สกุล. การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์. ไม่มีชื่อวารสาร ??. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.
16. จุฑาทิพย์ ธรรมวินิจฉัย และทวีวงศ์ ตันตราชีวธร. (2559). ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกที่คณะแพทย์ศาสตร์รพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2564;65(1): 83-94