นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว

DEVELOPMENT OF CARE MODELS FOR PEOPLE LIVING WITH HIV AND AIDS IN SONG DAO HOSPITAL

ประจักร เหิกขุนทด
โรงพยาบาลส่องดาว

Prajak Herkkhunthod
Song Dao Hospital

Received: 21/06/2021
Revised: 02/07/2021
Accepted: 27/07/2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และนำรูปแบบที่พัฒนานี้ไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก 12 คนและผู้รับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี 89 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยการระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาโดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) การสนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติ การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัย ตีความหมาย สร้างข้อสรุป และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึง เมษายน 2564

ผลการศึกษา พบว่า ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการศึกษาบริบท รูปแบบการปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส วิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการ การให้บริการดูแลรักษา ขั้นปฏิบัติการวิจัยได้เพิ่มความรู้ สร้างความตระหนักแก่ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก และสร้างเครือข่ายในชุมชน ทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อบรมฟื้นฟูศักยภาพ ผู้ประสานงาน (HIV Coordinator: HIV Co) และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปรับระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ให้ทันสมัย และมีการประกาศใช้ เมื่อนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงสมัครใจตรวจหาเชื้อเอชไอวี จำนวน 391 คน และกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการแสดงที่ตรงกับเอดส์ 2 คน เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีแก่ครอบครัวและมารับการตรวจ ที่โรงพยาบาล ผลเป็นบวกทั้ง 2 คน ได้รับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์ และอัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 93.24

Abstract

The objectives of this research were to develop a care model for people living with HIV and AIDS and apply the developed care model for people living with HIV and AIDS. The sample group comprised of the quality improvement team for 12 clinical, patient and 89 ART recipients. Research tools included mind map, group discussion, information gathering from operational documents,guidelines, observations, and

activity logs. Qualitative data was analyzed by classification inductive analysis, interpreting, constructing conclusions and explaining phenomena quantitative data used frequency analysis percentage and mean. The research was conducted during October 2020 to April 2021.

The results showed that the clinical care quality improvement team developed the care model for HIV and AIDS patients, including a contextual study, a practice model, analyzing service access problems, continuum care service. Research procedures provided increasing knowledge, raising awareness of the team to improve clinical patient care quality and build a wider network in the community. Made an order to appoint a committee to improve the quality of care for HIV and AIDS patients. Training clinical patients care for HIV coordinator (HIV Co) and the care team, updating and promulgating Clinical Practice Guideline (CPG). After applying the developed model, there were 391 cases voluntarily tested for HIV and two cases with AIDS-related symptoms disclosed their HIV infection status to their families and willing to be tested at the hospital and found out that both of them were positive. They were treated by antiretroviral therapy. The success rate of HIV infected person taking antiretroviral drugs accounted for 93.24 percent.

คำสำคัญ	Keywords
การพัฒนา,	*Development,*
รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์,	*Care model for HIV and AIDS patients,*
โรงพยาบาลส่องดาว	*Song Dao Hospital*

บทนำ

เอดส์เป็นปัญหาที่กระทบต่อสังคมและการพัฒนาประเทศ ประเทศไทยมีบทเรียนประสบการณ์การต่อสู้กับปัญหาเอดส์นานกว่า 30 ปี การป้องกันและแก้ไขปัญหาได้มีความมุ่งมั่นตั้งใจและความร่วมมือทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม เครือข่ายผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีและภาคประชาชนในการดำเนินงานและระดมทรัพยากร[1] โดยมีเป้าหมายลดปัญหาโรคและภัยสุขภาพ ปี 2564 ในระยะปฏิรูป 5 ปี (ปี 2560 - 2564) ข้อที่ 5 เอดส์ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ ผู้ใหญ่ติดเชื้อรายใหม่ไม่เกิน 2,000 คน[2] ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2560-2573 ได้มีวิสัยทัศน์คือ การร่วมยุติปัญหาเอดส์ ภายในปี 2573 มีเป้าหมายหลัก 3 ประการคือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ลดการตายจากเอดส์ และลดการเลือกปฏิบัติจากเอดส์และเพศภาวะลง ร้อยละ 90.00[1] โรคเอดส์เป็นภาวะคุกคามที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ องค์ประกอบที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องครบถ้วนและสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกายและสุขภาพจิต การลดพฤติกรรมเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเสริมสร้างพลังควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ[3] ผลการศึกษาพบว่า กลยุทธ์การส่งเสริมวินัยการกินยาต้านไวรัสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยมี 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การสนับสนุนทางสังคม 3) การให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มโดยบุคลากรสุขภาพ 4) การเสริมสร้างแรงเสริมทางบวกและ 5) การติดตามผู้ป่วย ควรใช้กลยุทธ์แบบผสมผสานมากกว่าหนึ่งวิธีโดยคำนึงถึงบริบทของหน่วยงานเป็นสำคัญ[4] และจากนโยบายการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์โดยใช้มาตรการ RRTTR (Reach, Recruit, Test, Treat, Retain) มุ่งสู่เป้าหมายการเข้าถึงบริการ 90-90-90[1] โดยในด้านการรักษาจะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อทราบสถานะไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด และจากจำนวนผู้ทราบสถานะการติดเชื้อแล้ว ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้าน

เอชไอวี ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90.00 โดยผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีต้องมีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90.00 ที่สามารถกดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/mm^3 [5]

จากข้อมูลการให้บริการในคลินิกผู้รับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลส่องดาว ในปี 2561 – 2563 พบว่า ผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เริ่มยาต้านไวรัสครั้งแรกตรวจพบค่า CD4 < 200 cell/mm^3 สูงถึงร้อยละ 80.00, 54.14 และ 66.66 ตามลำดับ บ่งบอกถึงการทราบสถานะการติดเชื้อและการเข้าถึงยาต้านไวรัสช้า ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ตรวจเชื้อในปี 2563 จำนวน 8 คน ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ยังไม่ได้รับยา 3 คน ในจำนวนนี้เป็นวัณโรคและเสียชีวิตก่อนเข้ารับการรักษา 1 คน แสดงถึงอัตราความครอบคลุมของผู้ที่ทราบผลการติดเชื้อแต่เข้าถึงยาต้านไวรัสยังต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสมียอดสะสมในปี 2561 – 2563[6] จำนวน 113, 117, 118 คน โดยมีอัตราผู้ป่วยที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ ซึ่งต้องมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load: VL) หลังจากได้รับยาต้านไวรัส โดยกำหนดค่าของ VL<1,000 copies/ml. มีแนวโน้มลดลงคิดเป็นร้อยละ 86.24, 90.50 และ 86.94 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายคือร้อยละ 90.00 มีรายที่ขาดนัดมากกว่า 3 เดือน จำนวน 2 คน จากการวิเคราะห์รูปแบบบริการเดิมมีการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางการตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี 2560 การตรวจ CD4, VL และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ แต่ยังไม่ได้ร่วมกันปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ประกาศใช้ร่วมกันทำให้ทีมผู้ดูแลมีแนวทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ในด้านบริการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในปัจจุบันพบปัญหาการเข้าถึงบริการการกินยาที่ไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยพบปัญหาว่าบางคนไม่ได้รับยา จากการวิจัยของวิราวรรณ ชมาฤกษ์[7] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการที่มีรูปแบบชัดเจนในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการจะเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามการเกิดเชื้อดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงระบบบริการมากขึ้น เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและส่งผลให้อัตราตายจากโรคเอดส์ลดลงและวันทนีย์ ธารณธนบูลย์[8] ศึกษาการประเมินรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในมิติของการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ บทบาทส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลซึ่งใช้แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกรมควบคุมโรคเป็นเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีผลการรักษาที่ดีขึ้น เพื่อให้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดคุณภาพที่ดี โรงพยาบาลส่องดาว จึงทำการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อนำรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก 2) ผู้รับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึง เมษายน 2564

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

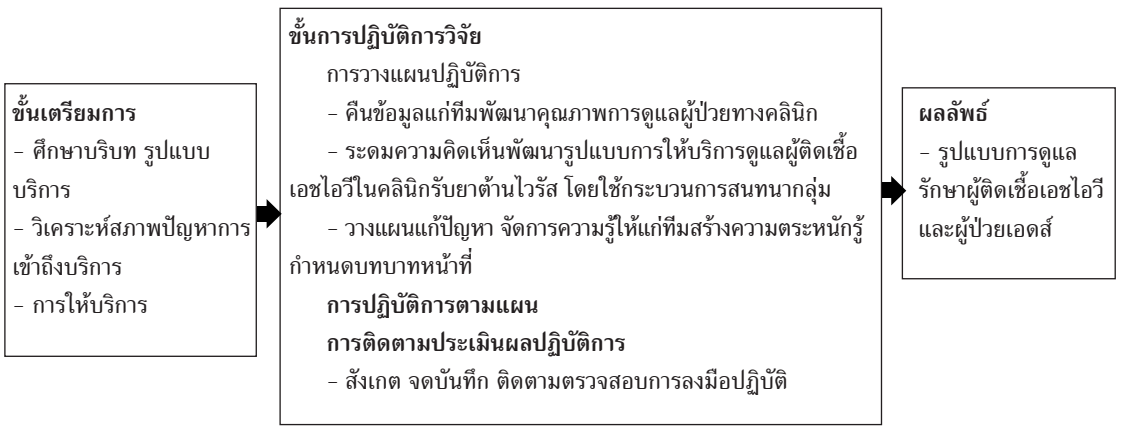
การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2020 – 024 ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2563

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (People living with HIV) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีและยังไม่มีอาการแสดงใด ๆ ที่สัมพันธ์กับเอดส์และมีจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 มากกว่า 200 cell/mm^3

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีและมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือมีอาการของโรคฉวยโอกาส ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีที่มีจำนวน CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm^3

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พี่เลี้ยงกลุ่ม 1 คน เจ้าหน้าที่งานชันสูตร 1 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่ห้องบัตร 1 คน เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรค 1 คน พยาบาลให้คำปรึกษา 6 คน ผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง รวม 12 คน และผู้รับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ARV) อายุ 18 ปีขึ้นไป อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปและสามารถร่วมกิจกรรมได้ตามแผนการดำเนินงาน 113 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane อ้างอิงใน กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ,[9] ได้กลุ่มตัวอย่าง 89 คน ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบแทนที่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ศึกษาบริบท รูปแบบการปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส โดยศึกษาเอกสารบันทึกการให้บริการ แนวทางปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัสในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยง การประชาสัมพันธ์ แนวทางการดูแลรักษา การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังรับยาต้าน การนัดหมายการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Adherence) การติดตามเมื่อมีการขาดนัด กรณีมีผลดื้อยา (Drug resistant: DR) การขอรับบริการให้คำปรึกษาจาก ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา วิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการ การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากเอกสารบันทึกการให้บริการ

1.2 ระดมความคิดเห็นสภาพปัญหาการรับบริการดูแลรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัส โดยใช้เทคนิค แผนที่ความคิด (Mind map) ในประเด็น “ภาพฝันการรับบริการในคลินิกรับยาต้านของเรา”

มีกิจกรรม 1 วัน ในวันที่ 19 ตุลาคม 2563 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 89 คน ดำเนินการโดยวิทยากรกระบวนการของโรงพยาบาลส่องดาว

2. ขั้นปฏิบัติการวิจัย

2.1 การวางแผนปฏิบัติการ

ผู้วิจัยได้ระดมความคิดเห็นพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกรับยาต้านไวรัสที่เหมาะสมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ในวันที่ 22 ตุลาคม 2563 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่องดาว มีผู้เข้าร่วมสนทนา 12 คน ในประเด็น ทำอย่างไรกลุ่มเสี่ยงจึงจะเข้าถึงระบบได้มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่จะเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพได้อย่างไร และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาจะกดเชื้อไวรัสตามที่ต้องการหรือไม่ การวางแผนแก้ปัญหาทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก คณะกรรมการบริหารและทีมผู้วิจัย ประชุมทบทวนประเด็นปัญหา สาเหตุและระดมแนวทางการแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงในระดับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่งตั้งคณะทำงาน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบจัดทำแผนปฏิบัติการ ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานประกอบด้วย แนวทางการค้นหาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเสี่ยง แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การติดตามการรักษา การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย

2.2 การปฏิบัติการตามแผน

ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกได้มอบหมายงานและจัดแบ่งหน้าที่ให้แก่ผู้รับผิดชอบพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามภาระงานที่รับผิดชอบ จัดระบบบริการให้สอดคล้องกับแผนที่ได้วางไว้และนิเทศติดตามความก้าวหน้า

2.3 การติดตามประเมินผลปฏิบัติการ

ผู้วิจัยติดตามประเมินผลปฏิบัติการ จากการสังเกต จดบันทึกกิจกรรม ติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมจากเอกสารการปฏิบัติงาน สรุปผลการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัส การระดมความคิด กระบวนการแผนที่ความคิด ใช้การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรม การจัดกระบวนการสนทนากลุ่มใช้การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรม

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัย ตีความหมาย สร้างข้อสรุป และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์สถิติความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ร่วมแสดงความเห็นในแผนที่ความคิด (N=89)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	47.19
หญิง	47	52.81
อายุ		
≥ 20-40 ปี	30	33.71
41-59 ปี	55	61.80
60 ปี ขึ้นไป	4	4.49
$\bar{x}$= 43.52, S.D. 9.1, MAX =71, MIN = 21		
ระยะเวลาการกินยา		
1-5 ปี	18	20.22
6-10 ปี	34	38.20
10 ปี ขึ้นไป	37	41.57
$\bar{x}$ = 8.9, S.D. 3.3, MAX =13, MIN = 1		

2. การเตรียมการ

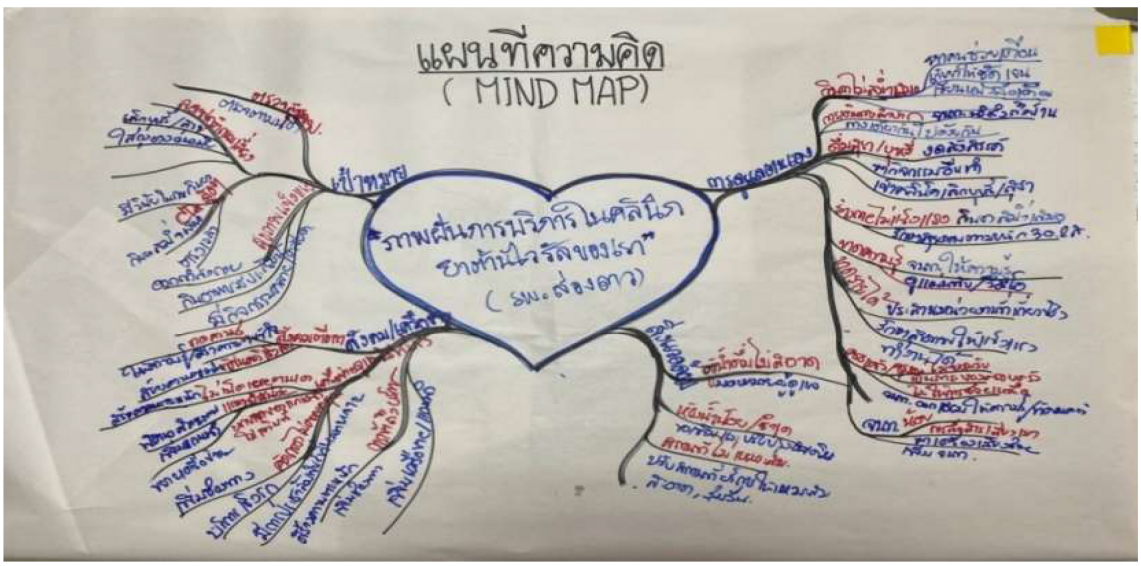
2.1 ศึกษาบริบทรูปแบบบริการ การปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส โดยศึกษาเอกสารบันทึกการให้บริการ แนวทางปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส ยังไม่มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน แต่บริการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่มาขอตรวจเอชไอวี ที่โรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ และช่องทางการสื่อสารยังมีน้อย ไม่หลากหลาย แนวทางปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษายังไม่ได้ปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ใช้ร่วมกันของทีม แต่จะยึดตามความเห็นของแพทย์เป็นเรื่อง ๆ ไป โดยอ้างอิงตามคู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 มีการติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังรับยาต้าน มีการนัดตรวจ CD4, VL และ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ยังขาดการติดตามกรณีไม่มาตรวจตามนัด การประเมินการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Adherence) รายบุคคลทำโดยเภสัชกรเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง กรณีมีผลดื้อยาในรอบ 1 ปี ยังไม่ได้ส่งไปรับบริการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Consult HIV Expert) เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา จำนวน 5 คน วิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการ พบข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในปี 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 8 คน ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 โดยรายใหม่ที่เริ่มยาต้าน มีค่า CD4 < 200 cell/mm^3 ร้อยละ 66.66 และยังพบว่าไม่ได้รับยา 3 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคและเสียชีวิตก่อนรับยาต้านไวรัส 1 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถลดปริมาณไวรัสได้มีปริมาณ ≤ 1,000 Copies/ml. ในปี 2563 พบร้อยละ 86.94

2.2 ระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาการรับบริการจากผู้รับบริการดูแลรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัส

โดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) ในประเด็น “ภาพฝันการรับบริการในคลินิกรับยาต้านของเรา” พบว่า 1) ต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรง CD4 สูง ๆ และ VL < 50 Copies/ml. ได้รับการตรวจสุขภาพ

ประจำปีตามมาตรฐาน 2) ต้องการมีสิ่งแวดล้อมและสถานที่ในการรับบริการที่ดีเพราะการจัดโซนการให้บริการคับแคบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ห้องน้ำเก่า ๆ 2 ห้อง ไม่พร้อมใช้ น้ำดื่มไม่เพียงพอ 3) ต้องการได้รับการบริการที่ดีเพราะที่ผ่านมามีการจัดคิวไม่เป็นระเบียบ ผู้ให้บริการเสียงเบา ทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ขาดความเอาใจใส่ผู้ป่วยขาดความตระหนักต่อการบริการ เช่น ให้บริการเร่งรีบเกินไปเจ้าหน้าที่ให้บริการมีน้อย 4) ต้องการความรู้เรื่องโรคเอดส์ 5) ต้องการได้เบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น การเดินทางมารับบริการลำบาก ไม่มีรายได้ 6) ต้องการแกนนำที่มีศักยภาพและเครือข่ายเพิ่มขึ้น เพราะดูแลไม่ทั่วถึง บทบาทของแกนนำไม่ชัดเจน เพื่อนไม่ให้การยอมรับเท่าที่ควร 7) ต้องการให้ครอบครัว/ชุมชน สังคมไม่ตีตรา เพราะผู้ป่วยรู้สึกยังไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร ต้องการให้เจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมประเมินปัญหา ไม่อยากให้มองผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว 8) ต้องการให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองและกลุ่มผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการมากขึ้น ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 แผนที่ความคิด (Mind map)



3. กระบวนการปฏิบัติการวิจัย

3.1 การวางแผนปฏิบัติการ

การจัดกระบวนการระดมความคิดเห็นพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกรับยาต้านไวรัสที่เหมาะสมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) พบว่า

ด้านกลุ่มเสี่ยง จากการสนทนากลุ่มได้รับข้อมูลว่าโดยมากกลุ่มเสี่ยงจะเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ โรงพยาบาลจะตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่มาขอตรวจที่โรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ยังมีน้อยช่องทางการสื่อสารไม่หลากหลายและยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนักรู้ไม่กล้ามารับบริการ เพราะรู้สึกอาย/ตีตรา

ด้านการบริการ บุคลากรรับผิดชอบประจำคลินิกมีคนเดียว พบปัญหา คือ ผู้รับผิดชอบหลัก (ติดราชการทหาร 1 ปี) ได้มอบหมายงานให้ผู้รับผิดชอบที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทำงานแทนในลักษณะงานฝากและทั้ง 2 คน ไม่เคยผ่านการอบรมทำให้เข้าใจไม่ชัดเจนในระบบการให้บริการ ยังขาดองค์ความรู้เชิงลึกในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและขาดความเชื่อมั่นในการให้บริการ

ด้านคลินิกรับยาต้าน ผู้ติดเชื้อบางรายยังขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง สมาชิกในกลุ่มยังขาดการวางเป้าหมายการดูแลตนเอง ยังมีพฤติกรรมดื่มสุรา/

สูบบุหรี่ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งยังอยู่ในพื้นที่แต่ไม่มารับยาด้วยตนเองจะมีญาติมารับแทนทุกครั้งยกเว้นในวันนัดมาเจาะเลือด ทำให้ไม่ได้รับการประเมินการกินยา ขาดการกระตุ้นหรือเสริมพลังสร้างวินัยการกินยาและการดูแลตนเอง จากการประเมินการรับประทานยาโดยเภสัชกร เฉลี่ยร้อยละ 92.00 ที่มีวินัยในการกินยา > 95% การจัดการในรายที่กินยาแล้วกดไวรัสไม่ได้หรือมีผลดื้อยาช้าและไม่เป็นระบบ การออกติดตามเยี่ยมบ้าน เดิมทำโดยพี่เลี้ยงกลุ่มระยะหลังมีกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ (กลุ่มภูผาเหล็ก) ออกเยี่ยมแต่ทำได้ไม่ครอบคลุม สมาชิกยังไม่ยอมรับ

การทำกิจกรรมกลุ่ม ในช่วงปี 2562-2563 ไม่มีการดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยจะมารับยาตามนัดโดยมีขั้นตอนการจัดบริการดังนี้ รับบัตรคิว วัดสัญญาณชีพ พบแพทย์ และรับยา รับใบนัดก่อนกลับบ้าน

ผลการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก คณะกรรมการบริหารและทีมผู้วิจัยได้แนวปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและแผนการดำเนินงานดังนี้

สภาพปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ
1. การประชาสัมพันธ์และการค้นหาผู้ติดเชื้อยังมีน้อยมีช่องทางไม่หลากหลาย	- สร้างเครือข่ายการทำงานให้ความรู้ เพิ่มเติม สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มช่องทางการสื่อสารในกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
2.การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลัง รับยาต้านการนัด การติดตามกรณีไม่มาตรวจตามนัด	- ปรับ CPG ให้เป็นปัจจุบัน ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	
3. วินัยการกินยาของผู้ป่วย มีการประเมิน Adherence โดยเภสัชกรเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง, กรณีมีผลดื้อยา (DR) ยังไม่มีการส่ง Consult HIV Expert และปรับเปลี่ยน สูตรยา	- ปรับ CPG ให้เป็นปัจจุบัน ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล -จัดทำแนวทางปฏิบัติ กรณีรายที่กินยาแล้วกดไวรัสไม่ได้	
4.การบริการ - การจัดคิวไม่เป็นระเบียบ - ผู้ให้บริการเสียงเบา - ผู้ป่วยขาดนัดยังไม่มีแนวทางการติดตามที่ชัดเจน - ผู้ป่วย ขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์	- ปรับขั้นตอนการจัดคิวให้เป็นระบบ จัดหาไมโครโฟน ในจุดบริการและจุดจ่ายยา - จัดทำแนวทางและเกณฑ์การติดตามผู้ป่วยเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันอย่างชัดเจนร่วมกับกลุ่มภูผาเหล็ก ในผู้ป่วยรายที่ยินดีให้ติดตามเยี่ยม หากมีรายที่ไม่สะดวกให้เยี่ยมทำข้อตกลงเป็นราย ๆ ไป	
- ทานยาไม่สม่ำเสมอ, ไม่ตรงเวลา การเสริมทักษะวินัยการกินยาของผู้ป่วยมีการแนะนำเป็นรายบุคคลยังไม่มีการทำกิจกรรมกลุ่ม	- ด้านความรู้และมีวินัยในการกินยา บูรณาการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งที่มารับบริการ และเน้นให้เห็นความสำคัญ และผลดีต่อสุขภาพของการมาตามนัด	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
5. แกนนำ มีน้อยดูแลไม่ทั่วถึง บทบาทไม่ชัดเจน ขาดทักษะ และ องค์ความรู้	- ปรับโครงสร้างกลุ่มและคัดเลือกแกนนำเพิ่ม พัฒนาทักษะและองค์ความรู้ให้แก่กลุ่มแกนนำ และติดตามประเมินคุณภาพ รวมทั้งเป็นพี่เลี้ยงช่วยแก้ไขปัญหา	
6.ครอบครัว/ ชุมชน สังคมตีตราไม่ให้การช่วยเหลือเท่าที่ควร	- ให้ความรู้ สร้างความตระหนักปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เห็นประโยชน์ของการค้นหาและกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง	
7. ทีมพี่เลี้ยงขาดองค์ความรู้พื้นฐาน/เชิงลึกในกระบวนการดูแลผู้ป่วย	- อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพ สร้างเสริมความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย	

สภาพปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ
8. CPG ในการปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับสถานการณ์	- ผู้รับรับผิดชอบหลักประสานเครือข่าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงาน - ปรับ CPG ให้ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	
9.สิ่งแวดล้อมและสถานที่ การจัดโซนบริการไม่เหมาะสม คับแคบ	- ประชุมคณะกรรมการบริหาร เพื่อปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	คณะกรรมการบริหาร ทีมพัฒนาบุคลากร/ ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ
10. ผู้รับผิดชอบหลักมีคนเดียว และมอบหมายฝากงานให้ผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทำงานแทน และทั้ง 2 ราย ไม่เคยผ่านการอบรม ทำให้เข้าใจไม่ชัดเจนในระบบการให้บริการ	- มอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลักและรอง พร้อมวางแผนส่งเข้ารับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ (เสนอในแผนพัฒนาบุคลากร ระยะ 3 ปี)	

ผู้วิจัยได้นำแนวทางในการแก้ปัญหามาจัดทำแผนปฏิบัติการดังนี้

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง

2. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ปรับ CPG ให้ทันสมัย ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

3. ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

4. อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มศักยภาพ มั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย

5. การอบรมฟื้นฟูศักยภาพผู้ประสานงาน (HIV Coordinator: HIV Co) เสนอแผนระยะสั้น เชิญวิทยากรที่เป็น HIV Co ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลใกล้เคียงมาให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และระยะยาวส่งอบรมพัฒนาศักยภาพของ HIV Co โดยบรรจุในแผนพัฒนาบุคลากรระยะ 3 ปี

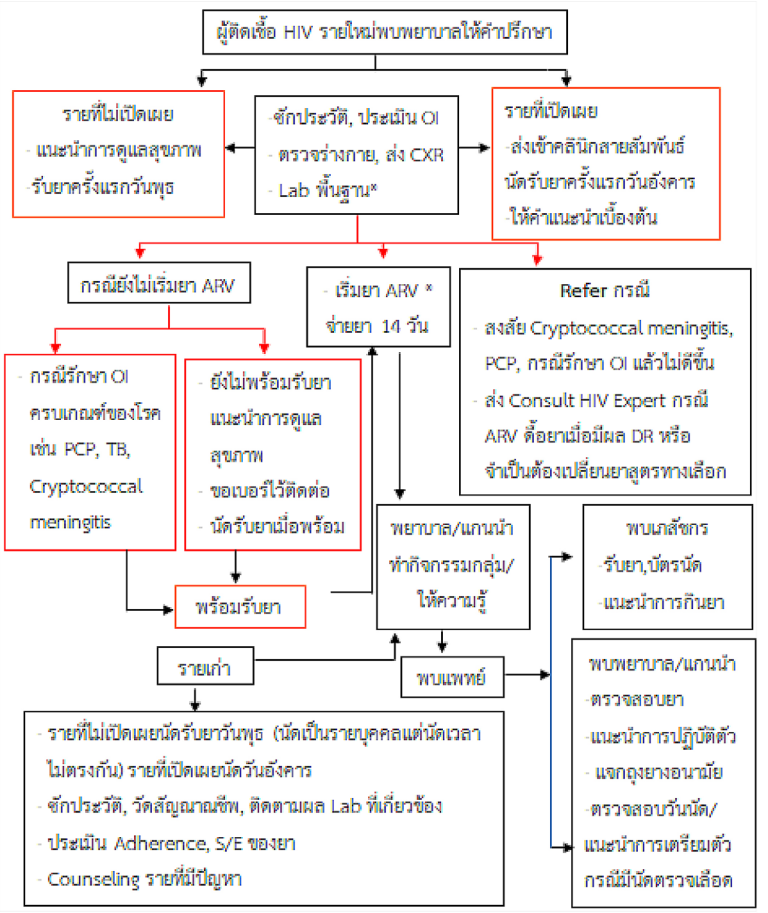
3.2 การปฏิบัติการตามแผน

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง จัดประชุม 5 แห่งๆ ละ 1 ครั้ง ในระหว่างวันที่ 22-26 ตุลาคม 2563 สร้างเครือข่ายในชุมชนเพิ่มเติมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครบ 4 แห่ง อสม.เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเอดส์ครอบคลุม 46 หมู่บ้าน ให้สามารถประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรอง มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการ บริการเจาะเลือดให้แก่กลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจใน รพ.สต. 4 แห่ง มีกลุ่มเสี่ยงสมัครใจตรวจ 391 ราย ผลลบทั้งหมด และในรายที่ความเสี่ยงและมีอาการแสดงที่ตรงกับเอดส์ 2 คน เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีกับครอบครัวและสมัครใจเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาล ผลเอชไอวี เป็นบวกทั้ง 2 คน คนที่ 1 เพศชาย สถานะสมณะเพศ อายุ 47 ปี มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเมื่อหลายปีที่ผ่านมา สมัครใจเริ่มรับยาต้านเมื่อ 20 เมษายน 2564 CD4 = 57 cell/mm^3 คนที่ 2 เพศชาย อายุ 25 ปี เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทำงานบริการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เริ่มรับยาต้านเมื่อ 20 มีนาคม 2564 CD4 = 22 cell/mm^3 ทั้ง 2 คน กินยาต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด

2. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจัดประชุมคณะกรรมการเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งแรกได้สรุปปัญหาเบื้องต้นและเสนอให้พัฒนางานคุณภาพรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากต้องใช้ความรู้และทักษะเชิงลึก จึงเสนอแผนพัฒนาบุคลากรระยะเร่งด่วน โดยได้เชิญวิทยากรที่เป็น HIV Co ที่มีประสบการณ์การดูแล

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาให้ความรู้และฝึกทักษะ ในเดือนตุลาคม 2563 ทำให้มีการปรับ CPG ให้ทันสมัย ประกาศใช้ในเดือน ตุลาคม 2563 รูปที่ 2

รูปที่ 2 Flow chart ระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG)



* เริ่มยา ARV ทุกราย ในทุกจำนวน CD4 ที่มีความพร้อมที่จะกินยา โดยยึดคู่มือ PCT การเริ่มยา (ยึดแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2560

3. ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้พิจารณาเห็นชอบให้ใช้อาคารสามัคคีอุปถัมภ์ เป็นสถานที่ให้บริการคลินิกดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ปรับปรุงห้องน้ำที่มีอยู่เดิม จำนวน 2 ห้อง ให้พร้อมใช้และมีคนงานดูแลทำความสะอาด จัดให้มีที่บริการน้ำดื่มให้เพียงพอ ให้กลุ่มเข้าใช้บริการในเดือนพฤศจิกายน 2563

4. อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพ สร้างเสริมความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเชิญวิทยากรจากนอกองค์กรมาให้ความรู้ เรื่องความตระหนักรู้เรื่องโรคเอดส์ การปรับทัศนคติเชิงลบต่อคน/กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และเทคนิคในการจัดกระบวนการกลุ่ม 1 ครั้ง ในเดือนตุลาคม 2563 และเมื่อให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัสเสร็จ จะมีการประชุมถอดบทเรียน เพื่อปรับใช้ในการให้บริการครั้งต่อ ๆ ไป

3.3 การติดตามประเมินผลปฏิบัติการ

ผู้วิจัยติดตามประเมินผลปฏิบัติการจากการ

สังเกต จดบันทึกกิจกรรม ติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติ พบว่า ภายหลังการทำกิจกรรมกลุ่ม ใน 1 เดือนแรก ทีมพี่เลี้ยงขาดประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกกลุ่มไม่คุ้นเคยยังไม่วางใจ จึงได้ปรับกระบวนการทำงานอีกครั้งโดยซ้อมแผนการทำสนทนากลุ่มบนโต๊ะ จัดให้ทีมพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม 2 คน อย่างน้อยเป็นผู้มีประสบการณ์ทำกลุ่ม 1 คน หลังเลิกคลินิกบริการพี่เลี้ยงแต่ละท่านถอดบทเรียนที่ได้รับและยังพบปัญหาว่าสมาชิกบางคนมีการรับรู้น้อยและไม่กล้าแสดงออก (บางคนพูดเยอะเสียงดังทำให้บางคนไม่กล้าแสดงออก) บางคนมาช้า ทำให้การทำกลุ่มล่าช้า บางรายปฏิเสธการเข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่ม ทีมจึงเสนอข้อตกลงร่วมในการทำกลุ่มให้ชัดเจน เช่น กำหนดระยะเวลาให้ชัดเจนทุกครั้งในการทำกลุ่ม ครั้งต่อไปจัดทำแผนระบุกิจกรรมและระยะเวลาให้ทราบล่วงหน้า มอบหมายแกนนำช่วยเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกแสดงออกให้ครบทุกคน พี่เลี้ยงอีกคนเป็นผู้สังเกตการณ์ และบันทึกข้อมูลการสนทนา

การแก้ไขปัญหาด้านความรู้และวินัยการกินยา บูรณาการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งที่มารับบริการและเน้นให้เห็นความสำคัญและผลดีต่อสุขภาพของการมาตามนัด โดย 1) สร้างความตระหนัก เน้นย้ำถึงวินัยในการกินยาสม่ำเสมอ ตรงเวลา โดยปรับกระบวนการให้สุขศึกษา ผ่านกิจกรรมกลุ่ม เพิ่มช่องทางการประเมินการกินยาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล การให้รางวัลผู้ที่นำยาเก่ามาคืนและมีวินัยในการกินยาดี 2) กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยา ทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์ร่วมกับผู้ป่วยหาสาเหตุปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เช่น บางรายกินยาไม่ตรง ตั้งนาฬิกาปลุกไม่เป็น ไม่มีเครื่องจับเวลา จัดให้มีการแลกเปลี่ยนรายที่กดไวรัสได้สำเร็จเป็นการถอดบทเรียนในกลุ่มผู้ป่วย พบว่ามีการตั้งนาฬิกาปลุก ป้ายเตือนเวลาเป็นต้น จากการส่งตรวจ VL ในปีงบประมาณ 2564 ถึงสิ้นเดือน มีนาคม 2564 จำนวน 74 ราย พบร้อยละของผู้ป่วยเอชไอวีที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จหลังจากได้รับยาต้านไวรัส (VL < 1,000 copies/ml.) จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 93.24 ภายหลังการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co ในเดือนตุลาคม 2563 ได้ดำเนินการส่งผลดื้อยาเพื่อปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ที่โรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งเป็นคนที่ยังไม่ได้ส่ง Consult HIV Expert ในปี 2563 จำนวน 3 คน คนที่ 1,2 อายุ 43 ปี คนที่ 3 อายุ 39 ปี ภายหลังส่งปรึกษา HIV Expert พบว่าไม่ดื้อยาแต่เป็นผลจากไม่มียาในกระแสเลือด แพทย์พิจารณาให้กินยาสูตรเดิม ทีมจึงได้ให้คำปรึกษาสร้างวินัยการกินยาและเสริมพลังด้วยกิจกรรมกลุ่มทำให้กดเชื้อได้ โดยมีผลตรวจภายหลังการปรับวินัยการกินยา 6 เดือน ผล VL < 20 copies/ml. ทั้ง 3 คน คนที่ 4 อายุ 60 ปี ยังไม่เปลี่ยนสูตรยาแต่เสียชีวิตก่อนและรายที่ 5 มีภาวะของจิตเวชที่เกิดภายหลังทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนสูตรยาได้ และในปี 2564 พบมีผลดื้อยารายใหม่ 2 คน เมื่อได้ผลการตรวจการดื้อยา (DR) สามารถส่ง Consult HIV Expert ภายใน 1 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรยาได้เร็วขึ้น

อภิปรายผล

1. การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า การอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะเชิงลึก สามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น การจัดทำ CPG แล้วประกาศใช้ร่วมกันทำให้มีแนวทางปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงกล้าเปิดเผยตนกับครอบครัวและเข้าสู่ระบบการรักษา และรายที่กินยาสามารถกดไวรัสสำเร็จสูงขึ้นสอดคล้องกับบุญยัง ฉายาทับ และมานพ ศรีสุพรรณถาวร[10] ที่พบว่าการรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องการเวลา การใช้ความรู้ความชำนาญและความเอาใจใส่เป็นอย่างมาก ผู้ที่ทำงานด้านนี้จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้มาตรฐาน

2. การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการพบว่า การเพิ่มความรู้ความตระหนักแก่บุคลากร สร้างเครือข่าย

รพ.สต.และ อสม.เชี่ยวชาญดำเนินการค้นหาและประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชนทำให้มีกลุ่มเสี่ยงสมัครใจตรวจเลือด 391 คน แสดงว่า การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เชิงรุก สามารถกระตุ้นกลุ่มเสี่ยงให้เข้าถึงบริการการตรวจเอชไอวีได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้รายที่มีความเสี่ยงและมีอาการแสดงที่ตรงกับเอดส์เปิดเผยสถานะเสี่ยงต่อญาติในครอบครัว ญาติรับรู้และนำมารับบริการ ผลเอชไอวี เป็นบวกทั้ง 2 คน แสดงว่าการทำให้ประชาชนรับรู้จนกล้าเปิดเผยสถานะยอมรับการตรวจเข้าสู่การรักษาซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปกรณ์กิจ พฤกษาอุดมชัย และคณะ[11] พบว่าคุณลักษณะที่สำคัญต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้เพียงพอมีความไว้ใจและ สนิทมากเพียงพอและได้รับยาต้านไวรัสเร็วขึ้น แสดงถึงแนวทางชัดเจนที่เจ้าหน้าที่จะใช้เป็นแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อรู้ผลคัดกรอง ส่งพบแพทย์เข้าสู่ระบบรับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์ แต่อย่างไรก็ตามควรให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการการตรวจเอชไอวีได้ครอบคลุมและได้รับการรักษาโดยเร็วตั้งแต่ระดับ CD4 ยังสูง ๆ อยู่ จะเป็นผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดโรคฉวยโอกาส อัตราการตายน้อยลงและทำให้ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลลดลง สอดคล้องกับแนวทางการให้บริการเพื่อเริ่มยาต้านไวรัสในทุกระดับ CD4 ปี 2557[12] ข้อมูลที่สนับสนุนการเริ่มยาต้านไวรัสที่ระดับ CD4 ระหว่าง 350-500 cells/mm^3 มาจากการศึกษาแบบ Observational Cohort และ การศึกษา Randomized Controlled Trial (RCT) ที่พบว่า การเริ่มยาต้านไวรัสที่ช่วงระดับ CD4 นี้ มีผลดีช่วยลดโอกาสเกิดอาการเอดส์หรือการเสียชีวิตลงอย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับการรอเริ่มยาต้านไวรัสเมื่อระดับ CD4 ต่ำกว่า 350 cells/mm^3

3. การปรับแนวทางการดำเนินงานให้มีการใช้กิจกรรมกลุ่ม ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน การให้คำปรึกษารายบุคคล การมีวินัยการกินยา การมาตามนัดทำให้การกดไวรัสสำเร็จร้อยละ 93.24 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอำพร ธินะ[4] ที่พบว่า กลยุทธ์การส่งเสริมวินัยการกินยาต้านไวรัส ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยมี 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การสนับสนุนทางสังคม 3) การให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มโดยบุคลากรสุขภาพ 4) การเสริมสร้างแรงเสริมทางบวกและ 5) การติดตามผู้ป่วย ควรใช้กลยุทธ์แบบผสมผสานมากกว่าหนึ่งวิธีนอกจากนี้ยังมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยทีมและแกนนำกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธิดาพร จิระวัฒนะไพศาล[13] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของกลุ่มอาสาสมัครหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่สามารถมีบทบาทร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในหลาย ๆ กิจกรรม ได้แก่ การร่วมให้ความรู้ด้านการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา ช่วยแนะนำการกินยาอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

4. การแก้ไขการดื้อยามีการส่งผลดื้อยาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ ที่โรงพยาบาลสกลนคร และทีมได้ให้คำปรึกษาสร้างวินัยการกินยาและเสริมพลังด้วยกิจกรรมกลุ่ม ปรับวินัยการกินยา 6 เดือน ทำให้กดเชื้อได้

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิราวรรณ ชมาฤกษ์[7] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการที่มีรูปแบบชัดเจนในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการจะเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามการเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงระบบบริการมากขึ้น เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและส่งผลให้อัตราตายจากโรคเอดส์ลดลง

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนและปรับปรุงวิธีทำงานครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนาการทำงานเป็นทีมของผู้ปฏิบัติงาน การสร้างเครือข่ายในชุมชนและเสริมความเข้มแข็งให้แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อ ความมีคุณค่าของแกนนำที่ช่วยปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบและช่องทางการสื่อสารที่สนับสนุนให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย

เอดส์ที่ยังไม่ยอมมารับยาเองได้มองเห็นประโยชน์ของการมาพบแพทย์ และเข้าสู่กระบวนกลุ่มจะได้รับการเสริมพลังและกระตุ้นการดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกที่ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่องดาวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการวิจัยอย่างเต็มความสามารถ ขอขอบคุณแกนนำและกลุ่มตัวอย่างที่ช่วยเหลือ ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. National Committee on the Prevention and Response to AIDS. Situations and actions to prevent and solve AIDS problems. National Strategy on Ending AIDS Problems 2017-2030. Bangkok: NC Concepts Company limited; 2017. p.3. (in Thai)
2. Panumard Yarnwaidsakul. Policies lead to an end to AIDS and STIs. Paper presented at Workshop to develop network partners' potential and community service centers to end AIDS and STIs; 2017 July 31; The Prince Palace Hotel, Nonthaburi. (in Thai)
3. Yuttachai Chaiyasit, Rattiya Thong-on, Phensiri Dumrongpakapakorn, Boonrod Donprapeng, Duangjai Boonkong, Patchanee Somkumlung. The Strategies to Improve Antiretroviral Drug Adherence: A Literature Review. Princess of Naradhiwas University Journal. 2013; 5(3): 13-24. (in Thai)
4. Amporn Tina. Effects of Empowerment Together with Social Supports to Health Behaviors among HIV Infected Persons and AIDS Patients Currently Receiving Anti-retroviral in Sansai Hospital, Chiang Mai. Lanna Public Health Journal. 2011; 7(2): 211-23. (in Thai)
5. Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Infection, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017. Bangkok: Agricultural Cooperative Society of Thailand Limited Printing House; 2017. (in Thai)
6. Song Dao Hospital. Summary of results of antiretroviral treatment clinics at Song Dao Hospital in the year 2019. Staple documents; 2020. (in Thai)
7. Vilawan Chamaleak, Thanida Tangyingyong, Yongyut Watanachai. Efficacy Study of HIV/AIDs Patient Care Development System. Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals. 2014; 29(1): 29-40. (in Thai)
8. Wanthanee Tharnthanaboon. Evaluation of the HIV/AIDS Care Model of the Health Service Network in Buntharik District, Ubon Ratchathani Province. Thai AIDS Journal. 2019; 31(1): 70-84. (in Thai)
9. Kansiri Chancharoen. Chapter 5 Determination of population and sample groups. In: Pragai Jirojanakul, editor. Nursing research: concepts, principles and practices. 2nd Edition. Nonthaburi: The Royal Institution Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2009. p. 85-112. (in Thai)

10. Bungyong Chayatub, Manop Srisuphanhavorn. Successful Antiretroviral Therapy for HIV Infected-Inmates Six Year's Experience in Bangkwang Central Prison. Thai AIDS Journal. 2018; 30(3): 129-46. (in Thai)
11. Pakornkit Phruksaudomchai, Chatnarin Mateekul, Kanvee Viwatpanich. Experience of Self-Disclosure of HIV-Positive Status to Family Member, Qualitative Research. Thai AIDS Journal. 2018; 30(3): 129-46. (in Thai)
12. Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Infection, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for initiating antiretroviral drugs at all CD4 levels in 2014. Bangkok: Agricultural Co-Operative Federation of Thailand Ltd; 2014. p.96 (in Thai)
13. Thidaporn Jirawattanapisal. Antiretroviral Treatment Service Delivery and Roles of Human Resource for Health in Different Levels of Care. Thai AIDS Journal. 2017; 29(1): 1-9. (in Thai)