



การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ภายหลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี

ศันสนีย์ สมิติเกษตริน*, สุธิดา วรโชติชนัน*,
ชญากา ไตรวิชญ์สกุล*, วาสนา นิมวรพันธุ์*,
กฤตยา โยธาประเสริฐ*, จิตรา อ่อนน้อม*

Abstract

Antiretroviral Care and Treatment Service for PLWHA under National Health Security Program, Thailand for 2 Years

Sunsanee Smitakestrin M.Sc.*, Suthida Worachotthanan M.Sc.*, Chayapa Trivichhakun M.A.*,
Wasna Nimvorapan M.A.*, Kittaya Yothaprasert M.A.*, Chitra Onnom B.Sc.*

*Bureau of AIDS, TB & STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

This research was to investigate anti-retroviral (ARV) care and treatment of people living with HIV/AIDS (PLWHA) after being integrated into national health security program for 2 years on health care providers' perspectives including accessibility to ARV, care and treatment, laboratory investigation, counseling on ARV, data recording and reporting system, referral system and follow-up.

Participants comprised of physicians, nurses, pharmacists, counselors, laboratory technicians, data recording personnel and HIV/AIDS coordinators of 44 public hospitals of Ministry of Public Health and provincial health offices in 4 provinces participating in ARV project. Selected provinces were Petchaboon, Surin, Supanburi and Suratthani. They were selected based on number of patients and hospital size. In addition, 4 hospitals were randomly selected for collecting qualitative data. Quantitative data were collected using self-administered questionnaire and qualitative data by in-depth interview using interview guideline. Descriptive statistic was applied and described as percent. Content analysis was performed for qualitative data.

Result. Of 44 health care facilities, majority was community hospital (87.5%) and had ARV clinic (92.5%) opened twice a month. There were 50 clients on average in each time. Health care providers were multi-disciplinary including physician, nurse, pharmacist, counselor, laboratory technician, data recording personnel and HIV/AIDS coordinator. Majority of coordinators was nurse who was in-charge of management as well as counseling, recording and referring case. Majority was female except physician which three of four were male. There was one personnel in each professional

* สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

except counselors that there were 2. All health care providers shared task on health education to HIV/AIDS patient. Besides, some also provided counseling service. More than half had confidence at fair level to perform counseling which was corresponding with around half having 1-5 years experiences on HIV/AIDS service. Regarding training, HIV/AIDS coordinators and counselors mostly attended training course during 2008-2009. Meanwhile, only one-third of laboratory technicians were trained.

Ninety percents of health care facilities had ARV adherence assessment systematically. Pill count (72.5%) was mostly used followed by interview (60%). Follow-up cases were either by health care provider team (77.5%) or HIV peer group (67.5%) or both. For laboratory investigation, majority (80%) sent the specimens to other health care facilities.

Ninety percent of health care facilities had established HIV peer group or holistic care center. Of the total health care facilities, 85% had HIV peer group or holistic care center participating in providing services. Counseling (65%) was major role of the HIV peer group or holistic care center. For referring, 57.5% of health care facilities referred cases according to types of health care insurance followed by side effects (37.5%) and changing drug formula (35%). For service coverage, the least service coverage was anti-HIV test (67.5%) whereas the highest was CBC and SGPT test (97.5%).

Comparing outcome of ARV care and treatment before and after integrated into national health security program, positive sides were reported on quality of service according to guideline and management in particular service coverage and policy and budgeting support. In addition, there were 106 ARV clients on average in each health care facility with little changes on numbers of new HIV/AIDS patients, whereas numbers of ARV clients were increased. Trend on increased drug resistant cases was also observed.

Regarding health care providers' perspective, they agreed to integrate ARV into national health security program even though there were increased registered HIV/AIDS patients. Majority of them were pleased to provide services. Subsequently, work loads of all professionals were reportedly increased in particular HIV/AIDS coordinator. Improvements were reported on systematic consultation of specialist and replacing NAPHA recording program with national AIDS program (NAP). However, both NAPHA program and NAP program were run in some health care facilities as the former was still very helpful for appointment and follow-up cases.

In conclusion, majority of the health care providers agreed that ARV care and treatment should be integrated into national health security program in addition to observe that there were changes of management system as well as services operated according to guideline increasingly. However, the most important consequence was increased ARV clients which resulted in increased work load, in particular, data recording. It is suggested that data recording program and data utilization at local and national level should be improved.

Key words : National Health Security, ARV Care and Treatment
Thai AIDS J 2011/2012; 24 : 9-22

บทคัดย่อ

ที่มา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสหลังเข้ารับบริการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี ในส่วนของผู้ให้บริการตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเข้าถึงยาต้านไวรัส การดูแลรักษาผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาต้านไวรัส ข้อมูลผู้ป่วยและระบบรายงาน การส่งต่อ และการติดตามการรักษา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ดูแล/บันทึกข้อมูล และผู้ประสานงานเอดส์ของโรงพยาบาลรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 44 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการให้บริการยาต้านไวรัส ใน 4 จังหวัดที่เป็นตัวแทนภาคละหนึ่งจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดสุราษฎร์ธานี และจับสลากเลือกโรงพยาบาล 4 แห่ง จาก 4 ภาคเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามชนิดกรอกข้อมูลด้วยตนเอง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม นำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา



ผลการวิจัย จากข้อมูลโรงพยาบาลจำนวน 44 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 87.5) มีโครงสร้างการบริการยาต้านไวรัสในรูปแบบคลินิกเฉพาะร้อยละ 92.5 โดยเปิดให้บริการจำนวน 2 ครั้งต่อเดือน มีจำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยครั้งละ 50 คน ผู้ให้บริการเป็นบุคลากรสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัช ผู้ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและผู้ประสานงานเอดส์ ผู้ประสานงานเอดส์ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลนอกจากทำหน้าที่ด้านบริหารจัดการแล้วยังทำหน้าที่ให้คำปรึกษา บันทึกข้อมูลรวมถึงประสานส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ยกเว้นแพทย์ที่สามในสี่เป็นเพศชาย สถานพยาบาลส่วนใหญ่มีผู้รับผิดชอบงานเอดส์แต่ละวิชาชีพเฉลี่ย 1 คน ยกเว้นผู้ให้คำปรึกษาที่มีจำนวนเฉลี่ย 2 คน บทบาทร่วมของสหวิชาชีพ คือ การให้คำแนะนำและความรู้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้ บุคลากรบางส่วนต้องให้คำปรึกษาด้วย โดยกว่าครึ่งหนึ่งมีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์การทำงานที่บุคลากรประมาณครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี ในส่วนของการเข้าอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ พบว่า ผู้ประสานงาน ผู้ให้คำปรึกษาได้รับการอบรมในรอบปี 2551-2552 มากที่สุด ส่วนเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการนั้นได้รับการอบรมฯ เพียงประมาณหนึ่งในสาม

ด้านการประเมินการกักกันยาต้านไวรัส สถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีการประเมินการกักกันยาต้านไวรัส อย่างเป็นระบบ โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการนับเม็ดยา (ร้อยละ 72.5) รองลงมาเป็นการใช้แบบสัมภาษณ์ (ร้อยละ 60) ส่วนการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มาตามนัด มีทั้งโดยทีมโรงพยาบาล (ร้อยละ 77.5) และกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 67.5) โดยบางส่วนเป็นการติดตามร่วมกัน ด้านการบริการทางห้องปฏิบัติการนั้น สถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ส่งตัวอย่างไปรับการตรวจวิเคราะห์ที่หน่วยงานอื่น ส่วนรูปแบบการสนับสนุนบริการ พบว่า สถานพยาบาลร้อยละ 90 มีการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือศูนย์องค์รวม โดยร้อยละ 85 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือศูนย์องค์รวมมีส่วนร่วมในการให้บริการ ทั้งนี้ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือศูนย์องค์รวมมีบทบาทหลัก คือ การให้คำปรึกษา (ร้อยละ 65) ในส่วนการส่งต่อผู้ป่วย สถานพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสตามสิทธิการรักษาสูงสุด (ร้อยละ 57.5) รองลงมาเป็นการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียง (ร้อยละ 37.5) และเปลี่ยนสูตรยา (ร้อยละ 35) โดยจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเฉลี่ย 1 คน ความครอบคลุมการให้บริการยาต้านไวรัส พบว่า บริการที่มีความครอบคลุมน้อยที่สุด (ร้อยละ 67.5) คือ การตรวจ anti-HIV ทุกราย ในขณะที่สถานพยาบาลร้อยละ 97.5 ให้บริการตรวจ CBC และ SGPT ทุกราย

ผลการให้บริการยาต้านไวรัสเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีผลในเชิงบวกด้านคุณภาพการให้บริการตามแนวทางการรักษาและด้านบริหารจัดการ โดยเฉพาะความครอบคลุมการให้บริการ การสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณ ในด้านสถานการณ์โรคเอดส์ พบว่า สถานบริการส่วนใหญ่มีผู้รับบริการยาต้านไวรัสสะสมเฉลี่ย 106 คน โดยอัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ของสถานบริการส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง แต่พบอัตราผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่ม นอกจากนี้ มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีการติดยา ด้านความคิดเห็นของบุคลากร พบว่า เห็นด้วยกับการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของบริการยาต้านไวรัส แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่บุคลากรส่วนใหญ่มีความยินดีให้บริการผู้ป่วย (ในระดับมากถึงปานกลาง) สำหรับภาระการให้บริการ (work load) พบว่า เพิ่มขึ้นในทุกสายวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ประสานงานเอดส์ สำหรับสิ่งที่ได้รับการปรับปรุงพัฒนา ได้แก่ การกำหนดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ การใช้โปรแกรม National AIDS Program (NAP) ในการบันทึกข้อมูลแทนโปรแกรม NAPHA เดิม ซึ่งบางพื้นที่ยังใช้ทั้ง 2 โปรแกรม เนื่องจากเห็นว่า โปรแกรมเดิมนั้นมีประโยชน์ในการนัดและติดตามคนไข้

สรุป บุคลากรส่วนใหญ่เห็นสอดคล้องกันว่า การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ควรเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเห็นการเปลี่ยนแปลงของระบบบริหารจัดการ อีกทั้งทำให้การบริการเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่สำคัญคือ จำนวนผู้รับบริการยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการบันทึกข้อมูล ข้อเสนอแนะ ควรมีการแก้ไขวิธีการบันทึกข้อมูลที่ยังเป็นปัญหา การใช้ประโยชน์จากข้อมูลและรายงานให้มากที่สุดทั้งส่วนกลางและพื้นที่

คำสำคัญ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์

วารสารโรคเอดส์ 2554/2555; 24 : 9-22

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยคาดว่าในปีพ.ศ.2553 จะมีการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยประมาณ 1,138,020 ราย⁽¹⁾ ปัจจุบันแนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่จะเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่มีอาการที่ต้องการการดูแลรักษา ยังคงมีปริมาณมากขึ้นทุกปี คาดว่าในปี พ.ศ.2553 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่จำนวน 499,324 ราย⁽¹⁾ และประมาณ 257,493 ราย⁽²⁾ เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น ปัญหาด้านสุขภาพร่างกายเจ็บป่วยทำให้ทำงานไม่ได้ ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาการสูญเสียแรงงานที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ รวมทั้งปัญหาอื่นๆที่ตามมา เช่น ปัญหาเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเป็นต้น จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาระยะยาวในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันวิทยาการการรักษาได้ก้าวหน้าขึ้นมาก ได้มีการคิดค้นผลิตภัณฑ์ยาเอดส์ ซึ่งได้ช่วยชะลอชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบกับในปี พ.ศ.2543 รัฐบาลปัจจุบันได้ปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะในเรื่องการมีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วย ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รัฐบาลได้ประกาศนโยบายที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อด้วยยาป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอันเนื่องมาจากโรคเอดส์และยาต้านไวรัส โดยให้อยู่ในประเภทและขอบเขตบริการ

สาธารณสุขชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยที่ได้เข้าระบบโดยสมบูรณ์ตั้งแต่วันที่ 2 เมษายน 2550 ซึ่งได้ดำเนินการให้บริการมาเป็นระยะเวลาพอสมควร

และจากรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการนี้ สะสมมาจนถึงปัจจุบันในเดือนสิงหาคม 2552 มีจำนวน 168,231 คน ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยา ณ ปัจจุบัน มีจำนวน 134,644 คน และผู้ป่วยรายใหม่ในเดือนสิงหาคม 2552 มีจำนวน 3,077 คน⁽³⁾ โดยใช้งบประมาณ (สปสช.) ในปี 2552 ในการให้บริการ (ค่ายาต้านไวรัสและอื่นๆ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา) จำนวน 2,895.6 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาระบบบริการ จำนวน 88.1 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 2,983.8 ล้านบาท⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องติดตามผลการให้บริการฯ หลังเข้ารับระบบประกันสุขภาพ โดยที่สมควรจะพิจารณาถึงคุณภาพการให้บริการ ปัญหา อุปสรรค ความไม่สะดวกในการให้บริการ จึงดำเนินการศึกษาการให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายหลังเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี ซึ่งเป็นการศึกษาประเด็นด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้การปรึกษาเกี่ยวกับยาต้านไวรัส (การรับยา/เริ่มยา) การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส การเข้าถึงยา การให้การปรึกษาเพื่อติดตามการกินยา (รวมทั้งการประเมินการกินยา การเยี่ยมบ้าน) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเก็บข้อมูลผู้ป่วยและระบบรายงาน การส่งต่อ การติดตามผลการรักษา เพื่อนำข้อคิดเห็นต่างๆ เกี่ยวกับการให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส มาปรับปรุงระบบบริการดูแล รักษาฯ และนำเสนอผู้บริหาร เป็นแนวทาง



กำหนดนโยบาย รวมทั้งเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาต้านไวรัสได้รับทราบปัญหาในการให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการจัดบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในด้านต่างๆ หลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี

2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสหลังเข้าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาบุคลากรผู้ให้บริการด้านการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดูแลด้านการประสานงานในด้านเอดส์กับโรงพยาบาลและผู้ดูแลข้อมูล รายงานด้านเอดส์โดยกำหนด ดังนี้

1. โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าโครงการการให้บริการยาต้านไวรัสทุกระดับ ทุกโรง ใน 4 จังหวัด จาก 4 ภาค ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ สุรินทร์ สุพรรณบุรี และสุราษฎร์ธานี สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยจะเก็บข้อมูลจากบุคลากร 6 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ประสานงาน ผู้ให้คำปรึกษา 2. แพทย์ 3. เภสัชกร 4. พยาบาล 5. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 6. ผู้ดูแลข้อมูล จัดทำรายงาน รวม 282 ราย

ส่วนข้อมูลเชิงลึกจะเลือก 1 โรงพยาบาลจากแต่ละภาค ให้มีโรงพยาบาลทุกระดับ รวมเป็น 4 โรงพยาบาล รวม 40 ราย

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 แห่ง จาก 4 จังหวัดข้างต้น (เก็บข้อมูลเฉพาะเชิง

คุณภาพ)

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ให้บริการด้านการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานเอดส์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยที่กำหนดคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่จะลงไปเก็บข้อมูล โดยเลือกผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

– จากโรงพยาบาล แยกเป็นบุคลากร 9 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ประสานงานเอดส์ ผู้ให้คำปรึกษา 2. แพทย์ 3. เภสัชกร 4. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 5. พยาบาล 6. ผู้ดูแลข้อมูล จัดทำรายงาน 7. พี่เลี้ยงชมรมผู้ติดเชื้อ (ส่วนใหญ่เป็นคนเดียวกับผู้ประสานงานในโรงพยาบาลชุมชน) 8. ผู้บริหาร (ผอ.รพ.) 9. อาสาสมัครจากกลุ่มผู้ติดเชื้อ และเจ้าหน้าที่ NGO ที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลโรงพยาบาลละ 8-9 ราย รวม 32 ราย

– จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ ผู้ประสานงานเอดส์ ผู้ดูแลข้อมูล รายงาน รวม 8 ราย รวมทั้งสิ้น 40 ราย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น

1. แบบสอบถามข้อมูลการจัดบริการของบุคลากรสาธารณสุข 6 ชุด
2. แนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. จัดทำโครงร่างการวิจัย ค้นหนังสืออ้างอิงทฤษฎี/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอขออนุมัติกรมควบคุมโรคเพื่อดำเนินการโครงการ และเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรคด้วย เพื่อพิจารณาในแง่จริยธรรมการวิจัย

2. ประชุมผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ นักวิจัย

เพื่อพิจารณาประเด็นการศึกษา กำหนดกรอบ รายละเอียดตัวแปรที่ใช้ในแบบสอบถามข้อมูลการให้บริการด้านการดูแลผู้ป่วย 6 ชุด สำหรับแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ดูแล/บันทึกข้อมูล รวมทั้งผู้ประสานยาต้านไวรัส ได้แบบสอบถาม 6 ชุดสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และกำหนดประเด็นแนวคำถามเชิงลึกสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แก่ไขโครร่างวิจัยก่อนนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมควบคุมโรค

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามข้อมูลการให้บริการด้านการดูแล รักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส โดยที่จะถามเกี่ยวกับการให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ต่างๆ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ประกอบการอธิบายประเด็นต่างๆ โดยใช้แนวคำถามเชิงลึก และเนื่องจากเครื่องมือที่จะใช้วัดเป็นหัวใจของการวิจัยจึงขออนุมัติจัดจ้างผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวคำถามเชิงลึกสำหรับสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม นำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม นำมาปรับ แก้ไข

3. เลือกจังหวัดที่จะเก็บข้อมูล 4 จังหวัด จาก 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ โดยกำหนดลักษณะ/เกณฑ์การเลือก ดังนี้ เป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยเอดส์มาก/ เป็นจังหวัดที่ไม่ถูกเลือกในการศึกษามากแล้ว/เป็นจังหวัดที่มี รพ.หลายขนาดหลากหลาย เช่น มีรพช.ก็มีทั้ง 30, 60 และ 90 เตียง/ให้มีจังหวัดที่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ศูนย์องค์รวม และ NGO เข้าไปเสริมในการดำเนินงาน/ไม่เป็นจังหวัดที่สมบูรณ์พร้อม เผชิญรับสถานการณ์มาแล้วทุกรูปแบบ/ยึดหยุ่นตัวสูง เช่น เชียงราย ราชบุรี ซึ่งได้จังหวัด

เพชรบูรณ์ สุพรรณบุรี สุรินทร์ และสุราษฎร์ธานี นำแบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จาก บุคลากร 6 ด้านทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับใน 4 จังหวัด การเลือกจังหวัดที่ศึกษา 4 จังหวัดจะเป็นตัวแทนของ 4 ภาค ในแง่วัฒนธรรม ธรรมชาติการทำงาน (nature) ของคนแต่ละภาค จะดูในภาพรวมของประเทศ และในแต่ละจังหวัดจะเก็บข้อมูลทุกโรงพยาบาลทุกขนาดในจังหวัดนั้น เก็บข้อมูลเป็น unit ของหน่วยงาน จะทำให้เห็นภาพได้ชัดเจน และดีกว่าแต่จะไม่เอามาเปรียบเทียบในแต่ละภาค

4. สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ สุ่มจังหวัด โดยจับสลากเลือกโรงพยาบาลจาก 4 จังหวัดข้างต้น โดยให้ได้รพ.ทุกระดับ จำนวน 4 รพ. ซึ่งได้ 1. รพ.เจ้าพระยาอภัยมัย จ.สุพรรณบุรี (รพศ.) 2. รพ.เพชรบูรณ์ (รพ.ท) 3. รพ.สังขะ (รพช.60) 4. รพ.ดอนสัก จ.สุราษฎร์ธานี (รพช.30) โดยเมื่อได้รายชื่อ รพ. 4 แห่งแล้ว ได้ประสานกับผู้ประสานงานด้านเอดส์ ทั้ง 2 จุดที่ดูแลเรื่องยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลและงานเอดส์ของจังหวัด ขออนุญาตเข้าศึกษาและเก็บข้อมูล ขอความช่วยเหลือให้ประสานกับคนที่จะให้สัมภาษณ์

5. ประชุมทีมเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ชี้แจงการเก็บข้อมูล ทบทวนตามแนวคำถาม ออกเก็บข้อมูล อนึ่ง เพื่อให้การสัมภาษณ์ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง น่าเชื่อถือ ทางทีมวิจัยจะจัดให้มีการอบรมทีมงานสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจในตัวเครื่องมือ และมิตักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึก ทักษะการสังเกต การบันทึกข้อมูล ก่อนที่จะลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลจริง ใช้แนวคำถามเชิงลึกเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ บุคลากร 6 ด้านทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาล 4 แห่งใน 4 จังหวัด และบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



6. นำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ แผลผลข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาแยก จัดกลุ่มเป็นประเด็นๆ อภิปรายร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ อภิปรายเป็นประเด็น สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโดยแบบสอบถามจะวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ความแปรปรวน ความถี่ ร้อยละ จำแนกตามตัวแปรทุกตัว

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ รวมทั้งการสังเกต จะนำมาจำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ประเภท โดยใช้เกณฑ์บางอย่างตามคุณลักษณะที่ข้อมูลนั้นมีอยู่ร่วมกันเป็นตัวจำแนก การจำแนกชนิดในเหตุการณ์ เช่น การใช้สิทธิการรักษา การเข้าโครงการ/การรับยาตามเกณฑ์ที่กำหนด การให้บริการตามสายวิชาชีพ การจัดกิจกรรม บทบาทกลุ่มผู้ติดเชื้อในแต่ละรพ.การเปรียบเทียบข้อมูลเช่น ลักษณะการจัดบริการ บทบาทหน้าที่ของบุคลากรในแต่ละสายวิชาชีพในรพ.ระดับต่างๆ วิเคราะห์ส่วนประกอบ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษา

จากการสำรวจโดยการส่งแบบสอบถาม 6 ชุดสำหรับบุคลากร 6 สายวิชาชีพไปที่โรงพยาบาลทุกระดับใน 4 จังหวัด รวม 55 แห่ง ได้รับแบบสอบถามกลับมาจาก 44 โรงพยาบาล จากบุคลากร 282 คนเป็นผู้ให้คำปรึกษามากที่สุด 74 คน (ร้อยละ 26.2) ส่วนวิชาชีพอื่น มีจำนวนกลุ่มละ 40-44 คน พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 87.5) มีโครงสร้างการดำเนินงานบริการยาต้านไวรัสในรูปแบบคลินิก

ตารางที่ 1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างบุคลากร จำแนกตามวิชาชีพ และบทบาทหน้าที่

วิชาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์	43	15.2
เภสัชกร	44	15.6
ผู้ประสานงานเอดส์	40	14.2
ผู้ให้คำปรึกษา	74	26.2
บุคลากรห้องปฏิบัติการ	41	14.5
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	40	14.2
รวม	282	100

เฉพาะ (ร้อยละ 92.5) จำนวนครั้งการให้บริการเท่ากับ 2 ครั้งต่อเดือน มีผู้ป่วยรับบริการเฉลี่ยครั้งละ 50 คน โดยบุคลากรสหวิชาชีพ (ดังตารางที่ 1) ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัช ผู้ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและผู้ประสานงานเอดส์ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบด้านการจัดการ ทั้งนี้ สถานบริการหลายแห่งผู้ประสานงานซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาล จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ร่วมด้วยนอกเหนือจากการประสานส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ยกเว้นแพทย์ที่สามในสี่เป็นเพศชาย สถานพยาบาลส่วนใหญ่จะมีผู้รับผิดชอบงานเอดส์แต่ละวิชาชีพเฉลี่ย 1 คน ยกเว้นผู้ให้คำปรึกษาที่มีจำนวนเฉลี่ย 2 คนต่อสถานพยาบาล บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นพยาบาลและผู้ให้คำปรึกษามีจำนวนมากกว่าวิชาชีพอื่น บทบาทที่เป็นบทบาทร่วมของสหวิชาชีพ คือ การให้คำแนะนำและความรู้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ บางส่วนต้องให้คำปรึกษาด้วย โดยกว่าครึ่งหนึ่งมีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาในระดับปานกลาง สอดคล้องกับประสบการณ์การทำงานที่

บุคลากรประมาณครึ่งหนึ่งที่มีประสบการณ์ทำงานระยะ 1-5 ปี อย่างไรก็ตามประมาณหนึ่งในสิบของบุคลากรมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ในส่วนของการอบรมพบว่า ผู้ประสานงาน ผู้ให้คำปรึกษาได้รับการอบรมฯ ในรอบปี 2551-2552 ที่ผ่านมามากที่สุด ส่วนเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการนั้นได้รับ

การอบรมฯ เพียงประมาณหนึ่งในสามเท่านั้น

สถานบริการกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็น

โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 87.5) มีขนาด 10-30 เตียง (ร้อยละ 37.5) และ 60-90 เตียง (ร้อยละ 40) มีฐานจำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสสะสมเฉลี่ยมีจำนวน 106 รายต่อแห่ง (ดังตารางที่ 2) และมี

ตารางที่ 2. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการยาต้านไวรัส

	มัธยฐาน	Q1-Q3 (min-max)
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV สะสม	106	60-192
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV ปี 2550	50	13-114
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV ปี 2551	74	19-135
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV ปี 2552 (จนถึงปัจจุบัน)	73	13-155
จำนวนผู้รับยา ARV รายใหม่ ปี 2550	18	5.7-39.8
จำนวนผู้รับยา ARV รายใหม่ ปี 2551	18	9-37
จำนวนผู้รับยา ARV รายใหม่ ปี 2552 (จนถึงปัจจุบัน)	8	4-24
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV และต้องถอนตัวออก (ตาย/แพ้ยา) ปี 2550	2	0-6
จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัส และต้องถอนตัวออก (ตาย/แพ้ยา) ปี 2551	3	1-7
จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัส และต้องถอนตัวออก (ตาย/แพ้ยา) ปี 2552 (จนถึงปัจจุบัน)	1	0-3
จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสที่ต้อยาและต้องเปลี่ยนสูตรยา ปี 2550	0	0-2
จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสที่ต้อยาและต้องเปลี่ยนสูตรยา ปี 2551	1.5	0-4
จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสที่ต้อยาและต้องเปลี่ยนสูตรยา ปี 2552	1	0-2
จำนวนผู้ป่วยถึงเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสตามแนวทางฯ แต่ไม่ได้รับยา	0	0-2
การครองเตียงของผู้ป่วยเอดส์ (คนต่อเดือน)	1	0-2
ระยะเวลาการรักษา (วัน)	6	0-14
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสตามสิทธิ	67	21-141
พรบ.หลักประกันสุขภาพ (ข้อมูลปี 2552)		(0-386)
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสตาม	1	0-2
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (ข้อมูลปี 2552)		(0-52)
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสตามสิทธิพรบ.	0	0-8
ประกันสังคม (ข้อมูลปี 2552)		(0-174)
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสตามสิทธิอื่นๆ	0	0-1
		(0-8)



แนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2550 มีมีฐานจำนวนผู้ป่วยรับยาต้านเฉลี่ย 50 คน ส่วนปี 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 74 คน และปี 2552 (นับถึงปัจจุบัน) เป็น 73 ราย ทั้งนี้ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับบริการยาต้านไวรัส ปี 2550, 2551 เฉลี่ย จำนวน 18 รายต่อแห่ง โดยในปี 2552 มีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสรายใหม่ 8 ราย (นับถึงปัจจุบัน) มีมีฐานผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสต้องหยุดยาปี 2550-2552 อยู่ในช่วง 1-3 ราย และผู้ป่วยต้องยาต้องเปลี่ยนสูตรยา ช่วง 0-1.5 คน ด้านสิทธิในการรักษา ผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสในสิทธิหลักประกันสุขภาพ มีจำนวนมากที่สุด โดยมีมีฐานเท่ากับ 67 คน โดยมีผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและสิทธิราชการจำนวนน้อย อย่างไรก็ตามพบว่า จำนวนผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม มีการกระจายตัวค่อนข้างสูง (0 -174 ราย) ซึ่งเป็นไปตามการลงทะเบียนเลือกใช้สิทธิตามความสมัครใจ

ด้านการประเมินการกินยาต้านไวรัส สถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีการประเมินการกินยาต้านไวรัส อย่างเป็นระบบ โดยส่วนใหญ่ใช้วิธี

การนับเม็ดยา (ร้อยละ 72.5) รองลงมาเป็นการใช้แบบสัมภาษณ์ (ร้อยละ 60) ส่วนการติดตามการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มาตามนัด มีทั้งโดยทีมโรงพยาบาล (ร้อยละ 77.5) และกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 67.5) โดยมีบางส่วนเป็นการติดตามร่วมกัน ในด้านการบริการทางห้องปฏิบัติการสถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80, 87.5) ส่งตัวอย่างไปรับการตรวจวิเคราะห์ที่หน่วยงานอื่นส่วนใหญ่ มีการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือศูนย์องค์รวม (ร้อยละ 90) และมีส่วนร่วมในการให้บริการ (ร้อยละ 85) โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานในรูปกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 77.8) โดยมีบทบาทหน้าที่หลัก คือ การให้คำปรึกษา (ร้อยละ 65) ในส่วนการส่งต่อผู้ป่วย สถานพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยาต้านไวรัสตามสิทธิการรักษาสูงสุด (ร้อยละ 57.5) รองลงมาเป็นการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียง (ร้อยละ 37.5) และเปลี่ยนสูตรยา (ร้อยละ 35) โดยจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อเฉลี่ย 1 คน (ตารางที่ 3) ความครอบคลุมการให้บริการยาต้าน

ตารางที่ 3. ข้อมูลการจัดบริการยาต้านไวรัส

	โรงพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
รพ. ที่ให้บริการเป็นคลินิกเฉพาะ	37	92.5
ความถี่การให้บริการคลินิกเฉพาะ(ครั้งต่อเดือน)	2	1-4
จำนวนผู้ป่วยรับบริการในแต่ละครั้ง	50	26-70
จำนวน รพ. ที่มีระบบการประเมินการกินยาต้านไวรัส	36	90
จำนวน รพ. ที่ใช้วิธีการประเมินการกินยาต้านไวรัส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
⊕ นับเม็ดยา	29	72.5
⊕ Visual Analog Scale (VAS)	9	22.5
⊕ ตารางการกินยา	9	22.5
⊕ แบบสัมภาษณ์	24	60
⊕ สมุดบันทึกการกินยา	19	47.5

ตารางที่ 3. (ต่อ)

	โรงพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
จำนวน รพ.ที่มีระบบการติดตามผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อที่ไม่มาตามนัด (ติดตามการรักษา follow up) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
⊕ ไม่มี	1	2.5
⊕ มี โดยทีมโรงพยาบาล	31	77.5
⊕ มี โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อ	27	67.5
⊕ อื่นๆ	7	17.5
การดำเนินงานด้านการตรวจรักษาผู้ป่วยเอดส์ภายในโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
⊕ เก็บตัวอย่างเลือดย้อนและตรวจหาระดับภูมิต้านทาน CD4 รายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ	5	12.5
⊕ เก็บตัวอย่างเลือดย้อนและตรวจหา viral load, drug resistance รายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ	1	2.5
⊕ เก็บตัวอย่างเลือดหรือย้อนส่งตรวจ CD4 โดยประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	35	87.5
⊕ เก็บตัวอย่างเลือดหรือย้อนส่งตรวจ viral load, drug resistance โดยประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	32	80
รพ.ที่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือศูนย์องค์รวม	36	90
จำนวน รพ.ดำเนินงานเอดส์แบบ		
⊕ ศูนย์องค์รวม	8	22.2
⊕ กลุ่มผู้ติดเชื้อ	28	77.8
จำนวนรพ.ที่มีสมาชิกศูนย์องค์รวมหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์		
⊕ 4-50 คน	10	34.5
⊕ 51-100 คน	10	34.5
⊕ 101-500 คน	9	31
จำนวน รพ. ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมให้บริการของโรงพยาบาล	34	85
จำนวน รพ.จำแนกตามบริการที่ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วม		
⊕ การจัดกลุ่มให้การปรึกษา	26	65
⊕ การให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล	4	10
⊕ การเยี่ยมบ้าน	6	15
⊕ การส่งเสริมอาชีพ	1	2.5
⊕ เป็นวิทยากรให้ความรู้	1	2.5
⊕ อื่นๆ	1	2.5



ตารางที่ 3. (ต่อ)

	โรงพยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
จำนวน รพ. ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมช่วยในการทำงานให้บริการดูแลด้าน ARV รักษาผู้ป่วยผู้ติดเชื้อ จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม		
⊕ มาก	18	45
⊕ ปานกลาง	15	37.5
⊕ น้อย	6	15
⊕ ไม่เลย	1	2.5
จำนวน รพ. ที่มีการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยเพื่อเปลี่ยนสูตรยาในรอบ 6 เดือน	14	35
จำนวน รพ. ที่มีการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาเพื่อช่วยรักษาในรอบ 6 เดือน	15	37.5
จำนวน รพ. ที่มีการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยเพื่อรับบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาต้านไวรัสในรอบ 6 เดือน	6	15
จำนวน รพ. ที่มีการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยเพื่อรับบริการยาต้านไวรัสตามสิทธิบัตรในรอบ 6 เดือน	23	57.5
จำนวน รพ. ที่มีการส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการอื่นๆในรอบ 6 เดือน	4	10
จำนวน รพ. ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเปลี่ยนสูตรยาในรอบ 6 เดือน	5	12.5
จำนวน รพ. ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาเพื่อช่วยรักษาในรอบ 6 เดือน	5	12.5
จำนวน รพ. ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาต้านไวรัสในรอบ 6 เดือน	6	15
จำนวน รพ. ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการยาต้านไวรัสตามสิทธิบัตรในรอบ 6 เดือน	24	60
จำนวน รพ. ที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการอื่นๆ ในรอบ 6 เดือน	4	10

ไวรัส พบว่าที่มีความครอบคลุมน้อยที่สุด (ร้อยละ 67.5) คือการตรวจ anti-HIV ทุกราย ในขณะที่สถานพยาบาลเกือบทุกแห่งมีความครอบคลุมการให้บริการตรวจ CBC และ SGPT ทุกราย (ร้อยละ 97.5)

การเปลี่ยนแปลงการให้บริการยาต้าน

ไวรัสที่เกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ พบว่ามีผลในเชิงบวกทั้งด้านคุณภาพและการให้บริการตามแนวทางการรักษา ในขณะที่ปัญหาเรื่องการให้บริการยาต้านไวรัสไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ผลการเปลี่ยนแปลงด้านบริหารจัดการก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกัน

ตารางที่ 4. การเปลี่ยนแปลงหลังการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในระบบหลักประกันสุขภาพ

	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)					
		เพิ่ม/บวก			ลดความรู้สึก/ลบ		
		มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
นโยบาย	10 (25)	15 (37.5)	13 (32.5)	0 (0)	1 (2.5)	4 (10)	3 (3.5)
โครงสร้างบริหาร	9 (22.51)	8 (20)	16 (40)	1 (2.5)	1 (2.5)	5 (12.5)	5 (12.5)
บุคลากร	13 (32.5)	4 (10)	2 (12)	3 (12.5)	2 (5)	4 (10)	6 (15)
สถานที่	13 (32.5)	1 (2.5)	15 (37.5)	3 (12.5)	3 (7.5)	2 (5)	5 (12.5)
งบประมาณ	3 (7.5)	15 (37.5)	20 (50)	1 (2.5)	4 (10)	2 (5)	0 (0)
ความรู้สึกผู้ให้บริการ	9 (22.5)	8 (20)	16.0 (40)	3 (7.5)	0 (0)	4 (10)	4 (10)
ความรู้สึกผู้รับบริการ	8 (20)	14 (35)	14 (35)	2 (5)	0 (0)	4 (10)	3 (7.5)
จำนวนผู้มารับบริการ	4 (10)	19 (47.5)	13 (32.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	3 (7.5)	4 (10)
ความครอบคลุมการให้บริการ	2 (5)	15 (37.5)	18 (45)	1 (2.5)	0 (0)	4 (10)	4 (10)
ขั้นตอนการให้บริการ	7 (17.5)	7 (17.5)	17 (42.5)	2 (5)	2 (5)	6 (15)	3 (7.5)

ตารางที่ 5. เปรียบเทียบสถานการณ์การรักษาผู้ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสหลังจากก่อนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

	จำนวน					
	ลดลง	ร้อยละ	เหมือนเดิม	ร้อยละ	เพิ่มขึ้น	ร้อยละ
จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา	15	37.5	16	40	0	0
จำนวนผู้ป่วย (รับยาARV)	6	15	7	17.5	24	60
ภาระการให้บริการ	2	5	9	22.5	28	70
การส่งตัวอย่างเลือด	15	37.5	13	32.5	9	22.5
น้ำยา วัสดุวิทยาศาสตร์ (เพียงพอ)	13	32.5	15	37.5	7	17.5
จำนวนบุคลากร	14	35	15	37.5	4	10



ตารางที่ 6. ความพึงพอใจ และความเข้าใจของผู้ประสานต่อการให้บริการฯ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	จำนวนคน (ร้อยละ)					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก	ไม่เลย
ความพึงพอใจต่อการให้บริการ ดูแลและรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยภาพรวม	4 (10)	19 (47.5)	16 (40)	1 (2.5)	0 (0)	0 (0)
ความเข้าใจระบบการให้บริการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	2 (5)	25 (62.5)	12 (30)	1 (2.5)	0 (0)	0 (0)

สุขภาพของบริการยาต้านไวรัส พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกต่อระบบบริการ โดยเฉพาะในประเด็นจำนวนผู้มารับบริการ ความครอบคลุมการให้บริการ นโยบาย งบประมาณ (ดังตารางที่ 4)

ผลการเปรียบเทียบสถานการณ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสก่อนและหลังการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ พบว่าจำนวนผู้ป่วย(รับยา) เพิ่มขึ้น (60%) ภาระการให้บริการ เพิ่มขึ้น (70%) (ตารางที่ 5) ความพึงพอใจและความเข้าใจของผู้ประสานต่อการให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 6)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเอดส์ รพ. ที่ผู้ป่วยถึงเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสตามแนวทางฯ แต่ไม่ได้รับยา ร้อยละ 47.5 จำนวน รพ. ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อมีข้อจำกัด ต้องปรับการทำงาน ร้อยละ 90 จำนวน รพ. ที่มีปัญหาการติดต่อประสานงานภายในทีมการรักษา ARV ในรอบเดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ตอบว่าการประสานงานมีปัญหาหลายๆ ครั้ง ร้อยละ 65 จำนวน รพ. ที่มีปัญหาการติดต่อประสานงานภายนอกในรอบเดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ตอบว่าการประสานงานมีปัญหาหลายๆ ครั้ง

ร้อยละ 55 จำนวน รพ. ที่บทบาทผู้ประสานงานฯ ต้องประสานหรือทำงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ติดเชื้อหรือเกี่ยวกับงานยา ARV ร้อยละ 82.5 จำนวน รพ. ที่มีปัญหาการประสานงาน หรือการสื่อสารกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในการปฏิบัติ งานด้านยา ARV ส่วนใหญ่ตอบว่าการประสานงานมีปัญหาหลายๆ ครั้ง ร้อยละ 42.5 ความลำบากใจหรือยุ่งยากในการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส มีบ้างบางครั้ง ร้อยละ 35 รองลงมา นานๆ ครั้ง ร้อยละ 30

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ในด้านสถานการณ์โรคเอดส์ สถานบริการส่วนใหญ่มีผู้รับบริการยาต้านไวรัสสะสมเฉลี่ย 106 คน โดยอัตราเพิ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยรายใหม่ของสถานบริการส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง แต่จะพบอัตราเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัส นอกจากนี้ยังมีรายงานแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีการดื้อยา ความคิดเห็นของบุคลากรเห็นด้วยกับการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของบริการยาต้านไวรัส แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นแต่บุคลากรส่วนใหญ่มีความยินดีที่จะให้บริการ

ผู้ป่วย (ในระดับมากถึงปานกลาง) ภาระในการให้บริการ (work load) พบในทุกสายวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ประสานงาน มีสิ่งที่ได้รับการปรับปรุงพัฒนา ได้แก่ การกำหนดตัวแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา (consult) ที่ทำอย่างเป็นระบบ การใช้โปรแกรม NAP ในการบันทึกข้อมูล แทนโปรแกรม NAPHA เดิม ซึ่งบางพื้นที่ยังใช้ทั้ง 2 โปรแกรม เนื่องจากเห็นว่า โปรแกรมเดิมยังมีประโยชน์ในการนัด และติดตามคนไข้

สรุป

บุคลากรส่วนใหญ่เห็นสอดคล้องกันว่า ควรเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ และเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับระบบด้านบริหารจัดการ อีกทั้งทำให้การบริการเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติมากขึ้นภายหลังจากการเข้าสู่ระบบบริการ อย่างไรก็ตาม บุคลากรส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า เกิดผลกระทบที่สำคัญ คือ การเพิ่มจำนวนผู้รับบริการยาต้านไวรัสเพิ่มภาระงาน ซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ระหว่างการปรับระบบงานเพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานบริการที่เพิ่มขึ้น ภาระด้านระบบบันทึกข้อมูลที่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการแก้ไขเรื่องการบริหารข้อมูลที่ยังเป็นปัญหาอยู่ การใช้ข้อมูล รายงานที่เป็นประโยชน์ให้มากที่สุดทั้งจากส่วนกลางและพื้นที่ด้วย และการแก้ปัญหาความเบื้อหนาย ท้อแท้ของบุคลากร เช่น การสร้างบรรยากาศในการทำงาน การเพิ่มบุคลากร การสับเปลี่ยนโยกย้ายหน้าที่ของบุคลากร และทำกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ขอขอบคุณทีมผู้ให้บริการในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกท่านจากโรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบูรณ์ สุรินทร์ สุพรรณบุรี สุราษฎร์ธานี บุคลากรจาก สสจ. ที่กรุณาให้สัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถาม และผู้บริหารฯ ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The Asian Epidemic Model(AEM). Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2005–2025, 2005.
2. สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคเอดส์ (เดือนสิงหาคม 2552), 2552.
3. สรุปผลโครงการการเข้าถึงบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ปีงบประมาณ 2549. (เอกสารอัดสำเนา)
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กองทุน HIV–AIDS, กองทุนบริการสุขภาพผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2552 . (Online). Available : http://budget51.nhso.go.th/Fund_52-UC_1_3.aspx . 2552.