

การพัฒนารูปแบบการนิเทศติดตามงานโรคเอดส์ในโรงพยาบาลด้วยวิธีเยี่ยมเสริมพลัง แบบบูรณาการเพื่อพัฒนาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี เขตสุขภาพที่ 10

Development of a model for supervision and monitoring of AIDS work in hospitals by using integrated empowerment visits to develop access to antiretroviral drug Health Region 10

พัชมน เจริญนาวิ^{1*}Patchamon Charoennavee^{1*}สุริยงค์ บุญประเชิญ²Suriyong Boonprachern²นิตยา ดาวงศ์ญาติ²Nidtaya Dawvongyad²จิรัญญา มุขขันธ³Jiranya Mekkhan³ทิพวรรณ หมั่นพันธ์¹Tippawan Muenphan¹¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี¹Office of Disease Prevention and Control Region 10,
Ubon Ratchathani²โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี²Sunpasitthiprasong Hospital,
Ubon Ratchathani Province³สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 อุบลราชธานี³National Health Security Office Region 10,
Ubon Ratchathani

*Corresponding author e-mail: patchadpc7@gmail.com

DOI: 10.14456/taj.2025.3

Received: October 7, 2024 Revised: March 29, 2025 Accepted: April 2, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศโดยใช้การเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ เขตสุขภาพที่ 10 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเลือกพื้นที่แบบเจาะจง จำนวน 29 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัดทุกแห่ง และโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีผลการดำเนินงานการรักษาผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีต่ำกว่าร้อยละ 80.0 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้บริหาร และทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ทำการศึกษาระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 - 30 กันยายน 2565 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณผ่านแบบรายงานข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (NAP web report) และวัดระดับความพึงพอใจ ข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสรุปจากเอกสาร และการถอดบทเรียน ได้รูปแบบการนิเทศงานเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเขตสุขภาพที่ 10 มีขั้นตอนกระบวนการงาน TDRC 4 ขั้นตอน คือ (1) การเตรียมทีม (team) (2) ข้อมูล (data) (3) การสรุปผล (result) และ (4) การนำผลย้อนกลับมาพัฒนา (continuing) ผลการดำเนินงานระดับเขต พบว่า ด้านผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับเขตเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 80.0 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เป็น ร้อยละ 86.0 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ผลการดำเนินงานระดับโรงพยาบาล พบว่า จำนวนโรงพยาบาลที่สามารถปรับระดับการเข้าถึงการรักษาผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีจากระดับสีแดงไปเป็นระดับสีเหลืองและสีเขียวเพิ่มขึ้น จำนวน 23 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 79.3 ระดับความ

พึงพอใจในการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก (Mean=4.36, SD=0.55) ปัจจัยที่ส่งผล ได้แก่ การบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพ งบประมาณ และการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงนโยบายต่อผู้บริหารของทีมเยื่อมต่อไป

Abstract

This study aimed to develop a supervision model using integrated empowerment visits for AIDS prevention and control in Health Region 10. An action research methodology was employed, with a purposive selection of 29 hospitals, including all regional hospitals and provincial general hospitals as well as community hospitals in Health Region 10 with HIV treatment coverage below 80.0%. The target group consisted of hospital administrators and multidisciplinary teams. The study was conducted between October 2019 and September 2022. Quantitative data were collected through the NAP web report system and satisfaction surveys, while qualitative data were obtained from interviews, focus group discussions, document analysis, and lessons-learned reflections. The study resulted in the development of an integrated empowerment visit supervision model for Health Region 10, structured into four TDRC steps: (1) team, (2) data, (3) results, and (4) continuous. At the regional level, the proportion of people living with HIV receiving antiretroviral therapy (ART) increased from 80.0% in 2019 to 86.0% in 2022. At the hospital level, the number of hospitals that improved HIV treatment access for people living with HIV – shifting from the red level to yellow and green – rose to 23 facilities, accounting for 79.3%. The satisfaction level with the implementation of the model was high (Mean=4.36, SD=0.55). Key contributing factors included management, capacity building, budget allocation, and stakeholder engagement. It is recommended that supervisory teams further develop their policy communication skills to strengthen engagement with hospital executives.

คำสำคัญ

การนิเทศเยื่อมเสริมพลังแบบบูรณาการ;
การพัฒนาารูปแบบ; การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี;
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Keywords

*integrated empowerment supervision;
model development; access to antiretroviral therapy;
action research*

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยดำเนินมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 30 ปี จนถึงปัจจุบัน โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรมนุษย์ องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ และโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)⁽²⁾ กำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ คือ ไม่มีการติดเชื้อ

เอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตจากเอชไอวี และไม่มี การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี โดยมีตัวชี้วัดที่วัดความสำเร็จระดับผลลัพธ์ ได้แก่ การเข้าถึงบริการตรวจเลือดทราบสถานะเอชไอวี การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และการสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้โดยมีค่าเป้าหมายที่ร้อยละ 95-95-95 ซึ่งจำเป็นต้องบรรลุเป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2573 ตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

สถานการณ์ผลลัพธ์การดำเนินงานตามเป้าหมาย 95-95-95 จากข้อมูลย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561 จากกระบบรายงานข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (NAP web report)⁽³⁾ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2560 และศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และไวรัสตับอักเสบบีและซี ประเทศไทย (HIV Info HUB)⁽⁴⁾ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 พบว่าประเทศไทยมีผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้นจาก 450,000 คน เป็น 480,729 คน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ได้รับการวินิจฉัย (รู้สถานะ) ร้อยละ 94 กำลังรับยาต้านไวรัสเอชไอวี ร้อยละ 74 และกดยาต้านไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดสำเร็จ ร้อยละ 85 สำหรับสถานการณ์เขตบริการสุขภาพที่ 10 ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561 พบผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้นจาก 17,500 คน เป็น 19,010 คน โดยได้รับการวินิจฉัย (รู้สถานะ) ร้อยละ 99, 106, 112 กำลังรับยาต้านไวรัสเอชไอวีร้อยละ 78, 79, 80 และกดยาต้านไวรัสในกระแสเลือดสำเร็จ ร้อยละ 87, 87, 87 ตามลำดับ^(3,4) จากการลงพื้นที่ติดตามงานที่ผ่านมา พบสาเหตุ คือ การเข้าสู่ระบบการรักษาช้า จาก CD4 หรือเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคต่ำ (<200 cell/ml) ในปีงบประมาณ 2561 คำมัญฐาน CD4 ครั้งแรกก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี เท่ากับ 184 cell/ml ปัญหาการเริ่มต้นยาต้านไวรัสเอชไอวีล่าช้า คือ ไม่สามารถบริการตรวจเลือดทราบผลวันเดียว (same-day result) และจ่ายยาให้คนไข้ได้ในวันที่ทราบผลเลือด (same-day ART) ปัญหาการขาดนัดและการหลุดจากระบบ ปัญหาทางสังคมและการตีตรา จากการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีของเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2560 พบว่า ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่เป็นลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ร้อยละ 82.1 มีการสังเกตเห็นการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีร้อยละ 25.8 และในส่วนผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีเคยตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเนื่องจากตีตราตัวเอง ร้อยละ 37.0 ปัญหาการจัดเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วน

ถูกต้อง และทันเวลา รวมถึงความไม่เข้าใจในระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP PLUS) ซึ่งเป็นสาเหตุและอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มการติดเชื้อรายใหม่และการเสียชีวิต ซึ่งการนิเทศติดตามแบบเดิมมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น เน้นการตรวจสอบมากกว่าการพัฒนา ขาดการมีส่วนร่วมของผู้รับการนิเทศระดับบริหารและสหวิชาชีพจากทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง และขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากงานวิจัยหรือผลการดำเนินงานจากการนิเทศด้วยวิธีเชื่อมโยงเสริมพลังแบบบูรณาการของวิไลภรณ์ คำมัน และคณะ⁽⁵⁾ พบว่า การประเมินแบบเสริมพลังช่วยส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การสะท้อนผล (reflection) และการประเมินตนเอง (self-evaluation) ช่วยส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องมีความรับผิดชอบต่อการกระบวนการและผลลัพธ์มากขึ้น เช่นเดียวกับอมวาลี อัมพันศิริรัตน์⁽⁶⁾ ได้แสดงให้เห็นว่าการนิเทศแบบเสริมพลังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรทัย อาจอ่ำ⁽⁷⁾ ได้อธิบายว่าการประเมินแบบเสริมพลังเป็นแนวทางที่ช่วยพัฒนาพฤติกรรมการทำงานผ่านการสนับสนุนและสร้างความเข้าใจร่วมกัน สอดคล้องกับศุภานัน แพงเจริญ⁽⁸⁾ ใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจสามารถเพิ่มสมรรถนะระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวัดและประเมินผล และมีเจตคติที่ดีขึ้น และการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์⁽⁹⁾ พบว่า ประสิทธิภาพของการเชื่อมโยงเสริมพลังเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์แบบเพื่อนมากกว่าการตรวจสอบตามรายการ

จากสภาพปัญหาและเหตุผลดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศติดตามงานโรคเอดส์ในโรงพยาบาลด้วยวิธีเชื่อมโยงเสริมพลังแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี เอดส์ เขตสุขภาพที่ 10 โดยประยุกต์แนวคิดการเชื่อมโยงประเมินเพื่อเสริมพลัง (empowering evaluation) ของ Fetterman DM⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า การประเมินแบบเสริมพลังเป็นกระบวนการที่เป็นวัฏจักรและพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง (empowerment evaluation

is a cyclical and developmental process) ไม่ได้เป็นกระบวนการที่ทำครั้งเดียวจบ แต่เป็นวัฏจักรของการเรียนรู้ การประเมิน และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (getting to zero) ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานศึกษาการปฏิบัติงานในหน้าที่ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยปฏิบัติการ ทำการศึกษาระหว่าง 1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2565 โดยการประยุกต์แนวคิดการนิเทศแบบเยี่ยมเสริมพลัง (empowering evaluation) ของ Fetterman DM⁽¹⁰⁾ และ Fetterman DM, Wandersman A⁽¹¹⁾ นำมาสรุปเป็นรูปแบบ TDRC

1) T = team (การทำงานเป็นทีม) สอดคล้องกับหลักการความเป็นเจ้าของของชุมชน (community ownership) เน้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีบทบาทโดยตรงในการประเมิน และการทำงานร่วมกันแบบประชาธิปไตย ผู้ประเมินไม่ได้เป็นผู้ควบคุมกระบวนการ แต่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำและสนับสนุน (coach) และผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) เน้นบทบาทของผู้ประเมินในฐานะกัลยาณมิตร เพื่อน ผู้ชี้แนะ มากกว่าผู้ตัดสินผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว

2) D = data (ข้อมูล) สอดคล้องกับการส่งเสริมการใช้ข้อมูลและหลักฐานในการตัดสินใจ (evidence-based strategies) สอนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนและตัดสินใจ สร้างความเข้าใจว่า “ข้อมูลคือเครื่องมือสำคัญ” ที่ช่วยพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ

3) R = results (การติดตามผลลัพธ์) สอดคล้องกับการเรียนรู้ขององค์กร (organizational learning) และการปรับปรุงพัฒนา (improvement) เน้นให้องค์กรเรียนรู้จากประสบการณ์และใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีบทบาทสำคัญในกระบวนการพัฒนา เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและความเป็นเจ้าของร่วมกันในองค์กร

4) C = continuing (การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง)

ตรงกับการประเมินแบบเสริมพลังเป็นกระบวนการที่เป็นวัฏจักรและพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งให้เห็นว่าการประเมินแบบเสริมพลังไม่ได้เป็นกระบวนการที่ทำครั้งเดียวจบ แต่เป็นวัฏจักรของการเรียนรู้ การประเมิน และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โครงการหรือองค์กรสามารถพัฒนาไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมีขั้นตอนกระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการวิจัย มี 5 ขั้นตอน คือ

1) การเตรียมการวิจัย

1.1) ทบทวนแนวทางการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานโรคเอดส์เดิม พบว่า (1) ใช้การนิเทศร่วมกับการออกติดตามประเมินคุณภาพงานวันโรค (2) ใช้วิธีดึงข้อมูลจากระบบ NAP web report ออกมาในรูปแบบไฟล์ Excel (3) รูปแบบการลงติดตามใช้การพูดคุยกับผู้รับผิดชอบงานคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี เกล็ดชกร และนักเทคนิคการแพทย์อย่างไม่เป็นทางการ (4) ขาดการสื่อสารเป้าหมายการดำเนินงานและแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์ มาตรการ กับผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่จากแผนกต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการจัดบริการ และ (5) ขาดความต่อเนื่องในการติดตามนิเทศผลการดำเนินงาน

1.2) ศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัย คู่มือแนวทางการเยี่ยมแบบเสริมพลัง

1.3) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์การดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคเอดส์เขตสุขภาพที่ 10 ภาพรวมเขต จังหวัด โรงพยาบาล เพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ NAP web report (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2560) และ HIV Info Hub ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 และข้อมูลจากสรุปผลการออกนิเทศติดตามงานโรคเอดส์ ที่ผ่านมา

2) ขั้นการวางแผนการดำเนินงาน (planning) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

2.1) กำหนดกลุ่มเป้าหมายระดับโรงพยาบาล โดยแบ่งผลการดำเนินงานเป็นระดับสี (เขียว เหลือง แดง) คัดเลือกเฉพาะโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานระดับสีแดง และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

ระดับจังหวัดทุกแห่ง ทั้งสิ้น 29 โรงพยาบาล

2.2) จัดทำแผนปฏิบัติการและแจ้งแผนฯ โดยทำหนังสือราชการพร้อมกำหนดการส่งไปยัง ทีมเยี่ยมฯ และโรงพยาบาลเป้าหมายก่อนอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์

2.3) กำหนดรูปแบบการลงเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเขตสุขภาพที่ 10

2.4) จัดเตรียมทีมเยี่ยมฯ โดยประสาน หนังสือขอความอนุเคราะห์ที่มาจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (รพ.สพส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพ-เขต 10 (สสข. เขต 10) อุตสาหกรรมฯ ศูนย์อนามัยที่ 10 เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเขต 10 กลุ่มงานโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุตสาหกรรมฯ (สคร.10) โดยใช้งบประมาณโครงการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สคร.10 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2565

2.5) ทบทวนแผนการดำเนินงาน (re-planning ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565) ศึกษา ทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกับทีมเยี่ยมเสริมพลังฯ กำหนดประเด็นปัญหา ปรับรูปแบบทีม เครื่องมือ และ จัดทำแผนปฏิบัติงานในปีงบประมาณ และงบประมาณ ถัดไป

3) การปฏิบัติการวิจัย (acting) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2565

3.1) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการติดตามเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการโดยดำเนินการในช่วง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2565 ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 29 โรงพยาบาล โดยติดตามเยี่ยมในโรงพยาบาลทั่วระดับจังหวัด 1 ครั้งต่อปีงบประมาณ และเยี่ยม โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน 1 ครั้ง โดยในปีงบประมาณถัดไปให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบกำกับติดตามผลการดำเนินงานโดยประยุกต์ใช้แนวทางนี้ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุตสาหกรรมฯ กำกับติดตามผลการดำเนินงานผ่าน HIV Info Hub รายละเอียดดังนี้

3.1.1) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ดำเนินการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด จำนวน 5 แห่ง และ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 แห่ง รวม 9 แห่ง

3.1.2) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ดำเนินการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ โรงพยาบาลทั่วระดับจังหวัด จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง รวม 16 แห่ง

3.1.3) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ดำเนินการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ โรงพยาบาลทั่วระดับจังหวัด จำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 8 แห่ง รวม 13 แห่ง

3.1.4) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดำเนินการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ โรงพยาบาลทั่วระดับจังหวัด จำนวน 5 แห่ง

3.2) ประเมินความพึงพอใจต่อการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนาระบบบริการรักษาเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

4) การสังเกต ดำเนินการ (observing) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2565

ขั้นตอนในวันลงเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการ ช่วงเช้า นำเสนอข้อมูลเพื่อรู้เรา รู้เขา โดยพื้นที่นำเสนอผลการดำเนินงานก่อน แล้วทีมเยี่ยมฯ ค้นข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์มาหลังจากพื้นที่จบการนำเสนอ ต่อมาช่วงบ่าย ลงดูหน้างานเพื่อรู้จริง ได้แก่ คลินิกบริการตรวจรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ (ARV คลินิก) งานแล็บฯ งานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ คลินิกกวดโรค งานห้องคลอด งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานเวชกรรมสังคม และงานศูนย์องค์รวม โดยการสอบถาม สัมภาษณ์หน้างาน และจากการสังเกตและบันทึกแบบเช็คลิสต์

5) การสะท้อนผลและรายงานการวิจัย (reflecting) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565

หลังจากลงดูหน้างาน จะมีการสรุปคืนข้อมูลจากการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเขตสุขภาพที่ 10 สะท้อนกลับ สะท้อนคิด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีสรุปให้มีบรรยากาศแบบกัลยาณมิตร ทั้งประเด็นให้

พัฒนาและทีมเยี่ยมเก็บปัญหาตามแก้ไขระดับนโยบาย และสรุปถอดบทเรียนปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการเพิ่มการเข้ารับบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 69 แห่ง นำมาแบ่งตามระดับสี ดังนี้ สีแดง คือ โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการ ยาต้านไวรัสเอชไอวี เอดส์ของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ต่ำกว่าร้อยละ 80.0 จำนวน 27 แห่ง สีเหลือง คือ โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการ ยาต้านไวรัสเอชไอวี เอดส์ของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีต่ำกว่า ร้อยละ 80.0-89.0 จำนวน 37 แห่ง และสีเขียว คือ โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานการเข้าถึงยาต้านไวรัส เอชไอวีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90.0 จำนวน 5 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีผลการดำเนินงานระดับสีแดง จำนวน 27 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีผลการดำเนินงานระดับสีเหลือง จำนวน 2 แห่ง รวม 29 แห่ง มีความสำคัญต้องติดตามเยี่ยมโรงพยาบาลทั่วไปทุกปีเนื่องจาก มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในทะเบียนรักษาจำนวนมาก โดยทีมรับการนิเทศติดตามงานโรคเอดส์ในโรงพยาบาล ด้วยวิธีเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาการ เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี เอดส์ เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ (1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน (2) ผู้รับผิดชอบ คลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาล (3) เกสัชกร ที่ทำหน้าที่จ่ายยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาล (4) นักเทคนิคการแพทย์ที่รับผิดชอบคลินิกยาต้านไวรัส เอชไอวี (5) ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในโรงพยาบาล (6) ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาล (7) หัวหน้างานผู้ป่วยนอกและหัวหน้า งานผู้ป่วยใน (8) เครือข่ายศูนย์องค์รวมในโรงพยาบาล (9) หัวหน้างานเวชกรรมสังคมหรือเวชปฏิบัติ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งได้ 4 ส่วน ดังนี้

3.1) แบบเช็คลิสต์ (ใช้บันทึกโดยทีมนิเทศเพื่อ

สอบถามตามประเด็นเท่านั้น) ประยุกต์ตามมาตรฐาน แนวทางการรักษาและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี นโยบาย จุดเน้นจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และผู้เชี่ยวชาญการให้บริการในงาน ARV คลินิก งานเภสัชกรรม และงานตรวจวินิจฉัย ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ต้านโรคเอดส์ ประเด็น การสอบถามตามเช็คลิสต์ ได้แก่ การจัดบริการตาม มาตรฐานคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี มาตรฐานการให้ คำปรึกษา มาตรฐานการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ มาตรฐานงานเภสัชกรรม มาตรฐานจริยธรรมและสิทธิ การทำงานเชิงรุกในโรงพยาบาลและศูนย์องค์รวม (ศอร.) และการรับรู้สิทธิประโยชน์และการชดเชยบริการ ผู้ป่วยเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) และไวรัสตับอักเสบ ซี (HCV) ในระบบหลักประกัน- สุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC)

3.2) แบบประเมินความพึงพอใจ แบ่งค่า คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.51- 5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50) ระดับปาน กลาง (ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50) ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50) ประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 งามบรรยากาศ การมีส่วนร่วม ระยะเวลา เหมาะสมหรือไม่ ส่วนที่ 3 งามเกี่ยวกับขนาดของทีมและ ความรู้ความสามารถ บุคลิกภาพของผู้นิเทศ ส่วนที่ 4 งามผู้รับเยี่ยมมา มีความรู้ ความเข้าใจ มีกำลังใจใน การปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นหลังจากรับการนิเทศเยี่ยมเสริมพลัง อย่างไร และส่วนที่ 5 งามถึงข้อเสนอแนะที่ให้ประโยชน์ ในการใช้พัฒนางานและมีความเป็นไปได้ในการนำไป ปฏิบัติ

3.3) การสนทนากลุ่ม ประเด็นการถอดบท เรียน คือ ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการเพิ่มการเข้ารับ บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อ สอบถามใน 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหาร เกี่ยวกับด้านนโยบาย คน การบริหารจัดการ งบประมาณ ปัจจัยเงื่อนไขความ สำเร็จ ข้อเสนอแนะ สิ่งที่ได้เรียนรู้ และ 5 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้ให้บริการคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี

(2) เกสเซอร์ที่ทำหน้าที่จ่ายยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาล (3) นักเทคนิคการแพทย์ที่รับผิดชอบคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี (4) เครือข่ายศูนย์องค์รวมในโรงพยาบาล และ (5) กลุ่มหัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานผู้ป่วยใน หัวหน้างานเวชกรรมสังคมหรือเวชปฏิบัติเกี่ยวกับการพบปะที่รูปแบบการให้บริการ การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ระบบการกำกับติดตามตัวชี้วัด 95-95-95 การพัฒนาความรู้ สิ่งที่ได้เรียนรู้ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการสนับสนุน

3.4) NAP web report ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2560 และ HIV Info Hub ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามการสำรวจความพึงพอใจต่อการติดตามนิเทศเยี่ยมเสริมพลัง การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผ่าน NAP web report รายงานผลเป็นความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสอบถามเชคลิสต์ เอกสารรายงานการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์สภาพปัญหา

จากข้อมูลสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้อัตราการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ 95.0 ได้แก่ การเข้าสู่ระบบการรักษาช้า ผู้ติดเชื้อบางรายตรวจพบเชื้อเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำมากแล้ว การเริ่มต้นยาต้านไวรัสเอชไอวีล่าช้า ปัญหาการขาดนัดและการหลุดจากระบบ การตีตราและการเลือกปฏิบัติ การบันทึกและการจัดการข้อมูล การติดตามนิเทศงานเดิมเน้นการตรวจสอบมากกว่าการพัฒนา ขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน การนิเทศแบบเสริมพลัง (empowering evaluation) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วม การสะท้อนผล (reflection) และการพัฒนาร่วมกันในระดับปฏิบัติการ อาจเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหา

2. รูปแบบการนิเทศโดยใช้การเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 10 สรุปเป็นขั้นตอนดังนี้

ตารางที่ 1 รูปแบบการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 10 ตามขั้นตอน TDRC

ขั้นตอน	กระบวนการงาน		เวลา	ผู้รับผิดชอบ
	เดิม	ใหม่		
T=team การสร้างทีม	ไม่มีทีมจากเครือข่ายภายนอก	มีทีมจากภาคีเครือข่ายในและภายนอก	ต.ค.-ธ.ค.	สคร.10
D=data (data is power) การใช้ข้อมูล	- วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ NAP web report ในรูปแบบ Excel ในการเลือกพื้นที่นิเทศ ไม่มีการจัดกลุ่มโรงพยาบาล - เน้นการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน	- วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ NAP web report ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2560 และ HIV Info Hub ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 โดยวิธีจัดกลุ่ม รพ. ตามสี่เหลี่ยม เหลือง แดง - บทบาท คือ ผู้ให้คำแนะนำและสนับสนุน (coach) เพื่อพัฒนางานร่วมกัน ลงเยี่ยมพื้นที่ 1 วัน เข้า นำเสนอข้อมูล เพื่อรู้เขารู้เรา บ่าย ลงดูหน้างาน เพื่อให้รู้จริง และสอนงานแบบจับมือทำ (coach) - สปสข. ชี้แจงและตรวจสอบการชดเชยตามชุดสิทธิประโยชน์ - สรุปคืนข้อมูลจากการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการ ทั้งประเด็นให้พัฒนา	เม.ย.-มิ.ย.	- สคร.10 - ARV คลินิก รพ.สปส. และสคร.10 - งานเภสัชกรรม รพ.สปส. - ห้องปฏิบัติการ สคร.10 - งานห้องคลอด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์อนามัยที่ 10 และ สคร.10 - กลุ่มศูนย์องค์กรร่วม (ศอร.) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเขต 10 และสคร.10
R=results การติดตามผล	มีการติดตามผลการดำเนินงานผ่าน NAP web report (Excel)	1) สสจ.ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานใน รพท.และรพช.ตามแนวทางที่นิเทศเยี่ยมฯ ในพื้นที่ของตน 2) สคร.10 ติดตามผลการดำเนินงานผ่าน HIV Info Hub ทุก 6 เดือน	2 สัปดาห์ หลังการเยี่ยมฯ	ทีมเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเขตสุขภาพที่ 10
C=continuing การพัฒนาต่อเนื่อง	ขาดการพัฒนา ปัญหาอุปสรรคร่วมกันอย่างต่อเนื่อง	รวบรวมผลการเยี่ยมเสริมพลัง สรุปปัญหา อุปสรรค ช่องว่างนำเสนอผู้บริหาร และนำผลการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง วางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป	ไตรมาส 2,4	ทีมเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเขตสุขภาพที่ 10

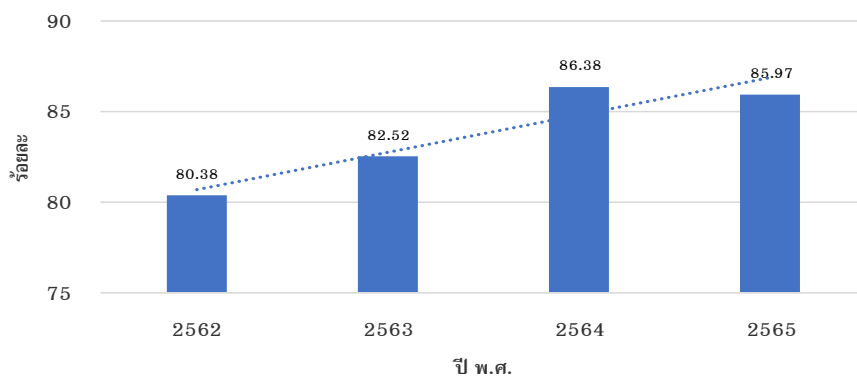
3. ผลการใช้รูปแบบการนิเทศโดยใช้การเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 10

จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการนิเทศติดตามงานโรคเอดส์ในโรงพยาบาลด้วยวิธีเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการการรักษเขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินการในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2565 พื้นที่เป้าหมายจำนวน 29 โรงพยาบาล มีผลการดำเนินงาน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 95-95-95 ระดับเขตสุขภาพที่ 10

ผลการดำเนินการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีภาพเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มการดำเนินงานตามเป้าหมาย ร้อยละ 95.0 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.0 เป็นร้อยละ 86.0 (ภาพที่ 1) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนถึงร้อยละ 4 ปกติจะปรับขึ้นเพียง ร้อยละ 1-2 ต่อปีงบประมาณ

ภาพที่ 1 แนวโน้มการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2565



ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 95-95 ระดับโรงพยาบาล

พบว่า โรงพยาบาลที่สามารถปรับระดับการเข้าถึงการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากระดับสีแดงไปเป็น

ระดับสีเหลืองและสีเขียว จำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 79.3 พบโรงพยาบาลที่มีร้อยละการเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 จำนวน 10 แห่ง ส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลชุมชน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังฯ

โรงพยาบาล	ระดับสี	การเปลี่ยนแปลง (จำนวน รพ.)		เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)	
		ก่อน	หลัง	<10	>10
รพศ./รพท.	แดง	4	1	1	-
	เหลือง	2	5	4	1
รพช.	แดง	17	3	3	-
	เหลือง	6	16	9	7
รวม		29	29	19	10

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนาระบบบริการรักษาเขตสุขภาพที่ 10

จากการสรุปความพึงพอใจในการออกติดตามเยี่ยมเสริมพลังเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการการรักษาเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ส่วนที่ 1 ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 80 เป็นหญิง อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 42.9 รองลงมา อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 20.0 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 20.0 และอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 17.0 ตามลำดับตำแหน่งที่ตอบแบบสอบถามมีทุกวิชาชีพ ได้แก่ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 28.6 นักวิชาการสาธารณสุข

ร้อยละ 22.9 เกษีกร ร้อยละ 14.3 นักเทคนิคการแพทย์ ร้อยละ 11.4 และองค์การภาคประชาสังคม ร้อยละ 14.3 สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 51.4 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 31.4 สำนักสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 8.6 ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean=4.36, SD=0.55) ข้อที่พบว่ามีความพึงพอใจมากที่สุด คือ เปิดโอกาสให้ผู้รับการเยี่ยมเสริมพลังมีส่วนร่วมเสนอแนวทางการแก้ปัญหา (Mean=4.51, SD=0.50) และข้อที่มีร้อยละความพึงพอใจต่ำสุด คือ ขนาดของทีมเยี่ยมเสริมพลัง

มีความเหมาะสม (Mean=4.11, SD=0.52) แต่ก็อยู่ในระดับพึงพอใจมาก (ตารางที่ 3) และจากการใช้รูปแบบในการติดตามนี้ พบว่า มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2 แห่งนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในการติดตามนิเทศงานหน่วยบริการในพื้นที่

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อการเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเขตสุขภาพที่ 10

ข้อคำถาม	จำนวน (N)	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	SD	แปลผล
ส่วนที่ 2 บรรยากาศ เวลาเหมาะสม และการมีส่วนร่วม					
1. บรรยากาศเป็นกันเอง	35	4.46	89.14	0.55	มาก
2. เปิดโอกาสให้ผู้รับการเยี่ยมเสริมพลังเสนอข้อมูลที่เป็นจริง	35	4.46	89.14	0.50	มาก
3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการเยี่ยมเสริมพลังมีส่วนร่วมเสนอแนวทางแก้ปัญหา	35	4.53	90.29	0.50	มากที่สุด
4. ระยะเวลาในการเยี่ยมเสริมพลังมีความเหมาะสม	35	4.20	84.00	0.71	มาก
ส่วนที่ 3 ขนาดของทีมและความรู้ความสามารถ					
5. ขนาดของทีมเยี่ยมเสริมพลังมีความเหมาะสม	35	4.11	82.29	0.52	มาก
6. บุคลิกภาพของผู้เยี่ยมเสริมพลังมีความน่าเชื่อถือ	35	4.29	85.71	0.51	มาก
7. ความรู้ ความสามารถในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมฯ	35	4.37	87.43	0.48	มาก
8. การสร้างความไว้วางใจให้แก่ผู้รับเยี่ยมเสริมพลังของทีมผู้เยี่ยมเสริมพลัง	35	4.31	86.29	0.57	มาก
ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจ กำลังใจ และความรู้ความเข้าใจของผู้รับเยี่ยมฯ					
9. ผู้รับเยี่ยมเสริมพลังมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมเสริมพลังฯ	35	4.37	87.43	0.54	มาก
10. ผู้รับเยี่ยมเสริมพลังมีกำลังใจในการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้นหลังได้รับการเยี่ยม	35	4.26	85.14	0.55	มาก
11. ผู้รับเยี่ยมเสริมพลังมีความรู้ ความเข้าใจในการพัฒนางานเพิ่มสูงขึ้นหลังได้รับการเยี่ยม	35	4.31	86.29	0.46	มาก
ส่วนที่ 5 มีประโยชน์และสามารถนำไปปฏิบัติได้					
12. ข้อเสนอของการเยี่ยมเสริมพลังมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้พัฒนา	35	4.47	89.41	0.50	มาก
13. ข้อเสนอของการเยี่ยมเสริมพลังมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้	35	4.26	85.14	0.60	มาก
รวม	35	4.36	87.28	0.55	มาก

4. ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จจากการถอดบทเรียน

4.1 การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการบริหารจัดการที่ดี มีคณะกรรมการรับผิดชอบ เช่น คณะอนุกรรมการเอดส์ระดับจังหวัด คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (patient care team, PCT) เป็นต้น

4.2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในรูปแบบต่างๆ เช่น การอบรม การฝึกปฏิบัติหน้างาน (on the job training) และการได้รับการนิเทศเยี่ยมเสริมพลังจากทีมเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเขตสุขภาพที่ 10

4.3 การแสวงหางบประมาณและทรัพยากรจากหลายแหล่งงบประมาณ เช่น สปสช. สคร.10 สำนักงาน-กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

4.4 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภายใน

และภายนอกโรงพยาบาล การทำงานเป็นทีม สหวิชาชีพ และการประสานงานกับแกนนำกลุ่ม ศอร. ในโรงพยาบาล รวมถึงหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง

4.5 การบันทึกและการนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงาน และรับการชดเชยจาก สปสช.

5. สรุปข้อค้นพบและปัญหาอุปสรรค

5.1 สรุปข้อค้นพบ

1) การพัฒนาทักษะพลัง (soft skill) เช่น การพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงนโยบายกับผู้บริหาร ภาวะผู้นำและ การทำงานเป็นทีม มีความสำคัญอย่างมาก

2) มีแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practices) ที่สามารถนำไปถ่ายทอด แลกเปลี่ยน และ

เสริมสร้างความรู้ให้กับหน่วยงานอื่น ๆ

5.2 ปัญหาอุปสรรค

- 1) นโยบายสิทธิประกันสังคมที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าสู่ระบบการรักษา
- 2) ความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงานจากการโยกย้ายบุคลากร การเกษียณอายุ ลาออก โดยไม่เตรียมผู้แทนส่งผลต่อผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า การนิเทศแบบเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการมีข้อได้เปรียบเมื่อเปรียบเทียบกับ การนิเทศแบบเดิม โดยการนิเทศแบบเดิมเน้นการตรวจสอบและติดตามผลเป็นหลัก ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาล และไม่ได้คำนึงถึงการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ขณะที่การเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ลดแนวโน้มการทำงานแบบแยกส่วน และช่วยให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ สิ่งที่เหมาะสมคือ ทั้งสองรูปแบบมุ่งเน้นการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี สิ่งที่แตกต่างกัน คือ การเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการเพิ่มแนวทางการสื่อสารเชิงนโยบาย การเรียนรู้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ ผลการดำเนินงานการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี ระดับเขตมีแนวโน้มในการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 80.0 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 86.0 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และในระดับโรงพยาบาล สามารถปรับจากระดับสีแดงเป็นสีเหลืองหรือเขียว ถึงร้อยละ 79.3 โดยมีจุดที่น่าสนใจ คือ มีร้อยละการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ถึง 10 โรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิไลภรณ์ คำมั่น และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบว่า การนิเทศเสริมพลังช่วยเพิ่มการรับผิดชอบต่อกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ การศึกษาของอรทัย อาจอ่ำ⁽⁷⁾ ยังระบุว่า การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม

ก็ตาม งานวิจัยนี้มีความแตกต่างจากงานของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์⁽⁹⁾ ที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์แบบเพื่อนมากกว่าการใช้กระบวนการติดตามผลแบบเป็นระบบ ในขณะที่งานวิจัยนี้พัฒนาเป็นกรอบการทำงานที่ชัดเจนผ่านแนวคิด TDRC ซึ่งช่วยให้เกิดการประเมินอย่างมีโครงสร้างมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็คงไว้ซึ่งบรรยากาศแบบกัลยาณมิตรร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบของวิไลภรณ์ คำมั่น และคณะ⁽⁴⁾ ที่มีการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อสะท้อนระดับความสามารถ จุดอ่อน จุดแข็งของผู้เรียน รวมทั้งประสิทธิภาพการสอนของครูเพื่อนำผลการประเมินมาใช้วางแผน พัฒนาคุณภาพการศึกษาต่อไป แตกต่างจากศุภานัน แพงเจริญ⁽⁸⁾ เสนอรูปแบบการเสริมพลังอำนาจของครูในโรงเรียนขยายโอกาสด้วยกระบวนการฝึกอบรมและการติดตามผล

ข้อจำกัดในการศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ เลือกโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่า ร้อยละ 80 ระดับสีแดง ทำให้ไม่สามารถสรุปเปรียบเทียบผลการศึกษากับโรงพยาบาลระดับสีเหลือง สีเขียวได้ และข้อจำกัดเรื่องเงิน คน ของ และเวลา ทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนได้ทุกปี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงนโยบายกับผู้บริหารและทีมนิเทศเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการด้านเอดส์เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อพัฒนาทีมต่อไป
2. ควรสร้างระบบพี่เลี้ยงทางวิชาการให้โรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงกับโรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายวิชาการเขต 10 และคณะเจ้าหน้าที่จากกลุ่มโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และโรคเรื้อน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ เขตสุขภาพที่ 10 คณะผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานคลินิก ยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มแกนนำศูนย์องค์รวม และ

คณะเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การต้อนรับ และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้งานเอดส์พัฒนาตามเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ. 2573

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global health sector strategy on HIV 2016–2021 [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.05>
2. UNAIDS. AIDS targets 2025 [Internet]. [cited 2025 Feb 28]. Available from: <https://aidstar-targets2025.unaids.org>
3. National Health Security Office. NAP web report [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 28]. Available from: http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/main_rep.jsp (in Thai)
4. Division of AIDS and STIs. HIV dashboard [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 28]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/dashboard/zone.php> (in Thai)
5. Khamman W, Heemadam F, Topitak K. Empowerment evaluation: application to enhance for learning to be professional teaching in the 21st century. Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University. 2021;40(6):53–67 (in Thai)
6. Ampansirirat A. Empowerment evaluation: principles and application. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(1):280–91. (in Thai)
7. Aj-Aam O. Empowerment evaluation: another challenging solution. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2006. (In Thai)
8. Phangcharoen S, Jiraro P, Yamkasikorn M. The development of empowerment model for enhance measurement and evaluate competencies of teacher in expansion school under primary education area offices. Journal of Educational Review Faculty of Education in MCU. 2019;6(3):65–77
9. Chungsathiansap K. Visit like a friend, and move past the checklist to empowerment. In: Proceedings of the 20th HA National Forum; 2019 Mar 12–15; Nonthaburi, Thailand. Bangkok: Health-care Accreditation Institute; 2019. p. 1–10.
10. Fetterman DM. Foundations of empowerment evaluation. California: Sage Publications; 2001.
11. Fetterman DM, Wandersman A. Empowerment evaluation principles in practice. New York: Guilford Press; 2005.