กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ISSN 2985–1823 (Online)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) หน้า [17-32]

การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

The Development of HIV/AIDS Patient-centered Service Delivery System in Community Hospital Si Bunrueang District, Nong Bua Lamphu Province

คมสันต์ เตือนจันทึก*, ธิตาพร ดาวเศรษฐ์, ภัทรสุดา วิเศษศรี, จรุณี ทำมิ
Komsun Tuanchanthuek*, Thitaphon Daoset, Pattarasuda Wisetsri, Jarunee Thummi
โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
Si Bunrueang hospital, Nong Bua Lamphu Province
*Corresponding author: Komsun_333@hotmail.com
(Received: Feb 23, 2025/ Revised: Feb 26, 2026 / Accepted: Mar 16, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการ และประเมินผลการพัฒนาด้านอาการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิก โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 25 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 233 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ t-test ผลการศึกษาพบว่า ผลการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 13 แนวทาง ดังนี้ 1) การพัฒนาความรู้ในการจัดบริการ 2) การเตรียมผู้ป่วย 3) การตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวี 4) การประเมินก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี 5) การรักษาผลข้างเคียงจากการรักษาและภาวะแทรกซ้อน 6) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ 7) บริการ index partner testing 8) การค้นหาประชากรเป้าหมาย 9) การป้องกัน 10) การติดตาม 11) การจัดบริการ 12) การส่งเสริมสุขภาพ และ 13) เกณฑ์การส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ภายหลังการพัฒนา บุคลากรมีความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อ HIV โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทักษะในการบริการโดยรวมของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมการพัฒนาบุคลากร และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปริมาณ viral load ตรวจครั้งหลังสุดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 96.1 adherence index score อยู่ในเป้าหมาย ร้อยละ 75.1 ผลลัพธ์การดูแลรักษาดีขึ้น ร้อยละ 81.5 ดังนั้นการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นศูนย์กลาง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครอบคลุมทุกด้าน ทำให้มีผลลัพธ์การดูแลรักษาดีขึ้น

คำสำคัญ: การจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This action research aimed to develop a service delivery system and evaluate treatment outcomes among people living with HIV/AIDS (PLWHA) at a community hospital in Si Bunrueang District, Nong Bua Lamphu Province. The study was conducted over a four-month period, from October 2024 to January 2025. The participants included 25 clinical quality improvement staff members and 233 HIV/AIDS patients. Data were collected via questionnaires and analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-ranks test, and the t-test. The results revealed 13 core components of the developed patient-centered service delivery system for PLWHA: 1) professional knowledge development in service delivery, 2) patient preparation, 3) viral load monitoring, 4) clinical assessment prior to ART (antiretroviral therapy) initiation, 5) management of treatment-related side effects and complications, 6) care for pregnant women, 7) Index Partner Testing services, 8) target population screening, 9) prevention, 10) follow-up systems, 11) service delivery, 12) health promotion, and 13) specialist doctor referral protocols. Following the intervention, healthcare personnel showed a statistically significant increase in their knowledge of service delivery for PLWHA ($p < 0.05$). Similarly, the overall service skills of the healthcare staff reached significantly higher levels compared to the pre-intervention ($p < 0.05$). Moreover, PLWHA showed a significant improvement in overall health literacy ($p < 0.05$). Clinical indicators showed that 96.1% of patients achieved suppressed viral load levels at their most recent follow-up. Additionally, 75.1% of the participants attained the target adherence index score, while 81.5% of the total study group experienced an overall improvement in treatment outcomes. Therefore, implementing a comprehensive, patient-centered service delivery system for PLWHA within the hospital setting ensures holistic care, which ultimately leads to significantly enhanced treatment outcomes.

Keywords: HIV/AIDS Service Delivery, Patient-centered Care, Community Hospital

บทนำ

โรคเอดส์ (acquired immune deficiency syndrome, AIDS) เป็นอาการระยะสุดท้ายของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (human immunodeficiency virus, HIV) เป็นปัญหาสำคัญของโลก ในปี 2567 พบผู้ป่วย จำนวน 40.8 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อใหม่ จำนวน 1.3 ล้านคน โดยมีอัตราการป่วยและอัตราการตายสูง มีการแพร่กระจายในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีแต่ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการลุกลามของเชื้อเอชไอวีโดยใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี[1] ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระยะเวลาการดำเนินโรคนานขึ้น ด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ป่วยมีความวิตกเครียดเป็นระยะตามการเปลี่ยนแปลงของโรค จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ดูแลสุขภาพไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส[2] ข้อมูลศูนย์ควบคุมโรคจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2527 รายงานว่า เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีภาวะของโรคเอดส์ ชื่อว่า HTLV-III หรือปัจจุบันคือ เชื้อเอชไอวี (human immunodeficiency virus, HIV)[3] ต่อมาองค์การอนามัยโลก กำหนดให้วันที่ 1 ธันวาคมของทุกปี เป็นวันเอดส์โลก (World AIDS Day) เพื่อรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะเยาวชนที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักในการป้องกัน และเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อน ซึ่งจะนำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ได้ภายในปี 2573[4]

ปัจจุบันในหลายประเทศ ได้นำระบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รูปแบบ Differentiated Care for ART Service Delivery ไปปรับใช้รูปแบบที่ดำเนินการ เช่น การจ่ายยาต้านไวรัสนาน 6 เดือน (6-month multi-month dispensing, MMD) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาการคงที่มารับยาเพิ่มจากเดิมทุกเดือนเปลี่ยนมาเป็นทุก 6 เดือน และเพิ่มช่องทางการรับยาให้สะดวก รวดเร็วมากขึ้น โดยไม่ต้องพบแพทย์ และการให้บริการยาต้านไวรัสโดยกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการนัดพบติดตามการรักษา รูปแบบ Differentiated Care ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งลดความแออัด และส่งผลต่อคุณภาพการบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น[5] ปัจจุบันกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลายเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่จะต้องส่งเสริมให้คงอยู่ในระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การลดระดับเชื้อไวรัสในเลือด (HIV viral load) และเพิ่มจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4 count) ให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ รวมถึงสามารถลดอาการแทรกซ้อน/โรคร่วม ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยการจัดบริการรูปแบบ differentiated care จึงจำเป็นต้องทำควบคู่กันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด[6]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการในคลินิกรับยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า มีการให้บริการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่เข้ามาขอรับการตรวจ ยังไม่มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน การประชาสัมพันธ์และช่องทางการสื่อสารยังมีน้อย รวมถึงยังขาดแนวทางปฏิบัติงานทางคลินิกด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (clinical practice guideline, CPG) ที่ชัดเจน ขาดการติดตามกรณีไม่มาตรวจตามนัด การประเมินการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (adherence) รายบุคคลทำโดยเภสัชกรเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง กรณีมีผลดื้อยาในรอบ 1 ปี ยังไม่ได้ส่งไปรับบริการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (consult HIV expert) เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง ข้อมูลผลงานบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีผู้มารับบริการทั้งหมด 484 คน เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 418 คน หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 4 คน กลุ่มโรคเรื้อรัง จำนวน 62 คน โดยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถลดปริมาณไวรัสได้มีปริมาณ

≤ 1,000 copies/mL ร้อยละ 86.9[7]

จากการทบทวนปัญหาการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นในกลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนบุคลากรยังขาดองค์ความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลให้เข้มข้นและยั่งยืน รวมทั้งยังขาดศักยภาพทั้งในด้านการบริหารจัดการและด้านวิชาการในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่าง ๆ จึงได้จัดทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูขึ้น โดยประยุกต์ใช้การจัดบริการรูปแบบ differentiated care เพื่อลดระบบขั้นตอนการรับบริการ และกระบวนการจัดการบำบัดด้านยามาดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย[6]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชน

2. เพื่อประเมินผลเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการและผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) แบบใช้วงจร PAOR[8] ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ใช้ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567–เดือนมกราคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิก ในโรงพยาบาลศรีบุญเรืองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอศรีบุญเรือง ประกอบด้วย บุคลากรใน HIV Clinic โรงพยาบาลศรีบุญเรือง ได้แก่ 1) แพทย์ 2) พยาบาลวิชาชีพ 3) เภสัชกร 4) ผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน 5) แกนนำอาสาสมัครช่วยเหลือ และ 6) บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองใหม่ จำนวน 18 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตัวแทนแต่ละกลุ่มและยินดีเข้าร่วมโครงการ จำนวน 25 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิกทั้งหมด และเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออก คือ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามตัวแปรที่ศึกษา 2 ครั้ง

2. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ระหว่างปี พ.ศ. 2566–2567 จำนวน 484 คน คำนวณขนาดตัวอย่างและปรับขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร (กรณีทราบประชากรทั้งหมด) ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 233 คน ในกลุ่มตัวอย่างนี้จะทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง รหัส ICD10-B20 สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการประมาณค่าเฉลี่ยประชากรกรณีทราบขนาดประชากรทั้งหมด[9] ดังนี้

$$n = \frac{N Z^2_{\alpha/2} \sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

N = ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยติดเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งหมดมีจำนวน 484 คน

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน ผู้วิจัยอ้างอิงจากการศึกษาของ โกวิทย์ ทองละมุล[10] ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนเริ่มโปรแกรมเท่ากับ 90.55 คะแนน (SD = 2.14) และหลังจบโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 96.16 คะแนน (SD = 1.72) ดังนั้นกำหนดค่าความแปรปรวน 2.14–1.72 = 0.42

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดที่ = 0.42

$n = (484 \times (1.96)^2 \times 0.42)/ (((0.05)^2 \times (484-1)) + ((1.96)^2 \times 0.42))$

= 209.5 คน

หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 209.5 คน และผู้วิจัยปรับขนาดตัวอย่างเผื่อข้อมูล drop out 10% ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 233 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส viral load <50 copies/mL (อย่างน้อย 1 ครั้ง)
2. มีวินัยในการกินยาดี (adherence > 95%)
3. ไม่มีโรคร่วมหรืออาการโรคร่วมที่ควบคุมไม่ได้หรือป่วยวิกฤต
4. ไม่มีปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ที่จำเป็นต้องติดตาม

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria) ได้แก่

1. ทีมพัฒนาคุณภาพ ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามตัวแปรที่ศึกษา 2 ครั้ง
2. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีภาวะจิตเวชหรือโรคร่วมอื่น ๆ ที่ควบคุมไม่ได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามวงจร PAOR[8] ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และข้อมูลพื้นฐาน โดยทำการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการจัดบริการและทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2567 จำนวน 30 ราย และศึกษาแนวทางปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัสในปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างของการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบ (ระบบการจัดบริการ) นำข้อค้นพบจากระยะที่ 1 มาดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ซึ่งประยุกต์เนื้อหาการจัดบริการยาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของกรมควบคุมโรค[5] และการจัดบริการรูปแบบ differentiated care[6] ในกระบวนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 1) การร่างรูปแบบ 2) การประเมินรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และ 3) การปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปดำเนินการ ทั้งนี้มีกิจกรรมประกอบด้วย 1) การเพิ่มศักยภาพเป็นทีมพี่เลี้ยง 2) การฟื้นฟูศักยภาพการประสานงาน โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ทีมพัฒนาคุณภาพฯ

การสังเกตุผลการปฏิบัติ (observer) การสังเกตตามระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานดังนี้ 1) การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มุ่งเน้นผู้ป่วยและส่งเสริมสุขภาพ 2) การเพิ่มทักษะด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 3) เป็นผู้นำในการพัฒนาประสานความร่วมมือกับทุกระบบของโรงพยาบาล

การประเมินผล (reflect) การตรวจสอบผลการปฏิบัติการ การติดตามประเมินผลผู้ป่วย มีการนิเทศติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติการ ปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานในวงจร จนกว่าจะได้แนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม นำไปใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ดำเนินการเก็บผลการดำเนินงานของการใช้รูปแบบฯ ได้แก่ ความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และ ผลการจัดบริการในผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิก ปรับมาจากแนวทางการจัดบริการยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของกรมควบคุมโรค[5] ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแนวทางการจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู สอบถามโดยการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับพอใช้ (12–16 คะแนน) ระดับดี (17 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 ทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 59 ข้อ การตอบระดับการปฏิบัติ มี 1–5 ระดับ[12] คือ 1 = ไม่ปฏิบัติ ถึง 5 = ปฏิบัติทุกครั้ง การแปลผลรวม 295 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[13] คือระดับต่ำ (59.0–98.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (98.01–196.0 คะแนน) และระดับสูง (196.01–295.0 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินและแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ผู้ที่พักอยู่ร่วมในครอบครัว ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 17 ข้อ ประยุกต์ใช้เครื่องมือและประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี[14] ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนเต็ม 17 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ[11] คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 33.1) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.1–66.1) ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 66.1)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ ปริมาณ CD4, ค่า VL หรือ viral load, ระดับคะแนนความสม่ำเสมอการกินยาต้านไวรัส (adherence index score) ประวัติเป็น Tuberculosis, *Pneumocystis carinii* Pneumonia, Cryptococcosis จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช่จ่ายรวม ผลลัพธ์การรักษาและโรคแทรกซ้อน รวมจำนวน 11 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือทุกชนิดในโครงการวิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ด้วยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่าเครื่องมือทุกชนิดมีค่า CVI ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

2. ภายหลังการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในเขตหน่วยบริการ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า 1) ค่าอำนาจการจำแนกของแบบทดสอบความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.9 2) ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีค่าเท่ากับ 0.8 และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีค่าเท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทีมพัฒนาคุณภาพและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการ (ครั้งที่ 1) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 และสิ้นสุดการวิจัย (ครั้งที่ 2) ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที/ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา กรณีเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน พิจารณาค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา ได้แก่ ทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วย

Wilcoxon signed ranks test และ Paired t–test ในการพัฒนารูปแบบโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 23/2567 วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง

1.1 สภาพปัญหาด้านการดำเนินงาน พบว่า ยังไม่มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน แต่มีบริการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่มาขอตรวจเอชไอวีที่โรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ และช่องทางการสื่อสารยังมีน้อย ไม่หลากหลาย แนวทางปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษายังไม่ได้ปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิกที่ใช้ร่วมกันของทีม

“ยังไม่มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน”

“การประชาสัมพันธ์และช่องทางการสื่อสารยังมีน้อย ไม่หลากหลาย”

“แนวทางปฏิบัติการดูแลยังไม่ได้ปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิกที่ใช้ร่วมกัน”

1.2 องค์ประกอบของรูปแบบฯ และการนำไปดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1.2.1 กิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพโดยการให้ความรู้ จำนวน 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย เรื่องที่ 1 คือ ระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง การเตรียมผู้ป่วยและปฏิบัติการส่งตรวจ CD4 การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด การประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี การรักษาผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน จำนวน 1 ชั่วโมง เรื่องที่ 2 คือ การดูแลรักษา และบริการปรึกษา การดูแลหญิงตั้งครรภ์หรือมาคลอด เมื่อสามีผลเลือดเป็นบวก การจัดบริการ index partner testing จำนวน 1 ชั่วโมง

1.2.2 กิจกรรมฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน จำนวน 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อส่งเข้ารับบริการ การให้บริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การติดตามกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เพื่อคงผลตรวจเป็นลบ การจัดบริการ Same-Day ART การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างสถานบริการเพื่อดูแลต่อเนื่อง

1.2.3 แนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 13 แนวทาง ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้ในการจัดบริการ 2) การเตรียมผู้ป่วยและปฏิบัติการส่งตรวจ CD4 3) การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด 4) การประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี 5) การรักษาผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน 6) การดูแลหญิงตั้งครรภ์หรือมาคลอดเมื่อสามีผลเลือดเป็นบวก 7) การจัดบริการ index partner testing 8) การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมาย เพื่อส่งเข้ารับบริการ 9) การให้บริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 10) การติดตามกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงเพื่อคงผลตรวจเป็นลบ 11) การจัดบริการ Same–Day ART 12) การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี 13) การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างสถานบริการเพื่อดูแลต่อเนื่อง

2. ผลลัพธ์การนำรูปแบบระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางไปใช้

2.1 กลุ่มทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิก

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรเป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.0 อายุ 40–59 ปี ร้อยละ 60.0 (อายุเฉลี่ย 45 ปี) จบปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 60.0 รายได้ 40,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 68.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ทางคลินิก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 25)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	22	88.0
ชาย	3	12.0
อายุ		
อายุต่ำกว่า 40 ปี	9	36.0
40–59 ปี	15	60.0
60 ปีขึ้นไป	1	4.0
การศึกษาสูงสุดปริญญาตรี	25	100.0
ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	6	24.0
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	15	60.0
อื่น ๆ	4	16.0
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 40,000 บาท	8	32.0
40,000 บาทขึ้นไป	17	68.0

2.1.2 ความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทีมพัฒนาคุณภาพมีความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (IQR: 17.0–19.0, p = 0.002) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของบุคลากรผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา

ระดับความรู้ (n = 25)	คะแนนเต็ม	Median	IQR (Q1–Q3)	Z	*p*-value
ก่อนอบรม	20	13.0	13.0–19.0		
หลังอบรม	20	17.0	17.0–19.0	-3.0	0.002*

*p < 0.05, Wilcoxon signed ranks test

2.1.3 ทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทีมพัฒนาคุณภาพมีทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 3.6–19.4, p = 0.006) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการจัดบริการ Index Partner Testing (95%CI: 1.0–2.9, p = 0.064) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การติดตามกลุ่มเป้าหมาย (95%CI: 1.1–2.2, p = 0.044) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของบุคลากรผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการพัฒนา

ทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	Mean±SD		t	95%CI	*p*-value
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา			
การเตรียมผู้ป่วยและปฏิบัติการส่งตรวจ CD4	7.5±1.5	8.1±0.0	-2.2	1.0–1.4	0.034*
การจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์	6.52±1.5	9.11±0.2	-2.2	1.0–2.6	0.034*
การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด	23.40±2.0	24.76±0.8	-4.1	1.6–2.0	< 0.001*
การประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านเอชไอวี	20.9±3.3	21.60±2.9	-1.74	1.1–1.4	0.094*
การรักษาผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี	19.7±4.0	20.60±3.7	-1.73	1.1–1.8	0.096*
การดูแลหญิงตั้งครรภ์หรือมาคลอดเมื่อสามีผลเลือดเป็นบวก	24.5±5.2	25.6±4.5	-1.5	1.3–2.3	0.024*
การจัดบริการ Index Partner Testing	23.4±2.2	24.1±1.7	-1.9	1.0–2.9	0.064*
การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อส่งต่อเข้าสู่บริการเอชไอวี	21.6±3.2	22.5±3.0	-2.1	1.0–1.8	0.044*
การให้บริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	23.2±2.5	24.4±0.9	-2.7	1.3–2.1	0.011*
ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง เพื่อคงผลตรวจเป็นลบ	8.5±1.5	9.1±1.0	-2.1	1.1–2.2	0.044*
การจัดบริการ Same–Day ART	23.1±2.8	24.4±1.0	-2.3	1.7–2.9	0.029*
การให้บริการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี	21.8±3.7	23.1±2.1	-2.6	2.0–3.5	0.013*
การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างสถานบริการเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	21.1±4.5	23.2±1.9	-3.0	2.0–3.9	0.006*
รวมทุกด้าน	**260.1±27.8**	**284.6±18.9**	**-3.0**	**3.6-19.4**	**< 0.001***

*p < 0.05, paired t-test

2.2 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2.2.1 ข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40–59 ปี ร้อยละ 59.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.8 พักอาศัยอยู่ร่วมกับแฟน/คู่รัก ร้อยละ 52.8 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.8 รายได้ 10,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป ร้อยละ 37.8 และระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 84.1 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 233)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	150	64.4
ชาย	83	35.6
อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	36	15.5
40–59 ปี	138	59.2
60 ปีขึ้นไป	59	25.3
สถานภาพ		
โสด	85	36.5
สมรส	123	52.8
แยกกันอยู่/หย่า	25	10.7
ผู้ที่พักอยู่ร่วมในครอบครัว		
อยู่กับแฟน/คู่รัก	123	52.8
อยู่กับพ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง	74	31.8
อยู่คนเดียว	25	10.7
อยู่กับเพื่อน	11	4.7
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	117	50.2
มัธยมศึกษา	95	40.8

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 233)	ร้อยละ
ปริญญาตรีขึ้นไป	21	9.0
อาชีพ		
รับจ้าง	137	58.8
ว่างงาน	39	16.7
เกษตรกรรม	50	21.5
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	3.0
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	76	32.6
5,000–9,999 บาท	69	29.6
10,000 บาทขึ้นไป	88	37.8
ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี		
น้อยกว่า 6 เดือน	16	6.9
6 เดือน ถึง 1 ปี	21	9.0
มากกว่า 1 ปี	196	84.1

2. ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่า ภายหลังการพัฒนามีผลลัพธ์การดูแลรักษา ดังนี้ คือ ผู้ป่วยฯ มาพบแพทย์ครั้งล่าสุดมากกว่า 2 เดือน ร้อยละ 82.4 ระดับภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 71.2 กดเชื้อไวรัสเอชไอวี < 1,000 copies/mL ร้อยละ 96.1 รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 75.1 ไม่เคยมีประวัติเป็น Tuberculosis ร้อยละ 76.0 ไม่เคยมีประวัติ *Pneumocystis carinii* Pneumonia ร้อยละ 83.3 ไม่เคยมีประวัติ Cryptococcosis ร้อยละ 93.1 ไม่มีการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 77.7 ไม่มีค่าใช้จ่ายรักษา ร้อยละ 81.5 ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น ร้อยละ 81.5 และไม่มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 76.0 รายละเอียดดังตารางที่ 5

จากการสอบถามพบว่า ภายหลังการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -12.1$, $p = 0.008$) รายละเอียดดังตารางที่ 6

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวทางการจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยวงจร PAOR พบว่า

รูปแบบในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 13 แนวทาง โดยผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่า ความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ภายหลังการพัฒนาทีมพัฒนาคุณภาพมีความรู้และทักษะในการจัดบริการ

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย

ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย	จำนวน (n = 233)	ร้อยละ
มาพบแพทย์ครั้งล่าสุด		
2 สัปดาห์	13	5.6
2 เดือน	28	12.0
มากกว่า 2 เดือน	192	82.4
ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte ตรวจครั้งล่าสุด		
CD4 ปกติ 529–1,300 cells/mm^3	166	71.2
CD4 ต่ำกว่า 529–1,300 cells/mm^3	67	28.8
กดเชื้อไวรัสเอชไอวี < 1,000 copies/mL		
ใช่	224	96.1
ไม่ใช่	9	3.9
รับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง (Adherence index score)		
ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95)	175	75.1
อยู่นอกเป้าหมาย	58	24.9
เคยมีประวัติเป็น Tuberculosis		
ไม่เคย	177	76.0
เคย	56	24.0
เคยมีประวัติเป็น *Pneumocystis carinii* Pneumonia		
ไม่เคย	194	83.3
เคย	39	16.7
เคยมีประวัติเป็น Cryptococcosis		
ไม่เคย	217	93.1
เคย	16	6.9
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล		
ไม่มี	181	77.7

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย (ต่อ)

ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย	จำนวน (n = 233)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 6 วัน	39	16.7
6 วัน ขึ้นไป	13	5.6
สรุปค่าใช้จ่ายรวม		
ไม่มี	190	81.5
ต่ำกว่า 3,000 บาท	18	7.7
≥ 3,000 บาท	25	10.7
ผลลัพธ์การรักษา		
ดีขึ้น (Improved)	190	81.5
อาการไม่ดีขึ้น (Not improved)	43	18.5
โรคแทรกซ้อน		
ไม่มี	177	76.0
มีโรคแทรกซ้อน	56	24.0

ตารางที่ 6 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยรวมก่อนและหลังพัฒนา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 233)	คะแนนเต็ม	Median	IQR (Q1–Q3)	Z	*p*-value
ก่อนพัฒนา	17	8.0	7.0–9.0	-12.1	0.008*
หลังพัฒนา	17	12.0	11.0–13.0		

*$p < 0.05$

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิญญู จันทร์เนตร[14] ที่พบว่า การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการ โดยมีศูนย์กลางการบริการ การพัฒนาแนวปฏิบัติและมาตรฐานที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นศูนย์กลางครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม กาย และใจ ขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยการสนับสนุนและเสริมแรงจากผู้บริหารทั้งในเชิงนโยบายและนำสู่การปฏิบัติของสหวิชาชีพ

2. ผลการพัฒนาทักษะทีมพัฒนาคุณภาพ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนา ทีมพัฒนาคุณภาพมีความรู้และทักษะในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยรวมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลงานการพัฒนาที่เป็น good practice การดูแลผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อการยุติเอดส์ ที่พบว่า ผู้นำในโรงพยาบาลทุกแห่งมีความมุ่งมั่นพัฒนาระบบบริการ HIV/STI,

บุคลากรในจังหวัดมีศักยภาพและประสบการณ์ในการพัฒนา HIV/STI ด้วยระบบคุณภาพ HA รวมถึงมีผู้เชี่ยวชาญด้าน HIV/STI ในโรงพยาบาลศูนย์เป็นพี่เลี้ยงกำกับติดตามการรักษาให้โรงพยาบาลชุมชน ทีมงานมีการประสานข้อมูลกันทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรวดเร็ว มีทีมแกนนำผู้ติดเชื้อที่มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยในคลินิกและที่บ้าน[15]

3. ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นศูนย์กลาง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกด้าน ตามการจัดบริการรูปแบบ differentiated care สามารถเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอน ตั้งแต่การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย และการรักษาเพื่อสนับสนุนให้ป่วยคงอยู่ในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ และจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าช่องทางในการหาข้อมูลที่สะดวกที่สุดคือได้จากพยาบาลผู้ประสานงานผู้ป่วยเอชไอวี[16]

4. ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วย ภายหลังการพัฒนาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาพบแพทย์ครั้งหลังสุดมากกว่า 2 เดือน ปริมาณ viral load ตรวจครั้งหลังสุดอยู่ในระดับปกติ adherence index score ต่ำกว่าร้อยละ 95 มีการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง จำนวนวันนอนโรงพยาบาลต่ำกว่า 6 วัน มีผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น ร้อยละ 81.5 และไม่มีโรคแทรกซ้อน การศึกษานี้มีค่าใช้จ่ายรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3,000 บาทขึ้นไป ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการศึกษาสิทธิผู้ป่วยนอกแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล ที่พบว่า สิทธิผู้ป่วยจ่ายเงินเองมีต้นทุนเฉลี่ยการให้บริการต่อคน 1,570 บาท แต่ต่ำกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ 9,483 บาท[17] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับยาต้านสามารถกดไวรัสสำเร็จร้อยละ 93.24[18] และการศึกษาที่พบว่า ผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบการจัดบริการ สามารถกดเชื้อไวรัสเอชไอวี < 1,000 copies/mL โดยมีการตรวจปริมาณไวรัส (viral load) ครอบคลุมตามเป้าหมาย ส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อยู่ในระดับเป้าหมาย[19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการวางแผนการบริหารจัดการเชิงระบบ โดยกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ในการจัดบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยนำระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นศูนย์กลาง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น

3. ควรมุ่งเน้นในการแนะนำปรึกษาและการเสริมแรงผู้ป่วยให้มีการรับประทานยาต่อเนื่องและติดตามดูแลด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของบุคลากร ตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชาชีพ แบบเฉพาะเจาะจง เพื่อให้เกิดประสบการณ์ตามความเชี่ยวชาญของการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS.Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet [internet].2024. [Cited 2024 September 13]. Available from: https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบรายงานการติดตามประเมินผล [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 3]. เข้าถึงได้

จาก: https://medata.nhso.go.th/me/service
3. Estcourt C, Yeung A, Nandwani R, Goldberg D, Cullen B, Steedman N, et al. Population-level effectiveness of a national HIV preexposure prophylaxis programme in MSM. AIDS 2021;35(4): 665–73.
4. HIV Prevention Trials Network (HPTN). HPTN 083 study demonstrates superiority of cabotegravir for the prevention of HIV. press release [internet]. 2020. [Cited 2024 September 13]. Available from: https://www.hptn.org/news-and-events/press-releases
5. มณฑินี วสันติอุปโภคากร, ศุภณัฐ ฐิติภัทรกร, ชมนาถ มโนไพบูลย์. แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564.พิมพ์ครั้งที่ 2.นนทบุรี:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี 2560.พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. ผลงานบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 13]. เข้าถึงได้จาก: https://sbr-hospital.moph.go.th/indexp.php
8. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd edition. Victoria: Deakin University press; 1990.
9. ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤษภาคม 3]. เข้าถึงได้จาก: https://www.popticles.com/marketing/research-sample-size/
10. โกวิทย์ ทองละมุล. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12; 2564 มิถุนายน 25; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. หาดใหญ่; 2564
11. Bloom BS, Madaus GF, & Hastings JT. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
12. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
13. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
14. วิญญู จันทร์เนตร, กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ. การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สคร. 9 2564;27(1):27–35.
15. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). บทเรียนการพัฒนาจาก DSC-HIV สู่การรับรอง HNA [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 13]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ha.or.th/TH
16. สุภาพร หอมดี, ณัฏฐิญา ค้าผล. ความต้องการข้อมูลด้านยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2563;16(1):46–62.
17. อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ดิชพงศ์ พงศ์ภัทรชัย. ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย.วารสารวิจัยระบบ

สาธารณสุข 2562;13(4):410–9.
18. ประจักร เหิกขุนทด. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลส่องดาว. วารสารโรคเอดส์ 2564; 33(3):151–64.
19. กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ, วีรพล จันธิมา, ดวงจันทร์ จันทร์เมือง. การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารโรคเอดส์ 2565; 34(1):46–57.