

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์
DEVELOPMENT OF CARE MODEL FOR HIV INFECTED PATIENTS
IN CHAROEN SIN HOSPITAL

สัจพงษ์ โชคคตวิวัฒน์*

Satgapong Chokkatiwut*

ดวงฤดี วรชิน*

Duangrudee Worachin*

*โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

*Chareon Sin Hospital, Sakon Nakhon Province,

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

Ministry of Public Health, Thailand

Received: 09/01/2020

Accepted: 28/02/2020

Abstract

The objectives of this research were to study the developed model for HIV care, and access to services of HIV infected patients. Study was conducted during January–May 2019. Study was divided into 4 steps. The first step was to develop operational planning consisting of data collection from purposively selected samples. There were 2 group of samples. Group 1 sample was health care personnel who provided care service to HIV infected patients and 22 HIV infected patient leaders. Data on problem in providing services and suggestion of solutions were collected from this group via focus group discussion. Group 2 sample was 90 HIV infected patients who were able to participate in the project. Subjects in group 2 participated in “Mind map” activity. In addition, data was also collected from records and feedbacks from health care provider. Collected data were reported to the Hospital Administrative Committee and the Quality Improvement Working Group to develop a plan to solve the problems and for development. Then the study moved to the second step which was implement the operation plan followed by the third step which is monitoring and evaluation, and the fourth step which was reflection from the implementation.

Data from “Mind map” included problems related to facilitation and the form of services for HIV infected patients. Focus group discussion revealed 1) clinic nurse could not run duties in time, 2) there should be Clinical Practice Guideline (CPG), 3) would like to have trainings on new knowledge. Data found from records review and feedback from health workers were 1) patients having loss to follow up, taking up medicine not by the time as scheduled. 2) sending laboratory samples in an appropriate way. In order to solve the problems and to further develop the service, a plan was set up by proposing the problems into the consideration of the Hospital Administrative Committee and the Quality Improvement Taskforce. Issues which were improved included manpower, multi-professional team development, improvement of counseling and group activity room by renovation of building, development of 2 CPGs, development of guideline and flow of works to be provided in the Relationship Clinic. The newly develop service model was launched for trial for a month and found many missing points. The second Flow chart was then developed by adding several

items including provision of ARV for new patients both who disclosed and did not disclose their HIV status, history taking, assessment of opportunistic infections, management of co-morbidity, first and next appointment, and referral when needed. The second Flow chart was used since April 2019 up to present and resulting in 5 anonymous old HIV infected, consenting to reveal themselves, an 5 out of 6 missing appointment patients, returned to receive medication.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและประเมินการเข้าถึงการรับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ศึกษาระหว่างเดือน มกราคม-พฤษภาคม 2562 การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ได้แก่ 1) บุคลากรด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 22 คน ร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัญหา และเสนอแนะแนวทางแก้ไข ปัญหา และ 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถร่วมกิจกรรมได้จำนวน 90 คน ร่วมในกระบวนการ “แผนที่ความคิด” นอกจากนี้ มีการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะทำงานคุณภาพ และจัดทำเป็นแผนเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา จากนั้นเป็นการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ การนำแผนปฏิบัติการลงมือปฏิบัติจริง ขั้นตอนที่ 3 ติดตามประเมินผลปฏิบัติการ และ ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลปฏิบัติการ

ผลการศึกษาจากการจัดกระบวนการ “แผนที่ความคิด” พบว่าปัญหาและความคาดหวังในการมารับบริการ ได้แก่ การอำนวยความสะดวก และรูปแบบให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิก ผลการสนทนากลุ่มปรากฏผล คือ 1) พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่ไม่ทันเวลา 2) ควรมีแนวทางปฏิบัติให้ใช้ได้สะดวกและเป็นลายลักษณ์อักษร 3) อยากให้จัดอบรมความรู้ใหม่ๆ และข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงาน ปรากฏผลคือ 1) ผู้ป่วยขาดนัด กินยาไม่ตรงเวลา 2) สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม การวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนา ได้นำปัญหาเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะทำงานคุณภาพ มีการปรับปรุงด้านอัตรากำลังคน พัฒนาทีมสหวิชาชีพ ปรับอาคารสถานที่ให้เป็นสัดส่วน พัฒนา CPG จำนวน 2 เรื่อง จัดทำแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงาน แล้วนำมาทดลองใช้ 1 เดือน พบมีข้อที่ต้องปรับปรุงได้แก่ การเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยใหม่ทั้งในรายที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย การซักประวัติ การประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และจัดการปัญหาเมื่อมีโรคร่วม ไม่ชัดเจน การนัดหมายในครั้งแรกและครั้งต่อมาไม่ชัดเจน รวมถึงกรณีการส่งต่อ จึงได้ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่ เป็นครั้งที่ 2 ซึ่งมีการนำไปใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงปัจจุบัน และส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายเก่าที่ไม่เปิดเผยตัวยินยอมเปิดเผยตัว 5 รายและรายที่ขาดนัด จำนวน 6 รายกลับมารับยาต่อ จำนวน 5 ราย

คำสำคัญ

Development of care model,
HIV infected patients, Access to care

Key words

การพัฒนากระบวนการดูแล
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึงการรับบริการ

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในรายที่รับเชื่อมานานแต่ไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษา ทำให้สมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมลง ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ และมีความต้องการการดูแลจากผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การรับมือกับอาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ เป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอง หรืออาการป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือผลข้างเคียงที่เกิดจากยาที่ใช้รักษาการติดเชื้อเอชไอวี⁽²⁾ จากผลการวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองการระบาดของประเทศไทย คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2559 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ประมาณ 423,778 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 1.1 ของประชากรไทย อายุระหว่าง 15-49 ปี ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 6,304 คน⁽³⁾ นอกจากนี้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงการดูแลรักษา พบว่าผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะการติดเชื้อตนเอง ในปี พ.ศ.2558-2560 มีร้อยละ 89, 91 และ 98 ตามลำดับ แต่ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อและได้รับยาต้านไวรัส ในช่วงเดียวกัน พบว่ามีเพียงร้อยละ 70, 71 และ 75 ตามลำดับ และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ ร้อยละ 82, 83 และ 84 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลในตัวชี้วัดทั้งสองนี้ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 90 จากข้อมูลดังกล่าวทำให้โอกาสในการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาซึ่งหน่วยงานต่างๆ ที่จัดบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องพัฒนาแนวทางการจัดบริการเพื่อเร่งรัดการเข้าถึงยาต้านไวรัส และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนสามารถกดปริมาณไวรัสในเลือดให้ต่ำลงจนถึงระดับที่สามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี⁽⁴⁾ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการรักษา ไวรัสจะเข้าสู่เซลล์และทำให้เซลล์ CD₄ ตายในที่สุด เซลล์ที่ติดเชื้อที่เหลือจะปล่อย virions ซึ่งติดเชื้อในเซลล์อื่นนำไปสู่

การลุกลามของโรค การสูญเสียของเซลล์เม็ดเลือดขาว CD₄ T จะส่งผลให้ไม่สามารถตอบสนองภูมิคุ้มกันที่เหมาะสม นำไปสู่การติดเชื้อแบบฉวยโอกาสและเพิ่มอัตราการตาย⁽⁵⁾

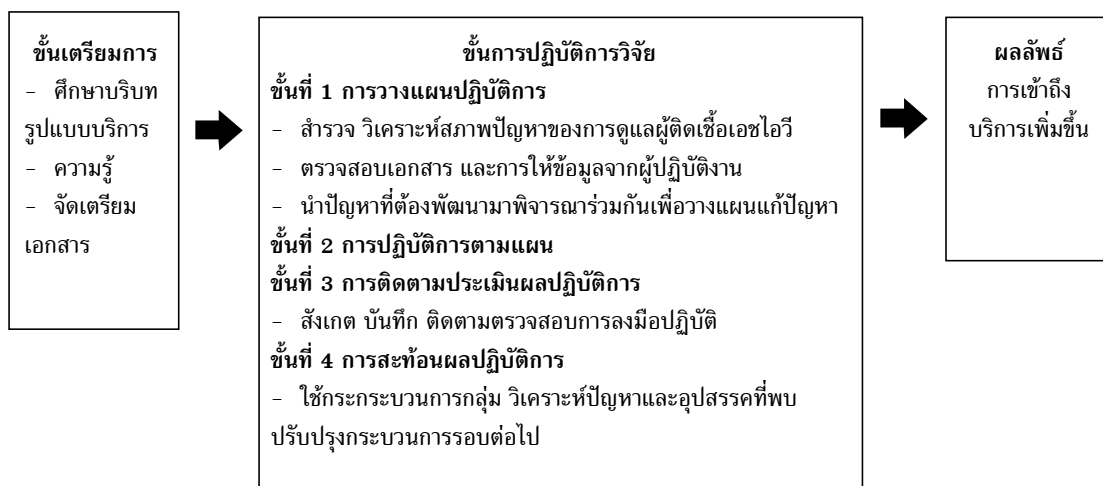
โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร มีสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับยาต้านไวรัสทั้งหมด ในปี พ.ศ.2559-2561 จำนวน 186, 198 และ 196 ราย ตามลำดับ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเองในปี พ.ศ.2559 จำนวน 16 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตก่อนกินยา 1 ราย และพบว่าขณะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีผู้ติดเชื้อที่มีระดับ CD4<200 cell/mm³ อยู่ในเกณฑ์ที่สูง โดยในปี พ.ศ.2560-2561 พบร้อยละ 84.61 และ 81.80 ตามลำดับ และยังพบว่าก่อนเริ่มยาต้านไวรัส มีผู้ป่วยที่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจำนวน 3 ราย และ 2 ราย ตามลำดับ ในปี พ.ศ.2561 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนเริ่มยาต้านไวรัส จำนวน 2 ราย นอกจากนี้มีผู้ป่วยบางรายไม่กล้ามารับยาต้านไวรัส เพราะคลินิกบริการรูปแบบเดิมเป็นการจัดบริการที่ทำให้ผู้ป่วยพบกันหมด จัดบริการเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้บางคนไม่กล้าเข้ากลุ่มใหญ่ จึงต้องงดการที่เสี่ยงนอกคลินิก การรับบริการไม่สะดวก สถานที่คับแคบ ไม่เป็นส่วนตัว บางครั้งมาแล้วเจอคนรู้จักไม่กล้าเข้ากลุ่ม ไม่รอรับยาทำให้ขาดยา⁽⁶⁾ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็นกระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานที่ศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยได้แนวคิดของเคมมิส และแมคทาเกท⁽⁷⁾ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนกลับ (Reflecting) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น มาใช้ใน

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร เพื่อปิดจุดอ่อน และต่อยอดจุดแข็งของรูปแบบเดิม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ ในการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล และ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในคลินิกสายสัมพันธ์ โรงพยาบาลเจริญศิลป์
2. เพื่อประเมินการเข้าถึงการรับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในคลินิกสายสัมพันธ์ โรงพยาบาลเจริญศิลป์

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ และแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน

ขอบเขตการศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ 1) บุคลากรด้านการแพทย์หลักที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ และแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) ผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่เข้ากลุ่มรับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปและสามารถร่วมกิจกรรมได้ตามแผนการดำเนินงาน ระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่าง เดือน มกราคม 2562- พฤษภาคม 2562

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2019-001

22 คน 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่เข้ากลุ่มรับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป และสามารถร่วมกิจกรรมได้ตามแผนการดำเนินงาน จำนวน 90 คน

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยนำหลักการ และแนวคิดของเคมมิส และแมคทาากา⁽⁷⁾ คือ ขั้นวางแผนปฏิบัติการ ขั้นปฏิบัติการ

ตามแผน ขั้นตอนการติดตามประเมินผล ขั้นตอนก่อนผลปฏิบัติการ มาใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) ศึกษา สำรวจ วิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงาน หาประเด็นพัฒนา โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในกลุ่มบุคลากรด้านการแพทย์ และแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระดมสมองและรวบรวมปัญหาด้วยกระบวนการ “แผนที่ความคิด” ในกลุ่มผู้รับบริการที่มารับบริการยาต้านไวรัส ในคลินิกสายสัมพันธ์ 2) ตรวจสอบเอกสารแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเดิมเป็นอย่างไร และการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในขั้นตอนการทำงานกิจกรรมสนทนากลุ่ม 3) นำปัญหาที่ค้นพบจากกระบวนการ “แผนที่ความคิด” และสนทนากลุ่ม มาร่วมกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนาและระดมสมองวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย เพื่อนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ สามารถปฏิบัติได้จริง หลังจากนั้นได้จัดทำแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงาน คู่มือแนวทางการปฏิบัติ และวางแผนนิเทศติดตาม

2. ขั้นตอนการนำแผนปฏิบัติการลงมือปฏิบัติจริง มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) มอบหมายงานและจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรตามภาระงานที่รับผิดชอบ 3) จัดระบบบริการให้สอดคล้องกับแผนที่ได้วางไว้ (รูปที่ 1)

3. ขั้นตอนการติดตามประเมินผลปฏิบัติการ มีกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) พยาบาลประจำคลินิกเป็นคนสังเกตและบันทึกการจัดบริการ 2) ติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินงานที่ได้พัฒนาแล้ว 3) บันทึกความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

4. ขั้นตอนการสะท้อนผลปฏิบัติการ มีกระบวนการย่อย 2 กระบวนการ ดังนี้ 1) สะท้อนผลการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของข้อมูล ร่องรอยต่างๆ ที่ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริงโดยใช้กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการบันทึกข้อมูล การสังเกต

2) นำผลที่เก็บรวบรวมได้มาทบทวนปรับปรุงในแต่ละจุดที่มีปัญหาและลงมือปฏิบัติในรอบต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบตรวจสอบรายการทบทวนเอกสาร รายงานการประชุม แนวคำถามการสนทนากลุ่มในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และแกนนำผู้ติดเชื้อ แบบบันทึกการสังเกตการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

จัดเก็บข้อมูลในระหว่างดำเนินการและสิ้นสุดการปฏิบัติการ จากกระบวนการ “แผนที่ความคิด” และการสนทนากลุ่ม บันทึก ติดตาม สังเกตการปฏิบัติตามขั้นตอนการปฏิบัติงาน การสอบถาม การบันทึกข้อมูลวิเคราะห์สภาพการจัดการรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญในเชิงอธิบายความ ซึ่งนำมาสู่การสรุปผลการวิจัยและแสดงให้เห็นปัญหาและแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา

ผลการศึกษา

1. ขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการ

1.1 การสำรวจวิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์และรวบรวมปัญหาด้วยกระบวนการ “แผนที่ความคิด” ในกลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 90 คน หลักสูตร 1 วัน ในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญศิลป์ เป็นประธานพิธีเปิดและบรรยายนโยบายเอดส์ หลังจากนั้น วิทยากรกระบวนการได้จัดกิจกรรมการวิเคราะห์และรวบรวมปัญหาด้วยกระบวนการ “แผนที่ความคิด” ในประเด็น “รูปแบบบริการคลินิกสายสัมพันธ์ของเรา” โดยใช้ใบงานให้กลุ่มตัวอย่างระดมความคิดเห็นมองภาพฝันของกลุ่มในหัวข้อ “ต้องการให้รูปแบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไร” และ “ปัญหาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์ในปัจจุบันมีอะไรบ้าง” ปรากฏผล ดังนี้

(1) ปัญหาในด้านการอำนวยความสะดวกในคลินิกสายสัมพันธ์ พบว่า 1) แกนนำมีน้อย 2) การจัดบัตรคิวยังไม่เป็นระเบียบ (อยากให้ตรวจ

ตามคิว/มาก่อนตรวจก่อน) และอยากให้มีเครื่องเสียงเรียกชื่อตามคิว ไม่ทราบผลการตรวจเลือด อยากให้แกนนำกลุ่ม เตรียมข้อมูลผลการตรวจเลือดพื้นฐาน และตรวจเม็ดเลือดขาว CD4 และผลเลือดอื่นๆ ชี้แจงให้สมาชิกทราบ 3) ในกรณีที่ผู้ป่วยไปทำงานต่างจังหวัด มารับยาลำบาก อยากให้ส่งยาไปให้ โดยเก็บเงินปลายทางหรือจะให้ส่งเงินให้ก็ได้ 4) อยากให้มีอาหารกลางวัน 5) ห้องน้ำ สถานที่พบกลุ่มไม่สะอาด คับแคบ ไม่เป็นส่วนตัว

(2) รูปแบบให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า 1) อยากให้เจ้าหน้าที่พูดไพเราะ ใจเย็นๆ อยากให้เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาบ่อยๆ 2) อยากให้มีการให้ความรู้ในวันพบกลุ่มมากกว่านี้ อยากให้เภสัชกรแนะนำการกินยาให้ละเอียด อยากให้จ่ายยาให้เสร็จก่อนเที่ยงหากไม่กิจกรรมเพิ่มเติม อยากให้มีเจ้าหน้าที่สำหรับคลินิกนี้มากกว่านี้ 3) สถานที่เห็นว่าห้องให้บริการคับแคบ อยากให้มีคลินิกกว้างๆ อยากมีที่ตรวจแยกเป็นสัดส่วน

1.2 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำคลินิก เจ้าหน้าที่ประจำคลินิก พยาบาลให้คำปรึกษา นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และแกนนำติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 22 คน ประเด็นคำถาม คือ ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ในปัจจุบันเป็นอย่างไร ท่านต้องการให้ระบบบริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างไร และท่านมีวิธีดำเนินการเป็นอย่างไร ปรากฏผล คือ 1) พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่หลายอย่าง ทำคนเดียวไม่ทันเวลา คนไข้เยอะ 2) ควรมีแนวทางปฏิบัติให้ใช้ได้สะดวก ต้องการมีแนวทางปฏิบัติปฏิบัติงานด้านคลินิก (Clinical Practice Guidelines : CPG) เป็นลายลักษณ์อักษร 3) อยากให้มีการจัดอบรมความรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง

1.3 จากการศึกษาเอกสารบันทึกเหตุการณ์ ความเสี่ยง และการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงาน ปรากฏผลดังนี้ 1) บันทึกเหตุการณ์/ความเสี่ยง ที่เคยพบ คือ พยาบาลประจำคลินิกทำหลายหน้าที่คนเดียว ทั้งการเจาะเลือด ทำกลุ่ม ให้คำปรึกษา และคัดกรองก่อนพบแพทย์ ทำให้การทำงานเสร็จช้าและไม่ครอบคลุม 2) ผู้ป่วยขาดนัด กินยาไม่ตรงเวลา เกิดภาวะแทรกซ้อน 3) สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม

2. วางแผนพัฒนาและประเมินผลการปฏิบัติการ ผู้วิจัย ได้นำปัญหาและข้อเสนอแนะที่ได้จากกระบวนการ “แผนที่ความคิด” ในกลุ่มผู้รับบริการ และจากการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งผลการตรวจสอบเอกสาร และบันทึกเหตุการณ์ความเสี่ยง เข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล เพื่อร่วมพิจารณา ปรากฏผลดังนี้

2.1 กลุ่มผู้รับบริการ ปัญหากลุ่มผู้รับบริการ และแกนนำ มีมติร่วมกันแก้ไขปัญหาดังนี้ 1) แกนนำมีน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนคนไข้ แนวทางการแก้ไข ได้มีการจัดเวทีให้มีการพูดคุย และได้มติว่า ควรเลือกแกนนำใหม่ โดยให้มีการรับสมัครและเปิดให้ลงคะแนนเลือกแกนนำแบบเปิดเผย จึงได้แกนนำชุดใหม่ มีประธานเป็นผู้ที่มีความรู้ระดับ ปวส. (เป็นผู้นำชุมชน) เป็นคนกล้าพูดและมีความสามารถในการเป็นผู้นำ 2) การจัดบัตรคิว ยังไม่เป็นระเบียบ แนวทางการแก้ไข แกนนำชุดใหม่ วางมาตรการทำบัตรคิวและแจกตามลำดับของการมาลงทะเบียนและตรวจตามคิว โดยมีแกนนำคอยอำนวยความสะดวก และภายหลัง มีเครื่องเสียงมาให้เรียกชื่อได้ยินเสียงชัดเจน 3) หลังเจาะเลือดแล้วไม่ทราบผลเลือดตนเอง และมีการให้ความรู้ในวันมารับยาน้อยมาก แนวทางการแก้ไข ที่เสี่ยงได้ให้ทะเบียนผลตรวจเลือดให้ประธานหรือแกนนำ อ่านให้เพื่อนฟัง ขณะทำกลุ่มเพื่อเป็นการกระตุ้น และเมื่อพบพยาบาลคัดกรอง จะแจ้งทวนซ้ำรายบุคคล และแพทย์จะแจ้งเป็นทางการทุกครั้งที่มีการตรวจเลือดหรือเอ็กซเรย์

ในการให้ความรู้ พี่เลี้ยงจะจัดทำโปสเตอร์ แผ่นพับและแผนการสอนให้แกนนำเป็นคนพูด ส่วนเดือนไหนที่มีความรู้ที่เป็นเรื่องเฉพาะหรือซับซ้อน พยาบาล เกสเซอร์จะแบ่งกันพูดตามหัวข้อที่เกี่ยวข้อง และ 4) กรณีที่ผู้ป่วยไปทำงานต่างจังหวัด อยากให้ส่งยาไปให้ เก็บเงินปลายทางก็ได้ หรือจะให้ส่งเงินให้ก็ได้ แนวทางการแก้ไขในรายที่ต้องการให้ส่งยา ให้ผู้ป่วยโทรยืนยันสิทธิ์ ก่อนถึงวันคลินิก 7 วันทำการ เพื่อให้แกนนำเบิกยาไปส่งไปรษณีย์เพื่อให้มาถึงก่อนวันนัด ป้องกันยาหมดก่อนได้รับยา แกนนำ/พี่เลี้ยงจัดทำทะเบียน ส่งยาและให้ทะเบียนแจ้งความประสงค์ให้ส่งยาให้

2.2 การให้บริการที่คลินิก พบว่า กลุ่มผู้รับบริการ มีข้อเสนอแนะ คือ 1) อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาให้บริการที่คลินิกมากกว่านี้ อยากให้เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ ใจเย็นๆ อยากให้เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาบ่อยๆ 2) อยากให้มีอาหารกลางวัน 3) อยากให้เกสเซอร์แนะนำการกินยาให้ละเอียด อยากให้จ่ายยาให้เสร็จก่อนเที่ยงหากไม่มีกิจกรรมเพิ่มเติม 4) ปัญหาด้านสถานที่ คลินิกคับแคบ อยากให้มีคลินิกกว้างๆ อยากให้แยกเป็นสัดส่วน 5) ห้องน้ำ สถานที่พบกลุ่มไม่สะอาด และ 5) เจ้าหน้าที่เรียกชื่อไม่ได้ยิน อยากให้มีเครื่องเสียงจากบันทึกเหตุการณ์/ความเสี่ยง พบว่า พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่หลายอย่างคนเดียว ได้แก่ การให้คำปรึกษาและการคัดกรองก่อนพบแพทย์ การทำกลุ่มการเจาะเลือด ทำให้การทำงานไม่ครอบคลุมและใช้เวลารอคอยนาน การส่งตรวจไม่เหมาะสม

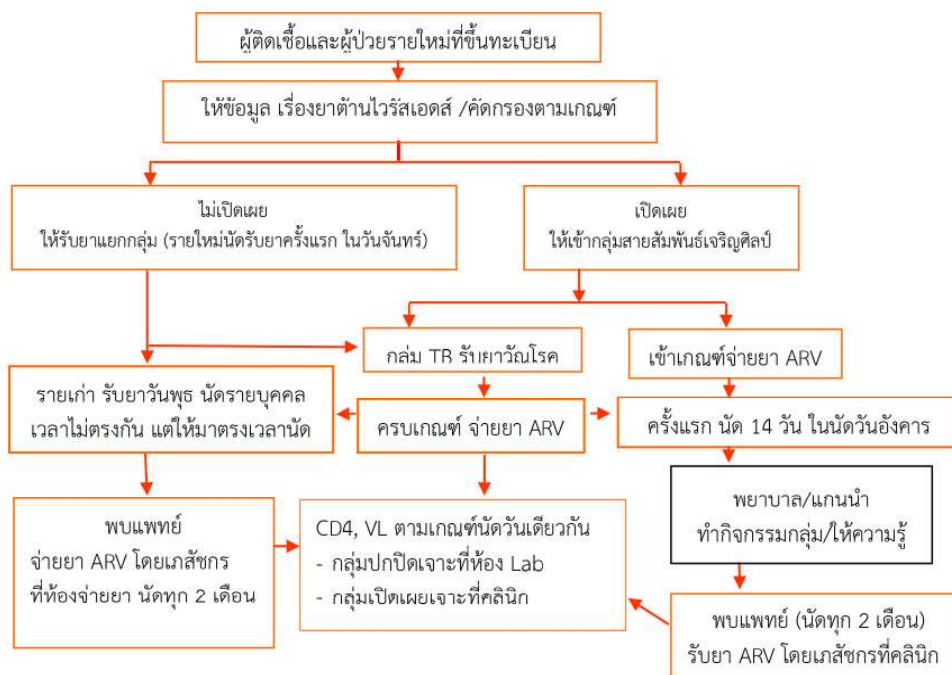
จากปัญหาและข้อเสนอแนะดังกล่าว โรงพยาบาลเจริญศิลป์ได้ปรับปรุงการบริการได้แก่ 1) ให้มีบุคลากรมารับผิดชอบประจำคลินิกและจัดพยาบาลจากงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและจากงานหน่วยจ่ายกลาง มาช่วยในการคัดกรองและลงบันทึกในคอมพิวเตอร์ก่อนพบแพทย์ 2) หลังทำกิจกรรมกลุ่มพยาบาลและแกนนำจะให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีปัญหา 3) การเจาะเลือดและเก็บส่งส่งตรวจให้นักเทคนิคการแพทย์มาเจาะเลือดที่คลินิก ผู้ช่วยเหลือคนใช้ที่ประจำที่คลินิกเป็นผู้ช่วยอำนวยความสะดวกและ

ช่วยระบุผู้ป่วย 4) เกสเซอร์ ได้จัดยา ARV เดิมไว้ก่อนและวันคลินิก ค่อยจัดยาเพิ่มเติมในรายที่มียาอื่นตามแพทย์สั่ง ทำให้มีเวลาให้คำแนะนำมากขึ้นและสามารถจ่ายยาเสร็จ ภายในเวลา 14.00 น. ซึ่งเดิมอาจเป็นใช้เวลาถึงเลิกงาน 5) คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น จึงอนุมัติให้อาคารซ่อมบำรุงที่ปรับปรุงแล้วเป็นสถานที่ทำงานของคลินิกสายสัมพันธ์ โดยมีพื้นที่และห้องตรวจแยกเป็นสัดส่วน และให้บริการแบบ One Stop Service 6) แบ่งห้องทำงานให้แกนนำกลุ่ม ซึ่งแกนนำจะแบ่งกันมาทำงานโดยมีงบประมาณของศูนย์ยอกร่วม จาก สปสช. มาเป็นส่วนสนับสนุนในการทำงานเป็นที่ปรึกษาให้ความรู้กลุ่มย่อย และออกติดตามเยี่ยมที่บ้าน สัปดาห์ละ 3-4 วัน คือวันจันทร์ พุธ และ พฤหัสบดี โดยแกนนำออกติดตามเยี่ยมบ้าน ในรายที่ยินยอมให้เยี่ยมบ้าน ส่วนรายที่มีปัญหาซับซ้อน จัดทีมร่วมเยี่ยม โดยมีพี่เลี้ยงกลุ่มและแกนนำ 7) อนุมัติให้จัดซื้อเครื่องเสียงมาไว้ในหน่วยงานและใช้ในกิจกรรมคลินิกหรือเวลาจัดประชุมที่หน่วยงาน 8) ห้องน้ำ สถานที่พบกลุ่มไม่สะอาด จัดให้คนงานของโรงพยาบาลทำความสะอาดทุกเช้า จากเดิมที่แกนนำเป็นผู้ทำความสะอาด

2.3 บุคลากรด้านการแพทย์หลักที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้มีการปรับปรุงแก้ไขในประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1) ต้องการมี CPG ที่สะดวกต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากแนวทางการรักษาเดิมจะใช้วิธีแจกหนังสือแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ของแต่ละปี ทำให้ยากในการปฏิบัติ จึงได้จัดทำ CPG ขึ้น 2 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 แนวทางปฏิบัติในการเริ่มสูตรยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และฉบับที่ 2 การดูแลผู้สัมผัสเลือดหรือ Body Fluids 2) อยากให้มีการอบรมอย่างต่อเนื่อง จากข้อเสนอดังกล่าว จึงได้จัดการอบรมในหัวข้อที่เป็นความรู้ใหม่ๆ เช่น หัวข้อการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ.2560 จำนวน 1 ครั้ง ในเดือนเมษายน พ.ศ.2562 และมีแผน

จะจัดต่อเนื่อง ปีละ 1 ครั้ง 3) ไม่มีแนวทางปฏิบัติ และผู้ป่วยเอดส์ รอบที่ 1 ซึ่งได้มีการนำไปทดลองใช้ ที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากข้อเสนอดังกล่าวจึงได้พัฒนา ระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ.2562 (รูปที่ 1) แนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ติดเชื้อ

รูปที่ 1: Flow chart การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รอบที่ 1 (เดือนกุมภาพันธ์ 2562)

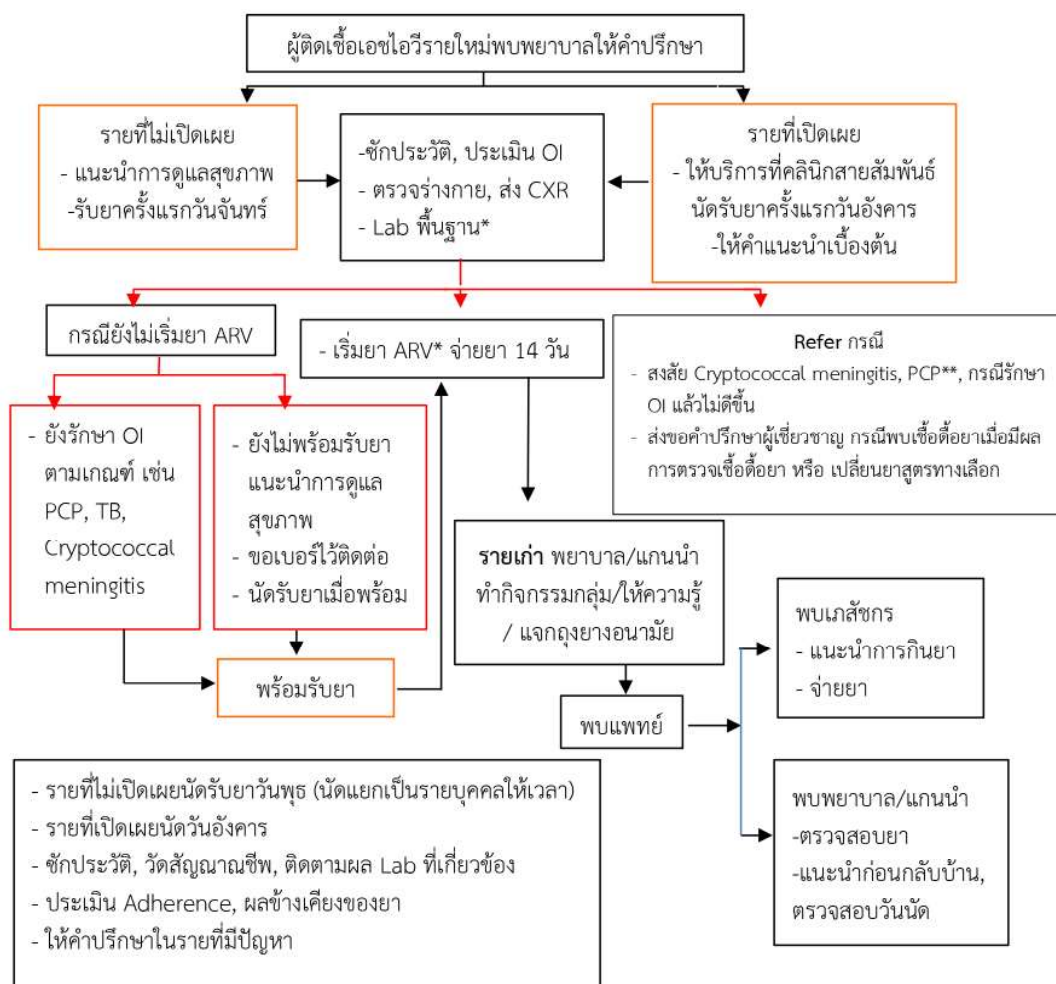


3. ขั้นตอนผลปฏิบัติการ

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้พบจากขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาระยะเวลา 1 เดือนนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะทำงานคุณภาพ ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจากข้อมูลพบว่ายังไม่ครอบคลุมในเรื่องการเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยใหม่ทั้งในรายที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย

การชักประวัติ การประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การจัดการปัญหาเมื่อมีโรคร่วม การนัดหมายในครั้งแรก และครั้งต่อมา ไม่ชัดเจน รวมถึงกรณีการส่งต่อ ทำให้การปฏิบัติในผู้ติดเชื้อแต่ละรายไม่เหมือนกัน จึงได้ปรับปรุงแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่เป็นครั้งที่ 2 ซึ่งมีการนำไปใช้ตั้งแต่ เดือนเมษายน พ.ศ.2562 ถึงปัจจุบัน ทำให้การทำงานคล่องตัวขึ้น (รูปที่ 2)

รูปที่ 2: ขั้นตอนการปฏิบัติงานการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่ปรับเปลี่ยนในเดือนเมษายน พ.ศ.2562



หมายเหตุ * เริ่มยา ARV ในผู้ป่วยทุกราย ในทุกจำนวน CD4 ที่มีความพร้อมที่จะกินยา โดยยึดคู่มือที่มอดูแล และพัฒนาระบบการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Patient care Team, PCT) การเริ่มยา(ยึดแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ปี 2560)

** PCP หมายถึง Pneumocystis carinii Pneumonia

การเข้าถึงบริการ

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ส่งผลให้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงบริการมากขึ้น โดยรายเก่าที่ไม่เปิดเผยรับบริการยา

ต้านไวรัส จำนวน 5 ราย ยอมเปิดเผยและเข้ากลุ่มรับยาในคลินิก ที่ขาดนัด/ขาดยา จำนวน 6 ราย หลังทีมแกนนำออกติดตามเยี่ยม ยินดีกลับมารับต่อที่คลินิกอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงบริการ 3 เดือนก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

การเข้าถึงบริการ	3 เดือนก่อนพัฒนารูปแบบ	3 เดือนหลังพัฒนารูปแบบ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายเก่าที่ไม่เปิดเผยตัวรับบริการยาต้านไวรัส	5 ราย	0 ราย
อัตราการขาดนัด	6 ราย	1 ราย

การอภิปรายผล

1. กลุ่มผู้รับบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีปัญหาโครงสร้างของกลุ่ม ได้แก่ จำนวนแกนนำมีน้อย การให้ความรู้และทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนไม่เพียงพอ ได้มีการเลือกแกนนำใหม่ ซึ่งแกนนำชุดใหม่ มีประธานกลุ่มเป็นคนที่มีความรู้ระดับ ปวส. กล้าพูด มีจิตอาสา เป็นผู้นำ และได้เข้ามาทำงานที่ศูนย์องค์รวม แกนนำกลุ่มจะมีบทบาทช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการจัดลำดับคิวให้แก่สมาชิกกลุ่ม คอยอำนวยความสะดวกแก่สมาชิกกลุ่ม และในด้านจิตสังคม สามารถทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group ; PSG) และสามารถให้ปรึกษาเพื่อนที่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพ ทำให้มีสมาชิกมีพลังใจในการดูแลตนเอง เพิ่มวินัยในการกินยาได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mead S และคณะ⁽⁸⁾ กลุ่มผู้ป่วยที่เกิดจากการรวมกันของสมาชิกในกลุ่มที่มีสถานการณ์เดียวกัน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างสมัครใจ โดยมีการรับฟังแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ผลจากความสัมพันธ์ก่อเกิดเป็นความไว้วางใจและสร้างเสริมพลังในการช่วยสมาชิกในกลุ่มผ่านปัญหาและอุปสรรคที่เผชิญด้วยความท้าทายจากการปรับแนวคิดและพฤติกรรม แต่แตกต่างจากการวิจัยของ Kanter S และคณะ⁽⁹⁾ ยังไม่ชัดเจนว่าการใช้กลุ่มเพื่อนจะรักษาวินัยในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้หรือไม่ จึงเป็นข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการใช้เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของการใช้

เพื่อนช่วยเพื่อนให้บรรลุวินัยการกินยาและหยุดยั้งไวรัสอย่างเป็นระบบ และการช่วยเหลือสมาชิกที่ไปทำงานต่างจังหวัด รายที่มารับยาล่าช้าไม่สามารถมาร่วมกลุ่มในวันเปิดคลินิกได้ แกนนำกลุ่มจะเบี่ยงเบนไปส่งไปรษณีย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ พูลเพิ่ม⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง อยากบอกเล่า เรามีความเข้มแข็งทางใจ โรงพยาบาลโพทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่า แกนนำผู้ติดเชื้อมีบทบาทเป็นสื่อกลางในการประสานความเข้าใจระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลสุขภาพ ในการปรึกษา และจัดกิจกรรม พบกลุ่มสม่ำเสมอผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ มีความเข้มแข็งในใจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Siyabonga Kave และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ของผู้รับบริการรายใหม่เกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนบทบาทในการเชื่อมโยงและการรักษาดูแลเอชไอวีผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มสนับสนุนเอชไอวีมีความสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมโยงและการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อรายใหม่ด้วยการแนะนำการตรวจวินิจฉัยและรักษา

2. การให้บริการที่คลินิก พบว่า มีข้อเสนอบางส่วนนำเสนอเป็นประเด็นปัญหาสู่การพิจารณาโดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะทำงานคุณภาพ ได้แก่

2.1 การอำนวยความสะดวกในการรับบริการ ได้แก่ อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ในการจัดคิวรับบริการ สถานที่พบกลุ่ม ความเป็นส่วนตัว

ประเด็นเหล่านี้ได้ถูกนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่ามีควมจำเป็นที่ต้องขยายสถานที่ให้เป็นสัดส่วน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น จึงเสนอขออนุมัติให้ไปใช้อาคารซ่อมบำรุงที่ปรับปรุงแล้วเป็นสถานที่ทำงานของคลินิกสายสัมพันธ์ โดยมีพื้นที่และห้องตรวจเป็นแยกสัดส่วน ปรับปรุงห้องให้การปรึกษา แบ่งห้องให้แกนนำกลุ่ม มีที่ทำงานประจำ และจัดระบบบริการแบบ One Stop Service ให้บริการเป็นทีมทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลให้การปรึกษา ทำให้สมาชิกกลุ่มมั่นใจ กล้าพูดคุย มีส่วนร่วมในการทำกลุ่มกล้าเปิดเผยสถานะ และเสริมพลังตนเองในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรตnda มอโท และดวงใจ นุ่นสวัสดิ์⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคลินิก HIV คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลไชยวาน พบว่าระบบการบริการยังไม่เป็น One Stop Service ทำให้ไม่กล้ามาตรวจ อาจเกิดความกดดัน ความเครียด จึงหลบซ่อน ปกปิดอยู่ในชุมชน นอกจากนี้ ยังมีการจัดคลินิกแบบกึ่ง One Stop Service ทุกวันจันทร์ และวันพุธ สำหรับผู้รับบริการที่ยังไม่เปิดเผยตน ประมาณ 7-8 คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ทิพัส และคณะ⁽¹³⁾ ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ระบบบริการส่งเสริมและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต่อการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน พบว่าในโรงพยาบาลระดับอำเภอมีการให้บริการเฉพาะเป็นแบบ One Stop Service ในรายที่เปิดเผยตัว และเป็นแบบกึ่ง One Stop Service ในรายที่ไม่เปิดเผยตัว

2.2 การติดตามเยี่ยมบ้าน ในรายที่ขาดนัด และมีปัญหาซับซ้อน รายที่ยินยอมให้เยี่ยมบ้าน โดยพี่เลี้ยงกลุ่มและแกนนำ บางครั้งมีทีมสหวิชาชีพ ร่วมออกติดตามเยี่ยม การติดตามเยี่ยมเป็นการกระตุ้นการดูแลตนเอง เป็นการเสริมพลังใจให้ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาต่อเนื่องและกินยาสม่ำเสมอ ทำให้มีทัศนคติเชิงบวก และเสริมพลังคนในครอบครัวให้ร่วมดูแลสอดคล้องกับงานวิจัยของ ญัฐวิวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาเรื่องการสื่อสารที่ส่งผลต่อการติดราผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: ภาพตัวแทน และความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อว่า ในการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพะคนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นเครื่องมือที่ทรงอิทธิพลต่อการสร้างการรับรู้ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงบวกด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อคนเอดส์ บวกหากินยาต้านไวรัส คนมีปริมาณไวรัสในเลือดลดต่ำกว่า 40 copies/ml. จะไม่แพร่เชื้อ และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรตnda มอโท และดวงใจ นุ่นสวัสดิ์⁽¹²⁾ ว่าผู้ป่วยที่เริ่มรับประทายาเกิดความไม่มั่นใจในการรับประทายา การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง กินยาไม่ถูกวิธี ไม่ยอมกินยา ผิดนัด บุคคลในครอบครัวไม่ร่วมมือ เกิดการตี้อยาและมีอาการแทรกซ้อนจนต้องเปลี่ยนสูตรยาที่สูงขึ้น และพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนได้

3. อัตรากำลังใจไม่เพียงพอ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ได้ปรับปรุงให้มีบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพไปปฏิบัติงานในวันทำคลินิก ทำให้ระบบการทำงานคล่องตัว โดยจัดอัตรากำลังใจพยาบาลจากจุดงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และจากงานหน่วยจ่ายกลางมาช่วยในการคัดกรอง นักเทคนิคการแพทย์ มาเจาะเลือดที่คลินิก เภสัชกรมาบริการจ่ายยาและคำแนะนำ ในการทำกลุ่มมีการทำกลุ่มสัมพันธ์และมีการให้ความรู้โดยแกนนำ มีการจัดทำสื่อประกอบการสอน เมื่อพบรายที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลและแกนนำจะให้คำปรึกษารายบุคคล จากการปรับปรุงครั้งนี้ ทำให้มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดีและได้มาตรฐาน ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ นริลักษณ์ สุวรรณโนบล⁽¹⁵⁾ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประสบความสำเร็จ ได้แก่ นโยบายระดับกระทรวง ระดับเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงบวก และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี

4. การจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และ
สื่อสารสู่การปฏิบัติ โดยได้ปรับ CPG 2 ฉบับ คือ แนวทาง
ปฏิบัติในการเริ่มสูตรยาต้านไวรัส สำหรับผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และ การดูแลผู้สัมผัสเลือดหรือ
ของเหลวจากร่างกาย (Body Fluids) มีแผนการอบรม
อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้จัดอบรมในหัวข้อความรู้ใหม่ๆ
ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
มีแผนจะจัดต่อเนื่อง ปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับแนวทาง
และขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร และ
มีการทดลองนำแนวทางตามแนวทางที่พัฒนามาใช้
ตั้งแต่วันที่ 1-31 มีนาคม 2562 พบว่ายังไม่ครอบคลุม
ในเรื่องการเริ่มยาต้านไวรัส ในผู้ป่วยใหม่ทั้งในรายที่
เปิดเผยและไม่เปิดเผย การซักประวัติ การประเมิน
โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การจัดการปัญหาเมื่อมีโรคร่วม
การนัดติดตามการรักษาในครั้งแรกและครั้งต่อมา
ไม่ชัดเจน รวมถึงกรณีการส่งต่อ ทำให้ปฏิบัติในแต่ละราย
ไม่เหมือนกัน จึงปรับปรุง ขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่
เป็นครั้งที่ 2 และได้มีการนำไปใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน
2562 ถึงปัจจุบัน ทำให้การทำงานคล่องตัวขึ้น

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ส่งผลให้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึง
บริการมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรายเก่าที่ไม่เปิดเผยรับบริการ
ยาต้าน ยอมเข้ากลุ่มรับยาในคลินิกทุกราย ที่ขาดนัด/
ขาดยา จำนวน 6 ราย หลังทีมแกนนำออกติดตามเยี่ยม
ทำให้รายที่ขาดนัดกลับมารับต่อที่คลินิกและหลังเข้ากลุ่ม
เพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้กินยาได้อย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ราย

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาว
ในการนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปใช้ เพื่อเพิ่มคุณภาพ
ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบที่จะช่วยสนับสนุน
ให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ยอม
เปิดเผยตนเองให้ยอมรับและเข้าสู่กระบวนการกลุ่ม
เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการบริหาร
โรงพยาบาล คณะทำงานคุณภาพ ทีมสหวิชาชีพและ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ
สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการวิจัยอย่างเต็ม
ความสามารถ ขอขอบคุณแกนนำและกลุ่มตัวอย่าง
ที่ช่วยเหลือ ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์งานวิจัยนี้สำเร็จ
ลุล่วงด้วยดีเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการให้เข้าถึงบริการ
ได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ประพันธ์ ภานุภาค. โรคเอดส์และการดำเนิน
ของโรค. เอกสารอัดสำเนาประกอบการอบรมการ
พัฒนาระบบบริการพยาบาลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ
เอดส์. สภาวิชาชีพ, 2549.
2. K.H.Basavaraj, M.A.Navya, R.Rashmi. Quality
of life in HIV/AIDS. Indian Journal of Sexually
Transmitted Diseases and AIDS [Internet]. 2010
Jul-Dec [cited 2019 Dec 6]; 31(2): 75-80.
Available from <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2325958219838858>
3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ กรมควบคุม. แนวทางการตรวจรักษา
และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทยจำกัด, 2560.
4. วลัยรัตน์ ไชยฟู. สถานการณ์ และการพัฒนาระบบ
บริการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศ
สัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สำนักโรคเอดส์
วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2561
[สืบค้นเมื่อ 2 ม.ค. 2562]. จาก: http://thaiaids-society.org/images/TAS2018/slide/sep14/14-9-61_0830.pdf

5. Battistini Garcia SA, Guzman N. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) CD4+Count. StatPearls Publishing; 2020-.2018 Dec. [cited 2019 Dec 6]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30020661>
6. โรงพยาบาลเจริญศิลป์. สรุปสถานการณ์การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ปี 2561. เอกสารสรุปผลงานเยี่ยมเยี่ยม, 2561.
7. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2558). 2558.
8. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer Support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001; 25(2): 134-41.
9. Kanters S, Park JJ, Chan K, et al. Use of peers to improve adherence to antiretroviral therapy: a global network meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2016; 19(1): 21141.
10. วันเพ็ญ พูลเพิ่ม. อยากบอกเล่าเรามีความเข้มแข็งทางใจ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2557. [สืบค้นเมื่อวันที่ 6 ธ.ค. 2562]. จาก: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/researchs/view/2935>
11. Siyabonga Kave, Nelisiwe F Khuzwayo, et al. The role of support groups in linking and retaining newly diagnosed clients in HIV care in a peri-urban location in South Africa. Published online 2019 Mar [cited 2019 Dec 6]; 18: 9-17 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27914185>
12. สุรัตนดา มอโท และดวงใจ นุ่นสวัสดิ์. การพัฒนาคลินิก HIV คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลไชยวาน ปี 2555 [อินเทอร์เน็ต]; 2555. [สืบค้นเมื่อวันที่ 6 ธ.ค. 2562]. จาก: 203.157.168.41/fish_roop/web/r2r/index.php?aa=4&bc=1&id_vigai=
13. จินตนา ทิพทัส และคณะ. ระบบบริการส่งเสริมและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต่อการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 442: 2551.
14. ญัฐวิวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์. การสื่อสารที่ส่งผลต่อการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: ภาพตัวแทนและความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อวารสารโรคเอดส์ ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 113: 2562.
15. นริลักษณ์ สุวรรณโนบล และคณะ. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 70-78 : 2559.