

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกบริการ
ของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี
Model Development on elderly with HIV caring in HIV Clinic of community
hospitals, Ubon Ratchathani Province

พรรณธิดา มุลประดับ^{1*}, บุปผชาติ พวงจันทร์², พลอยไพลิน เทพาทีปกรณ¹, อภิัญญา จำปา¹
Pantida moolpadab^{1*}, Buppachat phungjan², Ploypailin tapateapakorn¹, Apinya jampa¹

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
โรงพยาบาลสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

¹The office of disease prevention and control region 10th Ubon Ratchathani province

²Somrong district hospital, Ubon Ratchathani province

*Correspondence: pantida93@gmail.com

Received: Nov 26, 2024 | Revised: Dec 12, 2024 | Accepted: Dec 13, 2024

บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกโรงพยาบาล เน้นการให้บริการรักษาตามมาตรฐาน การให้บริการของประเทศตามบริบทที่เหมาะสม การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการและต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลชุมชนในคลินิกบริการโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาครั้งนี้ เน้นนำเสนอเฉพาะขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ และการนำรูปแบบไปใช้เท่านั้น หน่วยในการศึกษาคือ คลินิกในโรงพยาบาลชุมชนสองแห่ง กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 12 คน กลุ่มอาสาสมัครเครือข่ายผู้ติดเชื้อและตัวแทนผู้ติดเชื้อ จำนวน 15 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ให้ออกผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จำนวน 43 คน แบ่งกระบวนการพัฒนาเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การพัฒนารูปแบบฯ และการนำรูปแบบไปให้บริการในคลินิกของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ กระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วมเพื่อร่วมพัฒนารูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา สถานการณ์ปัญหาพบว่าผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่ตรงตามเวลาทุกครั้ง ร้อยละ 16.3 ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.1 และได้รับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และการเยี่ยมบ้านในชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 0.46 ด้านการให้บริการในคลินิก พบว่า ผู้ติดเชื้อขาดการดูแลแบบองค์รวมในฐานะผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางพิเศษ และขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุมาช่วยวางแผนให้บริการในคลินิก นำมาสู่การพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการที่เหมาะสมจากคลินิกโรงพยาบาลชุมชน รูปแบบที่ได้คือ HCQ Model (Holistic Care, Continuous Care, and Quality of life) ประกอบด้วย การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของผู้สูงอายุ การดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน และการให้ความสำคัญกับ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างสมศักดิ์ศรี รูปแบบการให้บริการดังกล่าว เป็นภารกิจสำคัญของโรงพยาบาลในการให้บริการ โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ครอบคลุมทุกมิติ ในฐานะที่เป็นกลุ่มเปราะบางพิเศษ และนำไปประกาศเป็นนโยบายการให้บริการ ในคลินิกโรงพยาบาล เป้าหมายสองแห่งร่วมกัน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, เชื้อเอชไอวี, รูปแบบการดูแล

Abstract

The care of the elderly with HIV infection in hospital clinics emphasizes providing treatment services according to the national service guideline and hospital contexts appropriately. This action research aimed to develop an integrated and continuous care model for the elderly with HIV infection (EHIV) from the hospital to the community in the HIV clinic of the community hospital of Ubon Ratchathani Province. This study focused on presenting only two steps of model development and implementation. The study units were clinics in two community hospitals. The target groups for model development were 12 people, including nurses, pharmacists, and medical technicians; 15 people, including volunteers from the network of PHA (People Living with HIV) and representatives of EHIV and 43 EHIV who provided information on the problem situation analysis. The development process was divided into problem situation analysis, model development, and model implementation in PHA clinic of district hospital. The tools used included questionnaires, interview guides, group processes, and participation in brainstorming to develop the model. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results were found: the problem were 16.3% of elderly persons with HIV did not take their antiretroviral drugs on time, not being a member of the elderly club, 79.1 %, and found the lowest level of screening for the elderly's health in 9 aspects and home visits in the community, (mean= 0.46) In aspects of the service providing in the hospital clinics, it was found that the infected persons lacked holistic care as they were a particularly vulnerable elderly group, and there was a lack of geriatric specialists to create the services plan in the clinics. This led to the development of an integrated service model for HIV-infected elderly from hospital clinics to communities. The resulting model is the HCQ Model (Holistic Care, Continuous Care, and Quality of Life), which consists of holistic care covering all dimensions of the elderly, continuous care from the hospital to the community, and giving importance to the quality of life of the elderly until the end

of life with dignity. This service model is an important mission of the hospital in providing services. The goal is for the elderly to receive comprehensive services in all dimensions as a special vulnerable group. This has been announced as a service policy in the two target hospital clinics together.

Keywords: Elderly, HIV, Care model

บทนำ

โรคเอดส์ถูกพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2524 ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (CDC) คำจำกัดความสำหรับการเฝ้าระวังและเรียกกลุ่มอาการป่วยจากภูมิคุ้มกันบกพร่องนี้ว่า “เอดส์” (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ต่อมาได้มีการค้นพบเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์และกำหนดให้เรียกเชื้อไวรัสนี้ว่า “HIV” (Human Immunodeficiency Virus) โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดไปทั่วโลกจนกลายเป็นปัญหาระดับโลก เนื่องจากยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 33.4 ล้านคน โดยเป็นผู้ใหญ่ประมาณ 31.3 ล้านคน ผู้หญิงประมาณ 15.7 ล้านคน และเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.1 ล้านคน นอกจากนี้ยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 2.0 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 2.7 ล้านคน ทวีปที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ Sub-Saharan Africa โดยมีสัดส่วนผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากถึงร้อยละ 67 รวมถึงเด็กกำพร้ากว่า 14 ล้านคนในภูมิภาคนี้⁽²⁾

ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมกว่า 1.1 ล้านรายตั้งแต่เริ่มการระบาด โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์แล้ว 98,721 ราย⁽³⁾ แม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจะมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากการเข้าถึงยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ปัจจุบันยังคงมีความสำคัญในการดูแล

รักษาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลยังต้องศึกษาและพัฒนาระบบบริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการในโรงพยาบาลให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากรายงานผลการศึกษพบว่า อิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการมีชีวิตรอดของผู้ติดเชื้อ จากการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ก่อนเริ่มการรักษา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่สอดคล้องในการรับประทายาอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ การดูแลผู้สูงอายุและติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการบริการแบบองค์รวม การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อกันและกัน การวิจัยนี้จะเป็นการศึกษาแบบที่เหมาะสมในการบริการสุขภาพ การดูแลจนถึงที่บ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างสมศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ HIV การแพทย์แผนตะวันตกและระบบสุขภาพในปัจจุบันมีส่วนทำให้เกิดการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลหรือได้รับการรักษาถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมากที่สุดแล้วแต่พวกเขาก็ยังคงมีความรู้สึกที่ได้รับการรักษาเหมือนกับว่าเขาเป็นสัตว์หรือสิ่งของ ระบบบริการสุขภาพของสังคมไทยถูกครอบงำด้วยการแพทย์แผนตะวันตกที่มีลักษณะแยกส่วน คุณค่าของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลเพียงมิติทางกายภาพทำให้ขาดการดูแลในมิติอื่นๆ ของสุขภาพและขาดการเชื่อมโยงมิติทาง

จิตใจ จิตวิญญาณสุนทรียภาพ สังคมและความเป็นมนุษย์⁽⁵⁾ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยในโรงพยาบาล และติดตามการดูแลที่บ้าน โดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นหลักการ Quality of Life และดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติ การเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และป้องกันการแพร่ระบาดเพิ่มเติม ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ในปี 2573 ตามที่องค์การสหประชาชาติได้วางแผน และกำหนดเป้าหมายไว้ และยังมีผลงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ยืนยันว่าการดูแลแบบองค์รวมและการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ใช้บริการ

กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายการด้านการยุติปัญหาเอดส์สำหรับนำไปปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์คือการไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อติดเชื้อ การไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติ การลดการตายจากโรคเอดส์ สำหรับการปฏิบัติอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรมตามมาตรฐานและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากเริ่มก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งนำมาซึ่งความท้าทายใหม่ในด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุเหล่านี้มักเผชิญกับปัญหาสุขภาพซับซ้อน⁽⁶⁾ เช่น โรคเรื้อรัง และการจัดการกับการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องยังเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกและโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญในการให้บริการรักษาที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยให้การให้บริการในโรงพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและสร้างระบบบริการที่

มีความเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล อย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตอย่างมีคุณภาพและพึ่งพาตนเองได้แม้ในสภาพที่ร่างกายเสื่อมถอย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ในคลินิกบริการโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี แบบบูรณาการ และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ไปประกาศเป็นนโยบายปฏิบัติ ในคลินิกบริการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดเครือข่ายการดูแลผู้ติดเชื้อและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี ในบทความนี้ขอนำเสนอชั้นเฉพาะขั้นตอนการพัฒนาสองขั้นตอนคือ Plan คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ และ Act คือการนำรูปแบบไปปฏิบัติ เท่านั้น ส่วนการประเมิน (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) อยู่ระหว่างรอการดำเนินการใช้รูปแบบครบ 12 เดือน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁽⁷⁾ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างครอบคลุมต่อเนื่อง และการบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ว่ามีรูปแบบการดำเนินการเป็นอย่างไร ทำการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี

โดยเลือกศึกษาในคลินิกบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง คือโรงพยาบาลสำโรง และโรงพยาบาลวารินชำราบ

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานในคลินิกบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาล ได้แก่ พยาบาล 4 คน เภสัชกร 2 คน เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 คน ผู้ให้คำปรึกษา 4 คน และเป็นผู้ปฏิบัติงานในคลินิกตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 12 คน อาสาสมัครเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่ทำงานในคลินิกบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน และตัวแทนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาในคลินิกของโรงพยาบาลที่มีสัญชาติไทย เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี สามารถอ่านออกเขียนได้ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป รับประทานไวรัสตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป เนื่องจากหลังรับประทานไวรัส 5 เดือน ผู้ติดเชื้อฯ จะได้รับการตรวจแนวโน้มผลการรักษาล้มเหลว ยาด้านไวรัส (virological failure) จำนวน 6 คน และกลุ่มที่เป็นผู้ติดเชื้อสูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ข้อมูลประเมินสถานการณ์ปัญหาการให้บริการในคลินิกโรงพยาบาล ที่มารับบริการเข้าในคลินิกจาก 2 โรงพยาบาล ทั้งหมดจำนวน 43 ราย

เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป สถานะสุขภาพ การกินยา การดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี แบบสัมภาษณ์ ระบบการให้บริการของโรงพยาบาล การดูแลรักษาผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีของคลินิกบริการ ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการให้บริการ การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือด้วยการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านตรวจสอบ

การเก็บข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (Informal Interview) ทั้งแบบการสัมภาษณ์เดี่ยว และการสัมภาษณ์กลุ่ม โดยการสัมภาษณ์เปิดกว้างไม่จำกัดคำตอบ เพื่อจับประเด็นและนำมาตีความหมาย และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) จากตัวแทนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อที่มารับบริการในคลินิกโรงพยาบาล มีจุดสนใจในการสัมภาษณ์ ในเรื่องระบบบริการและการดูแลรักษาผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีที่คลินิกของโรงพยาบาล

ขั้นตอนการศึกษา แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (PLAN) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการให้บริการ ผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกโรงพยาบาล 2 แห่ง และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง การบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 2 (ACT) การนำรูปแบบฯ ไปใช้ ด้วยการประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อนำรูปแบบไปปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 12 เดือน ประเมินความพึงพอใจระบบรูปแบบบริการเบื้องต้น ในระยะ 3 เดือนแรก

ขั้นตอนที่ 3 (OBSERVE) การประเมินผลลัพท์การนำรูปแบบฯ ไปใช้ในการให้บริการผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี ในระยะแรกคือ 3 เดือน โดยทำการประเมินความต่อเนื่องในการกินยา ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load) คุณภาพชีวิต (QOL) และความสามารถในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 (REFLECT) การสะท้อนผลลัพท์ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ให้บริการในคลินิกโรงพยาบาล ทั้ง 2 แห่ง และปัญหาอุปสรรคในการนำรูปแบบฯ ไปใช้

หมายเหตุ: ในบทความนี้นำเสนอขั้นตอนการ

ศึกษาและผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี ในระยะ 3 เดือนแรกของการนำรูปแบบฯ ไปให้บริการในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การรวบรวมจัดกลุ่มข้อมูลและวิเคราะห์ด้วย Content Analysis

จริยธรรมวิจัย ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 15

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1) ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.5 อายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 97.7 และอายุ 75-81 ปี ร้อยละ 2.3 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 4.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 500 บาท ร้อยละ 95.3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า สูบบุหรี่ ร้อยละ 11.6 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 23.3

2) ข้อมูลการรักษาและการกินยาต้านไวรัส พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าระดับเม็ดเลือดขาว (CD4) มากกว่า 350 ร้อยละ 79.1 ระดับไวรัสในกระแสเลือดล่าสุด (Viral load) Not-detected ร้อยละ 69.8 ไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 83.7 ระยะเวลาที่กินยาด้านไวรัส 11-12 ปี ร้อยละ 55.8 พบปัญหาด้านการมารับยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 20.9 สาเหตุจากการลืมวันนัด ร้อยละ 44.4 ปัญหาด้านการกินยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ตรงตามเวลา ร้อยละ 16.3

3) ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนการดูแล

ต่อเนื่องในชุมชน และการยอมรับจากสังคม พบว่า ยังมีผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อถึงร้อยละ 30.2 ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเรื่องเงินจากหน่วยงานอื่นๆ ถึงร้อยละ 46.5 ไม่ได้ใช้ชีวิตในชุมชนเหมือนคนปกติทั่วไป ร้อยละ 25.6 ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.1 ไม่มีผู้ดูแลในฐานะเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 41.9

4) ข้อมูลการดูแลตนเองในชุมชนระดับน้อย ในด้านการได้รับการดูแล คำแนะนำการกินยาด้านไวรัส และคำปรึกษาในชุมชน ค่าเฉลี่ย 1.42 (S.D.=0.94) และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมจากเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน ค่าเฉลี่ย 0.98 (S.D.=0.65) และได้รับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และการเยี่ยมบ้านในชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 0.46 (S.D.=0.75)

ข้อมูลและสถานการณ์ปัญหา พบประเด็นช่องว่าง/ปัญหาการให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อฯ 3 ประเด็น ดังนี้

1) ความครอบคลุมในการบริการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า การบริการในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเพียงพอ โดยการดูแลที่จำเป็น เช่น การประเมินภาวะความเสี่ยงสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และการประเมินและตรวจสุขภาพอย่างองค์รวม ยังไม่ได้รับการดำเนินการอย่างเต็มที่ สาเหตุหนึ่งคือข้อจำกัดด้านอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่และการกระจายทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ การประเมินความเสี่ยงต่างๆ มักจะทำในคลินิกเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ให้บริการไม่เฉพาะเจาะจงผู้สูงอายุ การบริการยังไม่ครอบคลุมที่เป็นองค์รวมในฐานะกลุ่มเปราะบางพิเศษ ดังข้อคิดเห็นจากการระดมสมอง

ต่อไปนี้ การไม่ได้รับการดูแลและประเมินสุขภาพ 9 ด้าน ภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุตามนโยบายของ กระทรวง สาเหตุจากอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่พอ เนื่องจากการประเมินผู้สูงอายุจะทำเฉพาะในคลินิก ผู้สูงอายุเท่านั้น โดย รพ.สต. ผู้สูงอายุมีปัญหาความ จำเสื่อม การดูแลด้านการกินยา การสื่อสารกับ ญาติ จึงควรมีการประเมินสุขภาพด้านความจำ โภชนาการ ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุเริ่ม มีสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอย และมีภาวะโรคร่วม เป็นการประเมินปัญหา และจัดการปัญหาจากมาก ไปน้อย ในขณะที่ รพ.สต.สามารถจัดการ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้านเบื้องต้น และมีการ ลงบันทึกสุขภาพ 9 ด้าน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการ ดูแลร่วมกับโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาที่ซับซ้อน ในผู้สูงอายุมีหลายด้าน ดังนั้นผู้สูงอายุที่ติดเชื้อฯ ต้องมีการประเมินรอบด้าน การวิเคราะห์ปัญหา ผู้สูงอายุ และครอบครัว จะช่วยการแก้ปัญหาให้ ครอบครัวทุกมิติ⁽⁸⁾ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง

2) อุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีมักประสบปัญหาในการ เดินทางเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านการเดินทางและสุขภาพ ผู้สูงอายุ หลายคนไม่มีผู้ดูแลหรือไม่สามารถเดินทางได้ สะดวก เนื่องจากสภาวะการเจ็บป่วยบางครั้งไม่ สามารถมารับยาด้วยตนเองได้ การมารับบริการ แต่ละครั้งมีผู้มารับบริการเยอะ ต้องรอนาน ผู้สูง อายุส่วนใหญ่เดินทางด้วยรถประจำทางมีข้อจำกัด ในการเดินทาง การเดินทางไป-กลับ ระยะเวลาเร่ง รีบให้ทันเวลากับรถโดยสาร เมื่อมาถึงโรงพยาบาล บางครั้งต้องใช้เวลาในการรอรับบริการ ทำให้ เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาด้านสุขภาพ จิต ไม่มีเงินค่าเดินทาง มีปัญหาครอบครัวเศรษฐกิจ

ต้องการช่องทางบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดวันและเวลาพิเศษ หรือช่องทางพิเศษที่ สามารถให้บริการได้รวดเร็วและสะดวกยิ่งขึ้น ถ้า ไปตามจุดต่างๆ จะวิตกกังวล กลัวความลับตัวเอง เปิดเผย เนื่องจากผู้ป่วยบางคนยังไม่เปิดเผยการ เป็นผู้ติดเชื้อ

จากการจัดรูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดบริการเช่นนี้ นำไปสู่ความล่าช้าในการ เข้าถึงยาและการตรวจสุขภาพ กรณีส่งต่อคลินิกผู้ ติดเชื้อของโรงพยาบาลแบบแยกแผนก แยกส่วน ในการดูแลผู้ป่วยต่อหนึ่งคนที่มีการเจ็บป่วยหลาย ด้านและปัญหานี้จะเพิ่มความยากลำบากในกรณี ตัวอย่าง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ป่วยมี อาการปวดหลังร้าวลงขา หรือปัญหาด้านกระดูก หรือโรคระบบอื่นๆ จะถูกส่งไปพบแพทย์ที่ห้อง ตรวจแผนกอื่น หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ หลายแผนกหรือคลินิกอื่นๆ ในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมี ความต้องการให้มีการเอื้ออำนวยความสะดวก ให้ บริการผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมอื่นๆ ให้มีเจ้าหน้าที่ช่วย ประสานระหว่างคลินิกให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ที่สะดวกสบายมากยิ่งขึ้น

3) ขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ที่มีทักษะในการประเมินการดูแลสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุโดยเฉพาะสภาวะการเจ็บป่วยและเป็น ผู้สูงอายุ การมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมัน และปัญหาสุขภาพจิต ผู้ให้บริการในคลินิก หรือโรงพยาบาลหลายแห่งขาดการอบรมเฉพาะ ทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี การจัดการ ปัญหาด้านการรับยาหรือการดูแลภาวะสุขภาพจิต ที่ซับซ้อนจำเป็นต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง แก่นนำชุมชนที่ให้ข้อมูลและดูแลสุขภาพเบื้องต้น แก่ผู้ป่วยมักขาดการฝึกอบรมเฉพาะทางในด้านนี้

ทำให้การดูแลไม่สามารถครอบคลุมทุกมิติได้อย่างเหมาะสม ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยคือ ควรมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมแก่แกนนำและเจ้าหน้าที่ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมาก เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในคลินิกไม่ได้ผ่านการอบรม/ การดูแลผู้สูงอายุ แกนนำที่ให้บริการในคลินิก ยังไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีแกนนำดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ เช่น การรับยาแทน ควรมีจุดบริการจบในจุดเดียว มีแพทย์ดูแลเฉพาะ มีแกนนำที่ผ่านการอบรมเฉพาะการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้สูงอายุควบคู่ไปด้วยกัน เกสซกร ผู้ให้บริการที่คลินิก ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาการกินยาร่วมกับทำหน้าที่ประเมินผู้สูงอายุ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ⁽⁹⁾

กระบวนการพัฒนารูปแบบฯ ทำการพัฒนารูปแบบฯ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ แกนนำผู้ติดเชื้อ และตัวแทนผู้ติดเชื้อ จาก 2 โรงพยาบาล ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสะท้อนภาพการให้บริการ และปัญหาทั้ง 3 ประเด็น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบตรวจสอบและระดมความคิดเพื่อหาแนวทางในการจัดการปัญหา ใช้เวลา 2 วัน ผลที่ได้คือร่างความต้องการในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของตัวแทนผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี และทีมผู้ให้บริการ หลังจากนั้นทีมวิจัยได้จัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุบลราชธานี และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำการตรวจสอบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการและต่อเนื่อง ใช้เวลา 1 วัน โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญภายนอก 3 ท่าน จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และตัวแทนแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มผู้นำ

รูปแบบฯ ไปปฏิบัติ จากโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง 10 คน และกลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 คน เพื่อเข้าร่วมตรวจสอบรูปแบบฯ มีประเด็นสำคัญในข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง คือ

(1) ควรเพิ่มเติมในส่วนของการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน ผู้สูงอายุไร้ผู้ดูแล ช่วยเหลือผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เพื่อให้ครอบคลุมสอดคล้องกับทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและครอบคลุมหลายมิติ รวมถึงสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม⁽¹⁰⁾

(2) มุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ได้ให้ทรรศนะต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และการปกป้องสิทธิผู้ป่วยในหน่วยบริการสุขภาพ แนวทางนี้ต้องครอบคลุมถึงวิธีการรักษาแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม และการรักษาสิทธิของผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึงการรักษา โดยต้องไม่ถูกละเมิดสิทธิส่วนตัว สิทธิทางด้านสุขภาพ วิธีการจัดการกับการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพรวมถึงในชุมชน รวมถึงการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้รับการดูแลอย่างองค์รวม เป็นการวัดการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ ทั้งด้านส่วนบุคคล และสังคม⁽¹¹⁾

(3) การสะท้อนข้อมูลจากการระดมความคิดจากข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับขั้นตอนการบริการ ในปัจจุบัน ได้ค้นพบข้อสังเกต และข้อมูลต่างๆ ผู้ใช้บริการมีความต้องการให้จัดบริการโดยกลุ่มแกนนำ และกลุ่มผู้รับบริการร่วมกัน ควรมีวันเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ/ควรมีช่องทางด่วนผู้สูงอายุ

ถ้ามีการแยกกลุ่มผู้สูงอายุควรได้รับการก่อน เพื่อลดเวลาการรอนาน ผู้รับบริการต้องการให้มีวันนัดสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ต้องการแพทย์ให้ข้อแนะนำเพิ่ม มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ ให้บริการเสร็จสิ้น ณ จุดเดียว มีช่องทางบริการรับยาในกลุ่มผู้สูงอายุในคลินิก ขึ้นตอนการตรวจเลือดควรให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ก่อน และระยะเวลารอผลการตรวจเลือดไม่ควรรอนาน

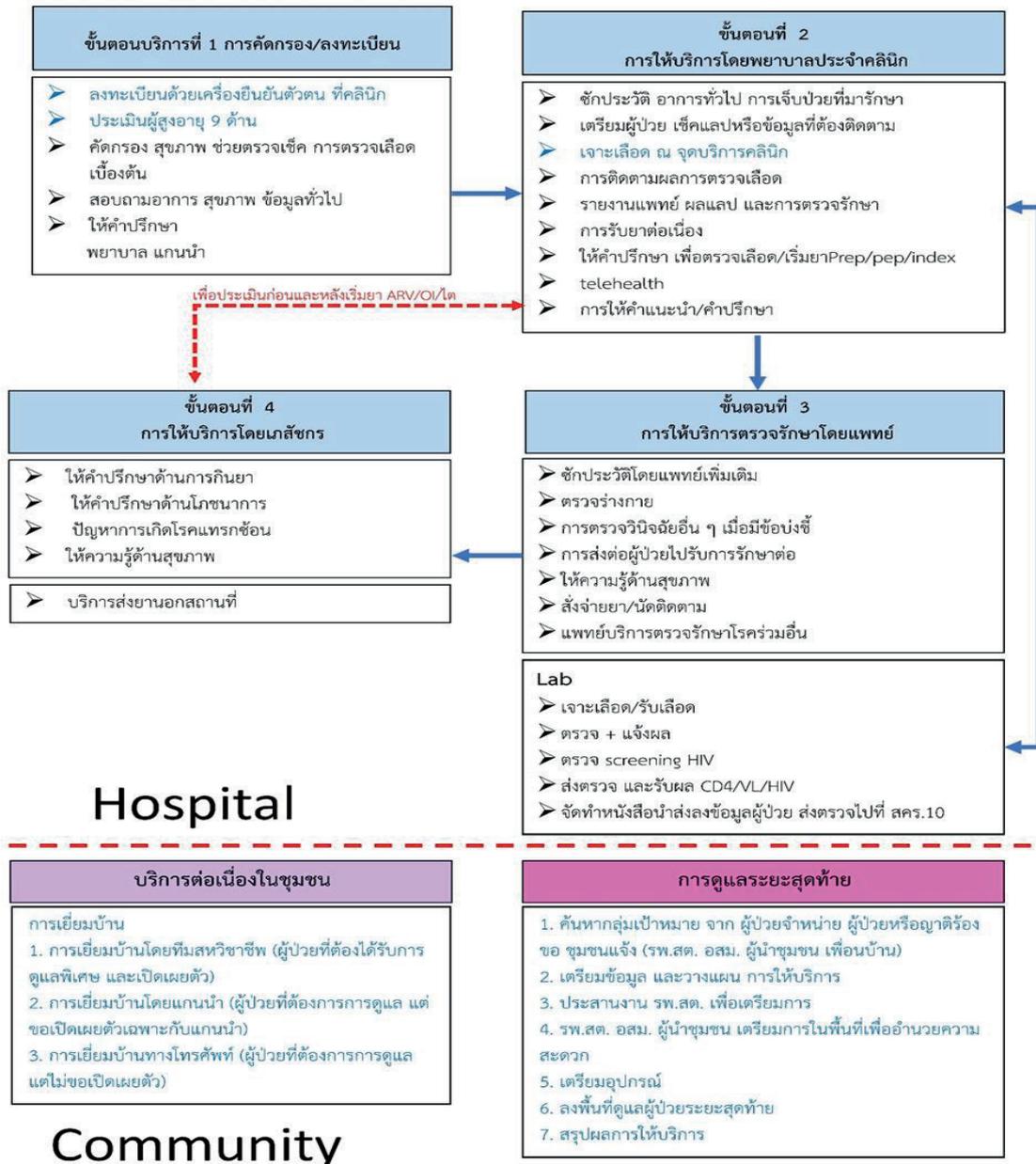
(4) การติดตามลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ต้องมีทักษะด้านการดูแลผู้สูงอายุและติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดปัญหาเรื่องความวิตกกังวลของผู้ถูกเยี่ยม⁽¹²⁾ การไม่นำความลับทางด้านสุขภาพไปเปิดเผยในที่สาธารณะ ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจกับคนไข้ สร้างการยอมรับ เพื่อการเปิดใจยอมรับบริการติดตามเยี่ยมบ้าน และควรให้แกนนำเป็นผู้ร่วมติดตามเยี่ยมบ้านลงพื้นที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากผู้ป่วยมีความไวใจ สัมพันธภาพที่ดีกับแกนนำผู้ติดเชื้อฯ มากกว่าเจ้าหน้าที่ เนื่องจากมีความคุ้นเคยและรู้สึกมีความเป็นเพื่อนกันมากกว่า คำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย การไม่ละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย⁽¹³⁾ การจัดการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ยาต้านไวรัสที่มีคุณภาพสูงในการยับยั้งการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy-ART) การให้ความสำคัญในเรื่องการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ รวมถึงการประเมินสุขภาพผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นการให้การดูแลรักษาที่สนับสนุน การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสรายใหม่ ซึ่งปัจจุบันการใช้ยาต้านไวรัสได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายและยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต

ที่ดี แนวทางการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ครอบคลุมทุกด้าน ตั้งแต่การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การส่งเสริมสุขภาพจิต และการสนับสนุนด้านสังคม เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีแนวทางการปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างไม่เลือกปฏิบัติ และคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างเข้มงวด⁽¹⁴⁾

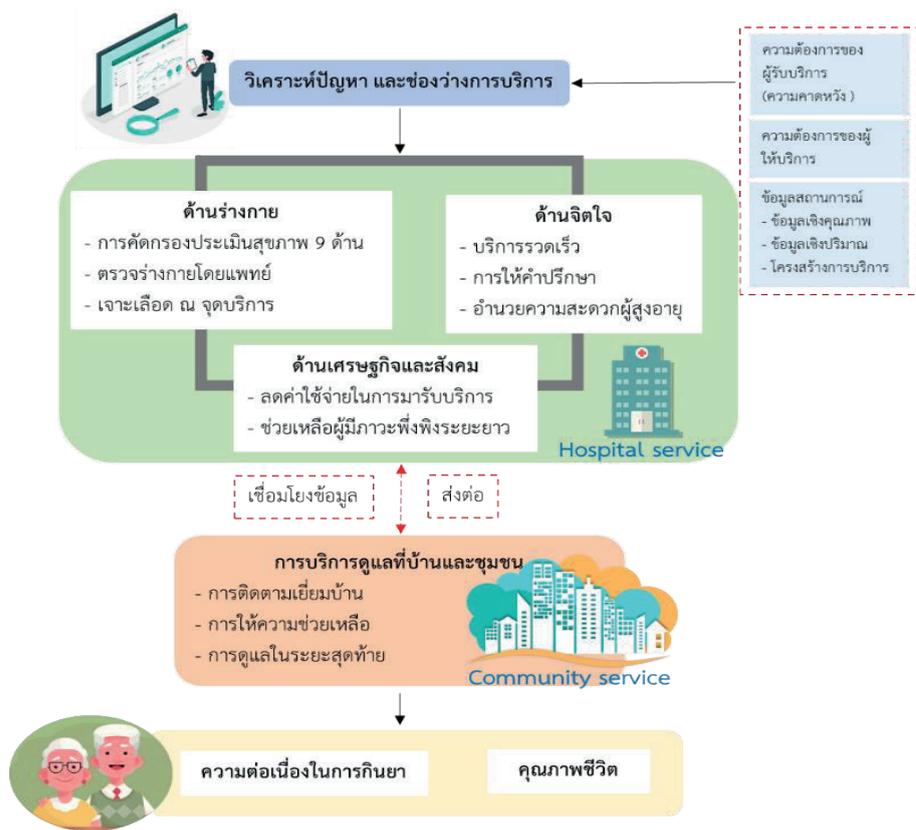
ผลลัพธ์ ด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการและต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน จากการให้ข้อแนะนำและการอภิปรายการให้บริการในรูปแบบฯ ข้างต้น นำมาสู่การปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี แบบบูรณาการและต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน เป็นดังนี้ การให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (An integral care model for aging with HIV from hospital to community) ซึ่งหัวใจสำคัญในการจัดรูปแบบบริการในโรงพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุฯ เป็นการดูแลครบทุกมิติ คือการดูแลแบบองค์รวม การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีการเชื่อมโยงระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน จนกระทั่งผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เรียกว่า หลักการ (HCQ Principles) ประกอบด้วย 1) Holistic Care หมายถึง การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของผู้สูงอายุ ได้แก่ กาย ใจ และสังคม 2) Continuous Care หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ถึง ชุมชน และ 3) QOL (Quality of life) หมายถึง การให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี แผนภาพที่ 9 โมเดลการให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (An integral

care model for aging with HIV from hospital to community) (รายละเอียดดังภาพที่ 1) เมื่อทำการเปรียบเทียบขั้นตอนการให้บริการก่อนและหลังการพัฒนาแบบการให้บริการฯ จากการสังเคราะห์กระบวนการให้บริการ พบว่า แบบเก่าเน้นการดูแลในคลินิกโรงพยาบาลเป็นหลัก นอกโรงพยาบาลเป็นบทบาทของอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อ และขาดการดูแลและตรวจคัดกรองใน

ฐานะที่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนรูปแบบใหม่ เน้นการทำงานแบบทีมบูรณาการ เพิ่มการดูแลในฐานะการเป็นผู้สูงอายุด้วยการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุในคลินิกและเชื่อมต่อข้อมูลกับทางโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องรายโรค และเพิ่มการดูแลในชุมชนแบบบูรณาการและการดูแลจนถึงบั้นปลายชีวิต รายละเอียดดังภาพที่ 1 และภาพที่ 2



ภาพที่ 1 การบริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลชุมชน หลังการพัฒนาแบบฯ



ภาพที่ 2 รูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (An integral care model for aging with HIV from hospital to community)

สรุป ความแตกต่างของรูปแบบการให้บริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า การให้บริการหลังการพัฒนารูปแบบฯ เพิ่มเติมจากการให้บริการก่อนการพัฒนารูปแบบฯ แบ่งตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 มีการเพิ่มเติมการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน การจัดลำดับความสำคัญในการให้บริการ และการจัดให้มีระบบนัดหมายที่เหมาะสม เช่น Tele Health ขั้นตอนที่ 2 เพิ่มการให้บริการแบบองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์และผู้ป่วยด้วยการปรับปรุงบริการเจาะเลือดภายในคลินิก ขั้นตอนที่ 3 วางแผนการรักษาแบบระบบสหวิชาชีพ และให้บริการแบบสะดวกกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการ

consult แพทย์เฉพาะทางที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาจากการคัดกรองสุขภาพ ขั้นตอนที่ 4 มีการส่งยาให้ถึงบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทาง และปรับปรุงการให้บริการอย่างต่อเนื่อง และขั้นตอนที่ 5 มีการเยี่ยมทางออนไลน์หรือไลน์ และบริการเชิงรุก เช่น การส่งยา refill สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทางมารับยาตามวันนัด

การให้บริการเพิ่มเติมนอกเหนือจาก 5 ขั้นตอนคือ การดูแลในชุมชนด้วยการติดตามเร่งด่วน ในกรณีที่ไม่สามารถเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยประสานกับชุมชนและสถานบริการสุขภาพ บริการ telemedicine เพื่อช่วยผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล

ขั้นตอนการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ด้วยการ

ประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการนำรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ไปปฏิบัติในคลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ร่วมกับการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี และอสม. เพื่อทำความเข้าใจขั้นตอนการให้บริการ และการฝึกทักษะการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน เพื่อนำไปใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกบริการ ร่วมกับการวางแผนการนำรูปแบบฯ ไปให้บริการในคลินิกเป็นระยะ

เวลา 12 เดือน

การประเมินผลเบื้องต้น ระยะ 3 เดือนแรกของการนำรูปแบบไปให้บริการในคลินิกโรงพยาบาล เฉพาะการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีต่อการให้บริการ พบว่า ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการยาต้านไวรัสต่อสถานที่ให้บริการยาต้านไวรัส และต่อภาพรวมเมื่อเข้ามาใช้บริการ ระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.40, 4.28, และ 4.23 ตามลำดับ และมีความพึงพอใจในภาพรวมทั้ง 3 ด้านมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.30

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อการรับบริการ

ความพึงพอใจต่อการรับบริการ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
ความพึงพอใจในภาพรวมเมื่อท่านเข้ามาใช้บริการ	4.23	0.68	มากที่สุด
ความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการยาต้านไวรัส	4.40	0.66	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อสถานที่ให้บริการยาต้านไวรัส	4.28	0.63	มากที่สุด
รวม	4.30	0.56	มากที่สุด

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวีฯ พบว่า ข้อดีของกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ คือ การให้ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นการเพิ่มความสะดวกและลดความซับซ้อนในการให้บริการ ด้วยการพัฒนาระบบการลงทะเบียนที่สะดวกและรวดเร็ว ช่วยลดขั้นตอนที่ซับซ้อนในกระบวนการรับบริการ ช่วยประหยัดเวลาและทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการรักษาได้ง่ายขึ้น การจัดการบริการที่ครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การประเมินสุขภาพ 9 ด้าน และการแบ่งกลุ่มการดูแล จะช่วยให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น การพัฒนารูปแบบ

การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ (ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ) ส่งเสริมการดูแลแบบครบองค์รวม (Holistic Care) จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและครอบคลุมทุกด้านของสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การส่งต่อข้อมูลและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยีในการเก็บและส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ช่วยให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความต่อเนื่องและลดภาระการเดินทาง ส่งผลให้คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุติดเชื้อเอชไอวี ต่อรูปแบบการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน และภาพรวมค่าเฉลี่ย 4.30

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี คุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการ เป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การนำแนวทางเหล่านี้

ไปปฏิบัติและนำเสนอเป็นนโยบายจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลและชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน งานวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม และการมีคุณค่าอยู่ในสังคม ชุมชน อย่างสมศักดิ์ศรี จนกระทั่งสามารถดูแลตนเองได้ ลดความเจ็บป่วย มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทฤษฎี Quality of Life - QOL⁽¹⁵⁾ เป็นกรอบทฤษฎีใช้ประเมินผลกระทบของสุขภาพต่อการดำเนินชีวิตองค์ประกอบต่างๆ เช่น สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และความเป็นอยู่ทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ที่ประชาชนความสามารถเข้ามาใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพเมื่อจำเป็น การเข้าถึงบริการสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน การขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเพียงพอสามารถนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าประชากรในพื้นที่ห่างไกลหรือที่มีรายได้ต่ำมักจะมีประสบการณ์เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัดซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้นการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่โรงพยาบาลถึงที่บ้านที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญจำเป็น

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้เทคโนโลยีเพื่อยืนยันตัวตนของผู้มารับบริการในคลินิกเอชไอวีของโรงพยาบาล และใช้ในการติดตามและแจ้งเตือนการรับประทานยา การ

นัดหมาย และการประเมินสุขภาพ เพื่อลดปัญหาความไม่สม่ำเสมอ การกินยาและการมารับการตรวจรักษาในคลินิก

2. ควรมีการอบรมเจ้าหน้าที่ในคลินิกเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพ 9 ด้าน ประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมและการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pneumocystis pneumonia: Los Angeles. Morbidity and Mortal Weekly Report (MMWR) 1981; 30(21): 1-3.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization (WHO). AIDS epidemic update: December 2009 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2024 Dec 12]. Available from: <https://www.un.org/youthenvoy/2013/08/un-aids-joint-united-nations-programme-on-hiv-aids/>
3. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. HIV Info Hub: การรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
4. ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ครุฑทาศ, อุษณีย์ เทพวรชัย, เยวรัตน์ อินทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

- โรคเอดส์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ 2553; 4(2):45-58.
5. Stephen Kemmis, Robin McTaggart, Rhonda Nixon. The Action Research Planer: Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer publication; 2013.
 6. พนารัตน์ วิศเวทพนิมิต, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์. การดูแลแบบองค์รวมและการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร; 2560.
 7. วรณพร พัฒนิบุลย์, จิรพันธ์ ปทุมอ่อน, จุฑาลักษณ์ แก้วมะไฟ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 2564; 15(3):12-25.
 8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในระดับปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ihppthaigov.or.th>
 9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
 10. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สสส.; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 26 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th>
 11. จิตติมา บุญเกิด. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): How to change the system of primary care. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2555.
 12. สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
 13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นโยบายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สปสช; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก <https://www.nhso.go.th/>
 14. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/siti>
 15. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>