



Thai AIDS Journal

วารสาร

โรคเอดส์

ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2557 - กันยายน 2557 ISSN 0857-8575

- การศึกษาความเหนื่อยหน่ายต่อแท้งในการทำงานของผู้ให้คำปรึกษาด้านเอดส์
- การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์
- ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลรัฐ 44 แห่ง
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหารกองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี
- ผลลบแอนติบอดีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี : รายงานผู้ป่วย



การศึกษาความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ใจในการทำงาน ของผู้ให้คำปรึกษาด้านเอดส์

ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน*

Abstract

Burn-out of AIDS/ARV Counselors in Thailand

Sunsanee Smitakestrin*

*Bureau of AIDS TB & STIs, Department of Diseases Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

Background: This research was cross-sectional descriptive aimed to study burn-out among 74 AIDS/ARV counselors from all level of 55 government hospitals in Thailand. Variables used in study were sex, age, work experience, counseling training, work attitude, role and duty and the effects on burn-out.

Methods: The personal history questionnaires, Maslach Burnout Inventory (MBI) were used as data gathering instruments. Forms were sent to 74 counselors of government hospitals from 4 provinces of Thailand. Mean, frequency were applied for statistical analysis.

Results: It was found that most counselors were female (93.2%), age average 39 yrs (range 35-45), 1-5 yrs work experience (54%), were trained about HIV/AIDS counseling 1-2 years ago (58.1%), want to train more (83.8%) 3 persons by average work in AIDS area, average scores of burn-out=28.20(low level), study results show average scores of burn-out were low in emotion exhaustion areas, low in depersonalization areas and medium in decrease sense of personal accomplishment areas (from 3 area of burn-out : emotion exhaustion, depersonalization & decrease sense of personal accomplishment).

About 3 areas of burn-out were found that, 1.emotion exhaustion areas, 47 cases (63.51%) were low, 15 cases (20.27%) were medium and 12 cases (16.22%) were high. 2.depersonalization areas, 13 cases (17.57%) didn't get it, 61 cases (82.43%) were low, none for medium and high. 3.decrease sense of personal accomplishment areas, 3 cases (4.05%) didn't get it, 32 cases (43.24%) were low, 14 cases (18.92%) were medium and 25 cases (33.78%) were high.

Conclusions: The results supported the hypotheses that there were burn-out in counselors. The factors which related to burn-out in AIDS/ARV counselors were increase of patients since ARV service was involved in Health Security System, stable number of counselors, work load, problems of long term care service, feeling of failure in performance, less positive reinforcement from work and

character of work. The recommendation for organization which had care services should focused on psychological surveillance particularly burn-out in AIDS/ARV counselors. We considered atmosphere of the work-place, the providing of care time and work loading and relaxation activities can help and support their mind.

Key Words: Burn-out, AIDS/ARV Counselors, HIV/AIDS Care, Counseling
Thai AIDS J 2014; 26 : 119-132

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเหนื่อยหน่าย ที่แท้จริงในการทำงานของผู้ให้คำปรึกษาที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐ 55 แห่งใน 4 จังหวัดจากแต่ละภาคของประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว ความคิดเห็นในการทำงาน และแบบทดสอบความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

วิธีการศึกษา ผู้วิจัยได้เลือกจังหวัดที่จะเก็บข้อมูลโดยเป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยมากเป็นอันดับต้นและมีโรงพยาบาลหลายระดับ เลือกภาคละ 1 จังหวัดจาก 4 ภาค ได้มา 4 จังหวัดคือ สุพรรณบุรี สุรินทร์ เพชรบูรณ์ และสุราษฎร์ธานี ส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบให้ผู้ให้คำปรึกษาที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทุกคนตอบ เก็บข้อมูลทุกโรงพยาบาล (รพ.) รวบรวมแบบสอบถามได้ 74 ชุด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และการหาค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้คำปรึกษา 74 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (93.2%) มีอายุเฉลี่ย 39 ปี (35-45 ปี) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี (54%) 58.1% ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาด้านโรคเอดส์ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา และ 83.8% ต้องการการอบรมเพิ่มเติม ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาก่อน/หลังการตรวจเลือด (>90%) ให้คำปรึกษาสำหรับการรับยา ARV และตรวจสอบ Adherence ผู้ป่วย (64.9%) นอกจากนั้นยังทำหน้าที่ประสาน จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (51.4%) จำนวนผู้ให้คำปรึกษาที่ปฏิบัติงานด้านเอดส์เฉลี่ย มีจำนวน 3 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ = 28.20 ซึ่งแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ในภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ =15.15 ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำปานกลาง, ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล = 3.20 จัดอยู่ในระดับต่ำ และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ = 9.85 จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนค่าเชิงปริมาณของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1. ผู้ให้คำปรึกษามีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ทั้งหมด 74 ราย (100%) โดยแบ่งเป็นระดับต่ำ 47 คน (63.51%) ระดับปานกลาง 15 คน (20.27%) ระดับสูง 12 คน (16.22%)
2. ผู้ให้คำปรึกษามีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลไม่พบเลย 13 ราย (17.57%) พบในระดับต่ำ 61 คน (82.43%) ระดับปานกลางและระดับสูงไม่มี
3. ผู้ให้คำปรึกษามีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ไม่พบเลย 3 ราย (4.05%) พบในระดับต่ำ 32 คน (43.24%) ระดับปานกลาง 14 คน (18.92%) ระดับสูง 25 คน (33.78%)

สรุป ผลการศึกษาตรงตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า ในภาพรวมจะพบความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในกลุ่มผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจากการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานสูงขึ้นด้วย และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ ฯ

ข้อเสนอแนะ ในส่วนบุคลากรที่พบปัญหาความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ควรค้นหาปัญหาและสาเหตุที่นำมาซึ่งความเหนื่อยหน่าย ถ้ามีหลายสาเหตุต้องแก้ไขที่ละจุด และอาจจัดสรร แบ่งเวลา จัดแบ่งภารกิจเป็นงานย่อยๆ เรียงลำดับตามความสำคัญเร่งด่วน และทยอยทำ รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียดในแนวทางที่ชอบและสนใจ สำหรับหน่วยงานควรมีการเฝ้าระวังความเหนื่อยหน่าย ดูแลด้านภาระงาน ความเพียงพอของบุคลากร บรรยากาศในการทำงาน

คำสำคัญ ความเหนื่อยหน่ายที่แท้จริงในการทำงาน, ผู้ให้คำปรึกษา การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ การให้คำปรึกษา วารสารโรคเอดส์ 2557; 26 : 119-132



บทนำ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยคาดว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยสะสมประมาณ 1,161,694 ราย⁽¹⁾ และมีผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่จำนวน 499,324 ราย⁽²⁾ และประมาณ 257,493 ราย เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการการรักษา และในแต่ละปีจะมีผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งป่วยเป็นโรคเอดส์ จำนวนผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปัญหาระยะยาวในการให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของประเทศด้วย ทีมบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย บุคลากรสหวิชาชีพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ดูแลข้อมูล และอาสาสมัครจากกลุ่มผู้ติดเชื้อ บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและอาจจะต้องปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น องค์กรเอกชน (NGO) ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ด้วย รวมทั้งในชุมชนรอบข้างของสถานบริการสาธารณสุขด้วย โดยทั่วไปแล้วในการพยาบาลด้านสาธารณสุขจะเกี่ยวข้องกับทุกขั้นตอนในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ การทำงานต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ความคิดริเริ่ม มีความเข้าใจ สนใจในปัญหาของประชาชนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ต้องให้การดูแลหรือปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่นรอบข้าง เช่น ญาติผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และชุมชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันทั้ง เพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ อนามัยที่แตกต่างกันทั้งชนิดและความรุนแรง

นอกจากนี้การทำงานซึ่งต้องปฏิบัติงาน

ร่วมกับบุคลากรหลายฝ่ายและหลายระดับ ทั้งในทีมสุขภาพด้วยกันและทีมอื่นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันในพื้นฐานและการพัฒนาด้านจิตใจและอารมณ์ ตลอดจนประสบการณ์ จากลักษณะงานและหน้าที่ ความรับผิดชอบ จะเห็นได้ว่าการให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วย เป็นอาชีพหนึ่งที่ต้องให้บริการและให้ความช่วยเหลือแก่สาธารณสุขชนเช่นเดียวกับกลุ่มวิชาชีพอื่นอีกหลายวิชาชีพ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล ตำรวจ ครู นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา เป็นต้น ซึ่งบุคคลผู้ประกอบอาชีพเหล่านี้ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้มาขอรับบริการจำนวนมาก ในด้านของการให้บริการ ให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการและช่วยแก้ปัญหาแก่บุคคลเหล่านั้น การให้การดูแล พยาบาลผู้ป่วยเป็นการทำงานหนักอย่างต่อเนื่อง และต้องเผชิญกับสภาพการณ์หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ และยิ่งประกอบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานในองค์กรก็จะก่อให้เกิดความเครียด ความไม่พอใจ ซึ่งถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือจัดให้บรรเทาลงได้ ในที่สุดก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ ความเหนื่อยหน่ายเป็นผลของการเกิดความเครียดเรื้อรังในการทำงาน⁽³⁾ เกิดขึ้นได้ในทุกวิชาชีพที่ต้องทำงานเพื่อช่วยเหลือมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทีมสุขภาพ ซึ่งต้องทำงานเกี่ยวข้องกับประชาชนที่ต้องการบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม การปฏิบัติงานไปในทางที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีการปฏิบัติกับผู้มารับบริการหรือผู้มาขอความช่วยเหลือด้วยท่าทีเฉยเมย มักจะปฏิเสธความรับผิดชอบ ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ⁽³⁾ สูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล นอกจากนี้ อาจจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน หลีกเลี่ยงการพูดคุย หรือติดต่อกับผู้ร่วมงาน พยายามแสวง

หาทางที่จะปลีกตัวออกไปจากสังคม ทางด้านการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่มีต่อตนเองนั้น ผู้ที่ประสบกับความเหนื่อยหน่ายจะมีความมุ่งหวังในชีวิตต่ำลง มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่มีประสิทธิภาพ⁽³⁾ ส่วนผลของความเหนื่อยหน่ายทางด้านอารมณ์ คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเย็นชา หมดหวัง คับข้องใจ รวมทั้งรู้สึกหมดกำลังใจ หมดหวังที่จะทำงานต่อไป การทำงานจึงเป็นไปอย่างเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน ความเอาใจใส่กับผู้รับบริการลดลง ความผูกพันกับงานและอาชีพก็ลดลงด้วย⁽³⁾

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความเหนื่อยหน่ายถ้าหากเกิดขึ้นกับบุคคลใด หรือกลุ่มวิชาชีพโดยอ้อมก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล หน่วยงานและสังคมที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ก็เป็นอีกอาชีพหนึ่งที่ต้องทำงานในด้านการให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจจะประสบกับภาวะความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ในการทำงานได้ และจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของผู้ให้การศึกษาที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นงานที่หนัก ต้องใช้ความอดทนสูง แม้ว่าผู้ให้การศึกษาจะเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญในการจัดการกับปัญหาทางจิตใจก็ตาม แต่เมื่อผั่งเข้าตาตนเองก็อาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเช่นกัน ดังนั้นจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยภาวะความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของผู้ให้คำปรึกษา เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้เกี่ยวข้องให้เห็นความสำคัญของปัญหา และใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาการจัดบริการแก่ผู้ป่วย การบริหารงานในองค์กร การฟื้นฟูสภาพจิตใจบุคลากร เป็นต้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ในการทำงานของผู้ให้คำปรึกษาที่ให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลรัฐ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง cross-sectional study ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ให้คำปรึกษาซึ่งเป็นบุคลากรผู้ให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยได้เลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่เข้าโครงการให้บริการยาต้านไวรัสจากแต่ละภาค มา 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ สุรินทร์ สุพรรณบุรี และสุราษฎร์ธานี และเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบให้ผู้ให้คำปรึกษาตอบ ได้แบบสอบถามคืนกลับมา 74 ชุดจาก 55 โรงพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แปลผล และสรุปผลการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบสอบถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ การอบรม ระยะเวลาการทำงาน และข้อมูลการจัดบริการสาธารณสุข เป็นต้น
2. แบบทดสอบวัดความเหนื่อยหน่ายที่ผู้วิจัยนำแบบทดสอบที่มยุรี เถาลัดดา⁽⁴⁾ ดัดแปลงมาจากแบบวัดมาตรฐานชื่อ Maslach Burnout Inventory (MBI) ของ Maslach (ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสิระยา สัมมาวาจ⁽⁵⁾) โดยเขาศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง และเป็นแบบทดสอบที่มีผู้นำมาใช้และหาความตรงและความเชื่อมั่นไว้แล้วโดยความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ



(Reliability) จากที่มยุรี เถาลัดดา⁽⁴⁾ ได้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความเหนื่อยหน่ายใน 3 ด้านเท่ากับ 0.79, 0.73 และ 0.76 ตามลำดับ ส่วนความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ (Validity) มยุรี เถาลัดดา⁽⁴⁾ ได้นำแบบทดสอบฉบับร่างไปให้คณะอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องและความชัดเจนของภาษาตามข้อเสนอนะ

MBI วัดความเหนื่อยหน่ายใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Depersonalization) และความ รู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ (Decrease sense of

Personal Accomplishment) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วย

ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,6,8,13,14,16 และ 20

ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,10,11,15 และ 22

และความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,7,9,12,17,18,19 และ 21

ลักษณะและเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การตัดสินระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านจะแบ่งเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูงตามเกณฑ์การกำหนดคะแนนของแมสแลชและแจ๊คสัน⁽⁶⁾ โดยคิดคะแนน ดังนี้

ถ้าไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลยได้	0	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง ได้	1	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง ได้	2	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง ได้	3	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้	4	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ได้	5	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆวันได้	6	คะแนน

ความเหนื่อยหน่ายทางด้าน	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	0-16 คะแนน	17-26 คะแนน	27 คะแนนขึ้นไป
ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	0-6 คะแนน	7-12 คะแนน	13 คะแนนขึ้นไป
ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	0-31 คะแนน	32-38 คะแนน	39 คะแนนขึ้นไป

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนนความเหนื่อยหน่าย ในการศึกษาครั้งนี้จะกลับคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จทั้งนี้เพื่อตรวจสอบข้อมูล เพื่อสะดวกต่อการแปลผล และเป็นแนวทางพิจารณาความเหนื่อยหน่ายในภาพรวมคือหากตัวแปรใดมีผลต่อความเหนื่อยหน่าย 1 ใน 3 ขึ้นไปให้สรุปว่าตัวแปรนั้นมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายโดยรวม

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้คำปรึกษา 88 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (93.2%) มีอายุเฉลี่ย 39 ปี (35-45 ปี) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี (54%) 58.1% ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาด้านโรคเอดส์ ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา และ 83.8% ต้องการการอบรมเพิ่มเติม ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาก่อน/หลังการตรวจเลือด (>90%) ให้คำปรึกษาสำหรับการรับยา ARV และตรวจสอบ Adherence ผู้ป่วย (64.9%) นอกจากนั้นยังทำหน้าที่ประสาน จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี (51.4%) จำนวนผู้ให้คำปรึกษาที่ปฏิบัติงานด้านเอดส์เฉลี่ยมีจำนวน 3 คน

ผู้ให้คำปรึกษามีมีฐานอายุ 39 ปี (35-45 ปี) เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.2) กว่าครึ่งมีประสบการณ์การทำงานด้านเอดส์ อยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 54) ส่วนใหญ่มีความรู้หรือเคยรับการอบรมด้านเอดส์มาก่อน (ร้อยละ 89.2) บทบาทหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา นอกเหนือจากให้คำปรึกษาแล้ว ส่วนใหญ่ต้องทำหน้าที่ให้ความรู้คำแนะนำ ตลอดจนซักประวัติ (ร้อยละ 89.2) ตรวจสอบสุขภาพผู้ป่วยด้วย (ร้อยละ 70.3) นอกจากนี้แล้ว เกือบครึ่งหนึ่งหรือกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ให้คำปรึกษาต้องปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานเอดส์ทุกด้าน (ตารางที่ 2) ในด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษามากกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 58.1) เข้าร่วมการอบรมในรอบปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม

ตารางที่ 1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ให้คำปรึกษา

* มัธยฐาน ** Q1-Q3

	จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ		
□ ชาย	5	6.8
□ หญิง	69	93.2
อายุ (ปี)	39*	35-46**
ประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์		
□ 1-5 ปี	40	54
□ 6-10 ปี	23	31.1
□ 11-17 ปี	11	14.9
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเอดส์สถานพยาบาลปัจจุบัน		
□ 1-5 ปี	39	52.7
□ 6-10 ปี	22	29.7
□ 11-23 ปี	13	17.6
มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ หรือได้รับการอบรมมาก่อน	66	89.2



ตารางที่ 1. (ต่อ)

	จำนวนคน	ร้อยละ
งานเอดส์ที่รับผิดชอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
▫ การซักประวัติ ตรวจสอบสุขภาพผู้ป่วย	52	70.3
▫ การพยาบาลผู้ป่วย	42	56.8
▫ การวินิจฉัยภาวะการเจ็บป่วย	21	28.4
▫ การเจาะเลือดส่งตรวจ	31	41.9
▫ การให้คำปรึกษา	74	100
▫ การให้ความรู้ ให้คำแนะนำ	66	89.2
▫ การรักษาด้วยยาทั่วไป	24	32.4
▫ การรักษาด้วยยา ARV ยาป้องกัน/รักษา OI	32	43.2
▫ การติดตามเยี่ยมบ้าน	33	44.6
▫ การบันทึกข้อมูล /รายงานผู้ป่วย	43	58.1
▫ การประสาน ส่งต่อผู้ป่วย	44	59.5
▫ การประสาน จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ	41	55.4
▫ การเจาะเลือด และตรวจเลือด	26	35.4
ได้รับการอบรมให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอดส์ ปี 2551-2552	43	58.1
ต้องการการอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความสามารถให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์	62	83.8
เคยเข้าร่วมการประชุมหรืออบรมในเรื่องของยาต้านไวรัส	58	78.3
เคยเข้าร่วมการประชุมหรืออบรม		
▫ ก่อนปี 2551	47	63.5
▫ หลังปี 2551	11	14.9
ต้องการอบรมเกี่ยวกับเรื่องยาต้านไวรัสเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้บริการ	63	85.1
ระดับความรู้ ความมั่นใจในการให้คำปรึกษาด้วยยา ARV		
▫ มากที่สุด	1	1.4
▫ มาก	34	46
▫ ปานกลาง	28	37.8
▫ น้อย	8	10.8
▫ น้อยมาก	0	0

ส่วนใหญ่ยังมีความต้องการเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมอีก (ร้อยละ 83.8) นอกจากนี้ ตั้งแต่ปี 2551 ผู้ให้คำปรึกษาเพียงร้อยละ 14.9 เท่านั้นที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับบริการการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งร้อยละ 85.1 ยังมีความต้องการรับการอบรมเกี่ยวกับบริการการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี

แม้บทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษาแต่ผู้ให้คำปรึกษาส่วนหนึ่งยังมีความมั่นใจในการให้คำปรึกษาระดับต่ำ (ร้อยละ 10.8) ด้านการจัดบริการ สถานพยาบาล มีมัธยฐานจำนวนผู้ให้คำปรึกษาเฉลี่ย 3 คน ต่อแห่ง (1-12 คน) เป็นผู้ให้คำปรึกษาประจำ 2 คนต่อแห่ง มีผู้ให้

ตารางที่ 2. การจัดบริการให้คำปรึกษา
*มัธยฐาน ** Q1-Q3

	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ให้คำปรึกษาด้านเอดส์	3*	1-12**
ผู้ให้การปรึกษาด้านเอดส์เป็นการประจำ	2*	2-5**
ผู้ให้คำปรึกษาด้าน ARV	2*	1-3**
ผู้ให้การปรึกษาเป็นการประจำด้าน ARV	1*	0-3**
จำนวนผู้มารับบริการปรึกษาด้าน ARV (เฉลี่ยคนต่อเดือน)	26*	0-100**
ลักษณะการให้คำปรึกษาด้านเอดส์(ตอบได้หลายข้อ)		
□ การให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ	67	90.5
□ การให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือด	69	93.2
□ การให้คำปรึกษาหลังการตรวจเลือด	66	89.2
□ การให้คำปรึกษาต่อเนื่อง (on going)	45	60.8
□ การให้คำปรึกษาเพื่อประคับประคอง	41	55.4
□ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	38	51.4
□ การให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัส	48	64.9
การให้ความรู้/ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV)		
เข้าใจในระยะเวลา 1 เดือนแรก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
□ ทุกครั้งที่มารับบริการ	58	78.4
□ เฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยชักถาม	14	18.9
□ กรณีรายที่เริ่มสงสัยว่าไม่กิน	32	43.2
□ เฉพาะรายที่มีปัญหาไม่กินยาตามกำหนด	32	43.2
□ กรณีที่ต้องเปลี่ยนยาหรือวิธีการรักษา	40	54
□ เมื่อมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น	45	60.8



ตารางที่ 3. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหาหรืออุปสรรคในการให้คำปรึกษา	60	81.1
ปัญหาหรืออุปสรรคในการให้คำปรึกษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
□ สถานที่	35	47.3
□ อุปกรณ์และเครื่องมือ	10	13.5
□ เวลา	35	47.3
□ ความร่วมมือของคนไข้	18	24.3
□ ความรู้ในการให้คำปรึกษา	17	23
□ สภาพร่างกายของผู้ป่วย	33	44.6
ความลำบากใจหรือยุ่งยากในการให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสในปัจจุบัน		
□ ไม่มี	11	14.9
□ นานๆ ครั้ง	15	20.3
□ มีบ้างบางครั้ง	42	56.8
□ มีบ่อยๆ	5	6.8
ปัญหาในการประสานงานหรือการสื่อสารกันในการปฏิบัติงาน		
□ ไม่มี	17	23
□ นานๆ ครั้ง	26	35.1
□ มีบ้างบางครั้ง	29	39.2
□ มีบ่อยๆ	2	2.7
ประเด็นปัญหาในการประสานงาน/สื่อสาร		
□ เรื่องการให้การศึกษา	8	10.8
□ เรื่องระบบภายในองค์กร	43	58.1
มีความกังวล ขัดข้องด้านการจัดการในโครงการฯ	55	74.3
ประเด็นความกังวลในการจัดการโครงการฯ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
□ การจัดบริการที่มีตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับผู้รับบริการ	19	25.7
□ การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาล	8	10.8
□ ระบบสนับสนุนทางด้านวิชาการ ยา และวัสดุอุปกรณ์จากเขตและส่วนกลาง	9	12.2
□ ปริมาณและคุณภาพของบุคลากรในการดำเนินโครงการฯ	38	51.4

ตารางที่ 3. (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
▫ การจัดการบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์	34	46
▫ ระบบการติดตามและประเมินผลของโรงพยาบาล	14	18.9
▫ การบริหารจัดการระบบข้อมูลของโรงพยาบาล	23	31.1
▫ การกำหนดนโยบายจากส่วนกลาง	9	12.2
ความต้องการทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส		
▫ ยังมีความต้องการรับผิดชอบงานนี้ต่อไป	61	82.4
▫ ต้องการย้ายงาน	1	1.4
▫ ต้องการปรับเปลี่ยนงาน	4	5.4
▫ ต้องการลาออก	0	0

ตารางที่ 4. การจัดการบริการตามแนวทางฯก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

	ก่อนเข้า หลักประกันสุขภาพ		หลังเข้า หลักประกันสุขภาพ	
การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดในโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส	62	83.8%	69	93.2%

คำปรึกษาด้านยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 2 คน โดยเป็นผู้ให้คำปรึกษาประจำด้านยาต้านไวรัสเอชไอวี 1 คนต่อแห่ง สถานพยาบาลแต่ละแห่ง มีมีรยฐานจำนวนผู้มารับคำปรึกษาเฉลี่ย 26 คนต่อเดือน (0-110 คน) โดยการปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาตรวจเลือดโดยสมัครใจ (ร้อยละ 90.5) ก่อน (ร้อยละ 93.2) และหลังการตรวจเลือด (ร้อยละ 89.2) และบริการให้คำปรึกษาที่น้อยที่สุดคือการให้ปรึกษาแบบกลุ่ม (ร้อยละ 51.4) และการให้ความรู้/ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) ช้าในระยะ 1 เดือนแรก ส่วนใหญ่เป็นการให้ทุกครั้งที่มีรับบริการ (ร้อยละ 78.4) รองลงมาเป็นที่มืออากรข้างเคียง (ร้อยละ 60.8)

(ตารางที่ 3)

ด้านปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้คำปรึกษา พบว่า มีปัญหาไม่มากนัก ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาด้านเวลาที่มีไม่เพียงพอ (ร้อยละ 47.3) และสถานที่ (ร้อยละ 47.3) รองลงมาเป็นสภาพร่างกายผู้ป่วย (ร้อยละ 44.6) มีผู้ให้บริการเกินครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 56.8) ที่มีความลำบากใจในการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวี บ้างเป็นบางครั้ง นอกจากนี้ มีปัญหาด้านการสื่อสารบ้างเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 39.2) โดยมักเป็นปัญหาสื่อสารระบบภายในองค์กร (ร้อยละ 58.1) ผู้ให้คำปรึกษาหนึ่งในสามมีความกังวลใจการจัดการบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ 74.3) โดยประเด็นที่กังวลใจลำดับต้นๆ คือ ปริมาณและ



คุณภาพของบุคลากรในการดำเนินบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ 51.4) และการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (ร้อยละ 46) อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ปรึกษาส่วนใหญ่ยังคงต้องการทำงานต่อไป (ร้อยละ 82.4) (ตารางที่ 4)

ในส่วนของการบริการ พบว่า ภายหลังจากบริการยาต้านไวรัสเข้าระบบประกันสุขภาพ การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดมากขึ้น จากร้อยละ 83.8 เป็นร้อยละ 93.2 (ตารางที่ 5) นอกจากนี้ ผู้ให้คำปรึกษาเกินครึ่งเล็กน้อยเห็นว่า การเข้าสู่ระบบบริการทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับที่สามารถปรับเวลาทำงานได้ (ร้อยละ 54) ทั้งนี้ ปัญหาลำดับต้นๆ คือ จำนวนบุคลากร (ร้อยละ 56.8) และ

ภาระการให้บริการ (ร้อยละ 55.4) (ตารางที่ 6) ซึ่งสอดคล้องกับการเปรียบเทียบสถานการณ์การจัดบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่ผู้ให้คำปรึกษาประเมินว่าภาระการให้บริการ (ร้อยละ 48.6) จำนวนผู้ป่วยรับยา (ร้อยละ 41.9) ARV และการส่งต่อ (ร้อยละ 32.4) เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 7)

ในด้านความพึงพอใจและความเข้าใจต่อการให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ให้ปรึกษาเกือบทั้งหมดมีความพึงพอใจและความเข้าใจในระดับปานกลางจนถึงมากที่สุด ทั้งนี้ ผู้ให้คำปรึกษาเกือบทั้งหมดเห็นด้วยกับการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 91.9) อย่างไรก็ตาม ผู้ให้คำปรึกษาหนึ่งในสามเห็นว่าควรจะมีการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการภายหลังการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5. ผลจากการบริการรักษาด้วยยา ARV เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

	จำนวน	ร้อยละ
ผลจากการบริการรักษาด้วยยา ARV เข้าประกันสุขภาพต่อภาระงาน		
□ ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่เพิ่มภาระงาน	21	28.4
□ เพิ่มภาระงานในระดับที่ไม่สามารถรับได้ในระยะยาว	9	12.2
□ ลดภาระงาน	1	1.4
□ เพิ่มภาระงานในระดับที่สามารถปรับเวลาการทำงานได้	40	54
ระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยา ARV มีความเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ระบบ		
ปัญหาการรักษาด้วยยา ARV หลังเข้าระบบประกันสุขภาพ		
□ ปัญหาจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา	33	44.6
□ ปัญหาจำนวนผู้ป่วยรับยา ARV	29	39.2
□ ปัญหาภาระการให้บริการ	41	55.4
□ ปัญหาการส่งต่อ	33	44.6
□ ปัญหาการให้คำปรึกษา	31	41.9
□ ปัญหาจำนวนบุคลากร	42	56.8
□ ปัญหาการให้บริการอื่นๆ	3	4

ตารางที่ 6. เปรียบเทียบสถานการณ์การรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยา ARV หลังกับก่อน
เข้าระบบประกันสุขภาพ

	จำนวน					
	ลดลง	ร้อยละ	เหมือนเดิม	ร้อยละ	เพิ่มขึ้น	ร้อยละ
จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา	30	40.5	22	29.7	9	12.2
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV	11	14.9	19	25.7	31	41.9
ภาระการให้บริการ	6	8.1	19	25.7	36	48.6
การส่งต่อ	20	27	14	18.9	24	32.4
การให้คำปรึกษา	10	13.5	38	51.4	13	17.6
จำนวนบุคลากร	9	12.2	41	55.4	13	17.6
การให้บริการอื่นๆ	1	1.4	1	1.4	2	2.7

ตารางที่ 7. ทศนคติความคิดเห็นของผู้ให้คำปรึกษาต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายใต้ระบบ
ประกันสุขภาพ

	จำนวน	ร้อยละ
ความคิดเห็นต่อการรักษาด้วยยา ARV ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ		
▫ เห็นด้วย	68	91.1
▫ ไม่เห็นด้วย	4	5.4
การบริหารจัดการโครงการหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุม		
▫ เหมือนเดิม	43	58.1
▫ ควรเปลี่ยนแปลง	25	33.8

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ = 28.20 ซึ่งแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ในภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ = 15.15 จัดอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง, ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล = 3.20 อยู่ใน

ระดับต่ำ และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ = 9.85 อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนค่าเชิงปริมาณของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 8) พบว่า

1. ผู้ให้คำปรึกษามีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ทั้งหมด 74



ตารางที่ 8. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของผู้ให้คำปรึกษา

ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน	ไม่พบ	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	-	47 (63.5%)	15 (20.27%)	12 (16.22%)
ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	13 (17.57%)	61 (82.43%)	-	-
ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	3 (4.05%)	32 (43.24%)	14 (18.92%)	25 (33.78%)

ราย (100%) โดยแบ่งเป็น ระดับต่ำ 47 คน (63.51%) ระดับปานกลาง 15 คน (20.27%) ระดับสูง 12 คน (16.22%)

2. ผู้ให้คำปรึกษามีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลไม่พบเลย 13 ราย (17.57%) พบในระดับต่ำ 61 คน (82.43%) ระดับปานกลางและระดับสูงไม่มี

3. ผู้ให้คำปรึกษามีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ไม่พบเลย 3 ราย (4.05%) พบในระดับต่ำ 32 คน (43.24%) ระดับปานกลาง 14 คน (18.92%) ระดับสูง 25 คน (33.78%)

สรุป วิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุป ผลการศึกษาตรงตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าในภาพรวมจะพบความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในกลุ่มผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานสูงขึ้นด้วย และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเช่น บุคลากรไม่เพียงพอ ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในงาน เป็นต้น แต่ที่น่าสังเกตคือบางด้านของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน เช่น ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในงาน

พบในระดับปานกลาง-สูงพบมากอย่างเห็นได้ชัดคือ ถึงเกินครึ่งของบุคลากร ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ พบหนึ่งในสามของบุคลากรทั้งหมด และค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำเกือบปานกลางด้วย

ข้อเสนอแนะ ต่อบุคลากรและผู้บริหารหน่วยงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ในส่วนบุคลากรที่พบปัญหาความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ควรค้นหาปัญหาและสาเหตุที่นำมาซึ่งความเหนื่อยหน่าย ถ้ามีหลายสาเหตุต้องแก้ไปทีละจุดและอาจจัดสรร แบ่งเวลา จัดแบ่งภารกิจเป็นงานย่อยๆ เรียงลำดับตามความสำคัญ เร่งด่วน และทยอยทำ ถ้าหนักหนาเกินกำลังอาจจะต้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียดในแนวทางที่ชอบและสนใจ ที่พอจะสามารถทำได้ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานอดิเรกต่างๆ การร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด ถ้ายังแก้ปัญหาไม่ได้อาจต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา ส่วนโรงพยาบาลและสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรมีการเฝ้าระวังความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของผู้ให้คำปรึกษา ดูแลด้านภาระงาน ความเพียงพอบุคลากร การจัดสรรงาน บรรยากาศในการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้คำปรึกษา ผู้ประสานงาน ด้านเอดส์ กลุ่มผู้ติดเชื้อ NGO และทีม ARV ของ โรงพยาบาลทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และ สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยใน

ครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการ ดูแลผู้ป่วยด้วยยา ARV

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2000–2020, March 2001.
2. สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคเอดส์ (เดือนกรกฎาคม 2552), 2552.
3. ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน. การศึกษาความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในบ้านพักผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2544. (เอกสารอัดสำเนา)
4. มยุรี เถาลัดดา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน สำนักอนามัย กทม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
5. ลีระยา สัมมาวาจ. ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
6. Maslash Christina and Susan Jackson. “The Measurement of Experience Burnout”. Journal of Occupation Behavior. January 1981 : 99–113.



การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์

พัชรภรณ์ ภาวภูตานนท์*

Abstract

Role Performance of Counselors Involving with HIV/AIDS and Supporting Socialwork

Patcharapron Pavaputanon*

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

Effective counseling helps people living with HIV/AIDS to select the appropriate solution. This is a cross-sectional descriptive research that has objective to study the role performance of counselors involving with HIV/AIDS and supporting socialwork. It is also aimed to find correlations of experience, workload, satisfaction, stress and burn-out condition with the role performance of counselors. Data is collected from 36 counselors of HIV/AIDS who attended the meeting for development of counseling service. They answered questionnaires by themselves and they all returned the questionnaires completely. The result is revealed that most counselors of HIV/AIDS are nurses and have experience of HIV/AIDS counseling average of 1.58 years. In past five years, they have got training on HIV/AIDS counseling to 62.2 percent. The role performance that they do the most is counseling and encouraging. The role performance of referral coordination is done not much. The correlations are found that experience, workload and satisfaction have an influence on performing role of counselors with significantly statistic ($P < 0.05$). The suggestion is to organize the training program to strengthen counseling skill consistently. Then, it should determine the counseling framework obviously in order to prevent more over workload. It also should have guideline for transmitting information between counseling service unit and social work unit. This helps to refer the customers who encounter with social and economic problems to receive social support and social welfare from the provincial unit of social development and human security.

Key Words: Counseling, Socialwork, HIV/AIDS

Thai AIDS J 2014; 26 : 133-144

บทคัดย่อ

การให้คำปรึกษา ที่มีประสิทธิผลจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม การวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์และหาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพ ภาระงาน ความพึงพอใจ ความเครียดและภาวะ Burn out กับ การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษา เก็บข้อมูลจากผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 36 คน ที่มาประชุมพัฒนาเครือข่ายด้านบริการปรึกษา โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและส่งคืนครบทั้ง 36 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล มีประสิทธิภาพในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ เฉลี่ย 1.58 ปี เคยอบรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 62.2 บทบาทที่ปฏิบัติมากที่สุดคือการให้คำปรึกษา รองลงมาได้แก่ การให้กำลังใจ ส่วนการประสานงานส่งต่อยังมีการปฏิบัติน้อย เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า ประสิทธิภาพ ภาระงาน ความพึงพอใจ มีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาทผู้ให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) จึงเสนอให้จัดอบรมทักษะการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง กำหนดขอบเขตงานให้คำปรึกษาให้ชัดเจนเพื่อป้องกันภาระงานที่หนักเกินไป มีแนวทางในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการให้คำปรึกษากับงานสังคมสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสังคมและเศรษฐกิจในการส่งต่อไปขอรับการช่วยเหลือสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์จากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

คำสำคัญ ให้คำปรึกษา งานสังคมสงเคราะห์ เอชไอวี/เอดส์
วารสารโรคเอดส์ 2557; 26 : 133-144

บทนำ

ความเจ็บป่วยจึงมักก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความสิ้นหวัง ยิ่งถ้าความเจ็บป่วยนั้นร้ายแรง คุณค่าต่อชีวิต ปฏิกริยาทั้งหลายที่เกิดขึ้นย่อมทวีความรุนแรงตามไปด้วยจนถึงกับเกิดการเสียภาวะสมดุลของจิตใจที่เคยมีมา กลายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้⁽¹⁾ โรคเอดส์นับเป็นความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลกับผู้ป่วยเป็นอย่างมากเช่นกัน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยเอดส์จะยอมเปิดเผยตัวต่อสังคมมากขึ้น แต่ก็ต้องยอมรับว่ามีอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังคงปิดบัง เนื่องจากกลัวคนรอบข้างจะยอมรับไม่ได้ เพราะยังคงยึดติดกับความเชื่อที่ว่า เอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ⁽²⁾ แม้จะมีหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงองค์กรทางศาสนา ได้เข้ามาช่วยบรรเทาและแก้ปัญหาในด้านการดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคก็ตาม แต่ผู้ที่ทำงานอย่างหนักโดยแท้จริงแล้ว

คือเหล่าบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่ทุ่มเทแรงกายแรงใจทำงานดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุดและอุปสรรคหนึ่งในการทำงานของเหล่าบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้คือ ความไม่เพียงพอของทีมบุคลากร การขาดประสิทธิภาพ ความเครียดและภาวะ burn-out ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขยายโอกาสในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วย ยาต้านไวรัสของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งผลให้มีผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ได้รับการดูแลเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ⁽³⁾ แต่ผู้ป่วยเอดส์ยังต้องการการดูแลทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจไปพร้อมกัน เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะในระยะแรก ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี มีผลให้เกิดความรู้สึกเปลี่ยนไปในทางลบที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด⁽⁴⁾ การให้คำปรึกษา จึงเป็นวิธีการ



หนึ่งของการให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรม และสังคม กระบวนการให้คำปรึกษาที่เป็นระบบจะทำให้เขาเหล่านั้นทำความเข้าใจและทาสาเหตุของปัญหา ตลอดจนสามารถหาวิธีการแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ การให้คำปรึกษาเรื่องเอชไอวีจึงมีความสำคัญและจำเป็น เพราะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องไปตลอดชีวิต ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางอารมณ์ สังคม พฤติกรรม และผลกระทบทางการแพทย์และสาธารณสุข ต้องปรับตัวต่อความเครียด หรือผลกระทบทั้งทางชีวิต ครอบครัวยุติธรรมทางเพศ การปรับตัว ทางสังคม การงาน การศึกษา สิทธิทางกฎหมาย ตลอดจนคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป การระมัดระวังและตระหนักถึงการติดเชื้อเอชไอวี อาจก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล นำไปสู่การปรับ พฤติกรรมที่สร้างสรรค์ หรือการเจ็บป่วยที่เลวลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของความกลัว ความไม่เข้าใจหรือเข้าใจผิดๆ หรือการแบ่งแยกความสัมพันธ์ในสังคม ที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี⁽⁵⁾ นับได้ว่า การให้คำปรึกษา เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยให้การสังคมสงเคราะห์ประสบผลสำเร็จ ซึ่งครอบคลุมการบรรเทาและการป้องกัน การแก้ไข ปัญหา และปรับสภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวยุติธรรม และชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสภาพการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการทำงาน ภาระงาน ความพึงพอใจต่องาน ความเครียดและภาวะ Burn out กับ การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาหรือตำแหน่งอื่น ๆ ที่ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ในคลินิกให้คำปรึกษา จากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอยุธยา จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวนทั้งสิ้น 36 คน เลือกประชากรแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ สำหรับแบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา และแบบสอบถามเรื่อง บทบาทผู้ให้คำปรึกษาที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงาน ภาระงาน ความพึงพอใจต่องาน ความเครียดและภาวะ Burn-out ทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 1 กรุงเทพมหานคร ตรวจสอบเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ส่วนแบบสัมภาษณ์เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายด้านบริการศึกษาระดับเขต/จังหวัด ในวันที่ 27 มิถุนายน 2555 ณ โรงแรมมารวย การ์เดน กรุงเทพมหานคร โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและส่งกลับให้ผู้วิจัยก่อนปิดการประชุมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้เทคนิคการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Two-way ANOVA กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้

สัมภาษณ์ ผู้ใช้บริการปรึกษาที่มาใช้บริการที่คลินิก ให้คำปรึกษา สคร.ที่ 1 กรุงเทพมหานคร หลังจากที่ใช้บริการปรึกษาใช้บริการเสร็จสิ้นแล้วและอยู่ระหว่างรอเดินทางกลับบ้านจำนวน 30 คน สัมภาษณ์ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หัวหน้างานให้การศึกษาและหัวหน้ากลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ จาก สคร.ที่ 1 และ 11 หัวหน้าคลินิก ให้การศึกษาจากโรงพยาบาล สมุทรปราการ หัวหน้างานเอดส์จากศูนย์อนามัยที่ 11 ยะลา จำนวน 10 คน สัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ จากศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ จำนวน 1 คน สัมภาษณ์นักวิชาการจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 1 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 36 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานประจำที่คลินิกปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และคลินิกให้การศึกษา ร้อยละ 44.4 และ 41.6 ตามลำดับ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 86.1 รองลงมาได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 11.1 มีประสบการณ์ในคำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์เฉลี่ย 1.58 ปี เคยให้คำปรึกษามากกว่า 10 ปี ร้อยละ 38.9 รองลงมาอยู่ในช่วง 4-6 ปี ร้อยละ 27.8 และผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาแล้ว ร้อยละ 62.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน มีผลการศึกษาดังนี้

ด้านภาระงาน พบว่า ผู้ให้คำปรึกษา มีภาระงานอื่นที่ต้องปฏิบัตินอกเหนือจากงานให้คำปรึกษา ร้อยละ 97.2 ผู้ให้คำปรึกษาให้ความสำคัญ

กับงานให้คำปรึกษามากกว่างานอื่นๆ ร้อยละ 61.1 และไม่รับเป็นวิทยากรงานอื่นๆ ร้อยละ 69.4 มีสัดส่วนการปฏิบัติงานให้คำปรึกษามากกว่างานอื่น ร้อยละ 69.4 มีจำนวนผู้ใช้บริการคำปรึกษาน้อยกว่า 50 รายต่อสัปดาห์ ร้อยละ 88.9 จำนวนชั่วโมงที่ให้คำปรึกษาต่อสัปดาห์คือ 30 ชั่วโมง ร้อยละ 80.6 โดยใช้เวลาที่ให้คำปรึกษาต่อรายน้อยกว่า 20 นาที ร้อยละ 55.6 อย่างไรก็ตาม สามารถช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ใช้บริการปรึกษาได้ร้อยละ 100

ด้านความพึงพอใจ พบว่า ผู้ให้คำปรึกษา รู้สึกพึงพอใจต่องานให้คำปรึกษา ร้อยละ 97.2 รู้สึกมีคุณค่าต่องานให้คำปรึกษา ร้อยละ 100 รู้สึกว่าเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานเห็นคุณค่าในงานให้คำปรึกษา ร้อยละ 88.9 และร้อยละ 83.3 ตามลำดับ ไม่รู้สึกอึดอัดในการปฏิบัติงานให้คำปรึกษา ร้อยละ 88.9

ด้านความเครียดและภาวะ Burn out พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่ มีเวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษา ร้อยละ 66.7 ไม่รู้สึกเหนื่อยล้าในการทำงาน ร้อยละ 88.9 ไม่รู้สึกเครียดเมื่อให้คำปรึกษา ร้อยละ 94.4 รู้สึกว่าผู้บังคับบัญชาใกล้ชิดชื่นชมในการทำงาน ร้อยละ 83.3 และไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการทำงาน ร้อยละ 69.4

ส่วนการปฏิบัติงาน พบว่ามีการปฏิบัติงานในบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษามากที่สุด ร้อยละ 63.4 รองลงมาเป็นการปฏิบัติงานในบทบาทเป็นผู้ให้กำลังใจ ร้อยละ 22.2 และปฏิบัติงานในบทบาทเป็นผู้ประสานงาน ร้อยละ 13.9

จากตารางที่ 1 พบว่า ประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ภาระงานที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์



ตารางที่ 1. แสดงความสัมพันธ์

Source	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	14	.075	24.065	.000
Intercept	1	15.759	5055.916	.000
- ประสบการณ์ *การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษา	2	.038	12.233	.000
- ภาระงาน *การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษา	3	.018	5.833	.005
- ความพึงพอใจ *การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษา	3	.010	3.114	.048
- ความเครียดและ Burn out *การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษา	2	.007	2.239	.131
- ชุดตัวแปรประสบการณ์ / ภาระงาน / ความพึงพอใจ / ความเครียดและภาวะ Burn out *การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษา	4	.004	1.128	.370
Error	21	.003		
Total	36			
Corrected Total	35			

a. R Squared = .941 (Adjusted R Squared = .902)

b. Computed using alpha = .05

ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ความพึงพอใจต่องานให้คำปรึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนความเครียดและภาวะ Burn out ที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ ($P = .131$) เมื่อพิจารณาเป็นชุดตัวแปรทั้ง 4 ตัวพร้อมกัน พบว่าประสบการณ์ทำงาน ภาระงาน ความพึงพอใจต่องานให้คำปรึกษา ความเครียดและภาวะ Burn-out ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์เช่นกัน ($P = .370$)

การสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับ ความคิดเห็น มุมมอง แนวคิดเชิงนโยบายที่มีต่อการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์

กลุ่มผู้ใช้บริการปรึกษา ได้แสดงความคิดเห็นดังต่อไปนี้

ความคิดเห็นต่อการแสดงบทบาท “ผู้ให้คำปรึกษา” ผู้ใช้บริการปรึกษา ให้ข้อมูลสรุปได้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาได้แสดงบทบาทการให้คำปรึกษา โดยการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้ทราบข้อมูลเบื้องต้น ถึงแม้ว่าในปัจจุบันชุมชนให้การยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น ไม่แสดงความรังเกียจมากเหมือนในอดีต แต่ในความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ยังรู้สึกกระแวงว่าถึงอย่างไรสักในใจคนอื่นก็ยังไม่ถึงเลย ผู้ใช้บริการปรึกษา เพศหญิง อายุ 27 ปี ให้ข้อมูลว่า ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำว่า “ต้องใส่ถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับแฟน” เช่นเดียวกับผู้ใช้บริการปรึกษา เพศชาย อายุ 52 ปี บอกว่า ผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลว่า “ต้องเลือกวิธีการป้องกันการติดเชื้อที่ปลอดภัยที่สุด” ทำให้ผู้ใช้บริการปรึกษา สามารถตัดสินใจหรือแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองเป็นอย่างดี ถึงแม้ส่วนใหญ่จะมาใช้บริการปรึกษาเพียงครั้งเดียวหรือสองครั้งก็ตาม

ความคิดเห็นต่อการแสดงบทบาท “ผู้ให้กำลังใจ” จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่ต้องการอยู่ที่บ้าน ต้องการให้ญาติพี่น้องดูแล ต้องการการสนับสนุนด้านการเงิน อาหาร ที่อยู่อาศัย การประกอบอาชีพ และมีความพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ญาติเข้าใจและไม่ทอดทิ้ง การทำงานทำให้รู้สึกว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า รู้สึกได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน รู้สึกมั่นใจในตนเองในด้านการดำรงชีวิตตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง แต่มีบางคนที่ยังปกปิดไม่ยอมให้คนอื่นรับรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง ในขณะที่ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความต้องการด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ได้แก่ ต้องการเงินช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันเช่น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าอาหารและค่าที่พักระหว่างการไปรับการรักษา การส่งเสริมการประกอบอาชีพ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต้องรับการรักษาเป็นเวลานาน ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก การมารับบริการให้การศึกษา ผู้ให้บริการปรึกษาได้ให้ข้อมูลด้านการให้การปรึกษาอย่างเต็มที่ และสอบถามถึงด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน การประกอบอาชีพ รายได้จากกร

ประกอบอาชีพ กรณีที่มีปัญหาเดือดร้อนด้านความเป็นอยู่ จะได้รับคำแนะนำถึงหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานท้องถิ่นเช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ

ความคิดเห็นต่อการแสดงบทบาท “ผู้ประสานงาน” ผู้ให้คำปรึกษาได้แสดงบทบาทเป็นผู้ประสานงานโดยการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่แผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล ในกรณีที่เจอปัญหาความไม่ชัดเจนของเอกสารหรือข้อมูลที่ส่งมากับผู้ใช้บริการปรึกษา โดยการโทรศัพท์ประสานงานเป็นส่วนใหญ่ และเขียนเอกสารเพื่อส่งต่อข้อมูล และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการปรึกษาจากคลินิกให้คำปรึกษา พบว่า ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ยกเว้นในโรงพยาบาลชุมชน มีการดำเนินงานให้คำปรึกษาที่มีการดูแลครอบคลุมด้านสังคมและจิตใจ ในกรณีที่ผู้รับบริการมีปัญหาเรื่องสังคมและเศรษฐกิจ โรงพยาบาลจะมีระบบการส่งต่อไปหน่วยงานให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาด้านสังคม หรือส่งไปที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อำเภอหรือจังหวัด โดยมีเครื่องมือการส่งต่อเป็นแบบบันทึกที่มีรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีระบบการค้นหาข้อมูลผ่านกลุ่มแกนนำอีกด้วย หลังจากผู้ใช้บริการได้ไปส่งต่อแล้ว จะต้องนำไปส่งต่อรับบริการ ไปยื่นต่อหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์อำเภอหรือจังหวัดต่อไป และโรงพยาบาลจะมีการติดตามความก้าวหน้าโดยพูดคุยซักถามกับผู้ใช้บริการในวันนัดมารับยาที่โรงพยาบาลในครั้งถัดไป ยังไม่มีระบบการตรวจสอบหรือส่งข้อมูลย้อนกลับระหว่างหน่วยงาน ทั้งนี้พอสรุปได้ว่า ไม่ค่อยพบปัญหาหรืออุปสรรคในการส่งต่อข้อมูลหรือการประสานงานในโรงพยาบาล



ส่วนการส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่น เช่น การส่งต่อไปยังหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์อำเภอหรือจังหวัด ไม่เคยส่งต่อขอความช่วยเหลือให้ผู้ให้บริการซึ่งผู้ใช้บริการปรึกษาต้องไปเริ่มต้นเข้าสู่ระบบการช่วยเหลือตามกระบวนการของหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์อำเภอหรือจังหวัด

กลุ่มผู้บริหาร ได้สะท้อนว่า งานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นงานที่ทำงานกับบุคคลและครอบครัวเป็นหลัก โดยเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาทางสังคมที่มีผลกระทบซึ่งกันและกัน โรคเอดส์ถือเป็นโรคทางสังคมที่เกิดจากพฤติกรรมของคนในสังคมที่มีส่วนทำให้เกิดการติดต่อของโรค การจัดบริการปรึกษาจึงเป็นกระบวนการที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักและเปลี่ยนแปลงภายในตนเองสามารถจัดการตนเองได้เพื่อการใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ซึ่งตรงกับเป้าหมายของงานสังคมสงเคราะห์

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ได้แสดงความเห็นด้วยและสนับสนุนที่หน่วยงานภาครัฐ จัดให้มีงานบริการคำปรึกษาในหน่วยงาน เนื่องจากเห็นว่า การให้คำปรึกษาเป็นการช่วยเหลือให้คิดและตัดสินใจแก้ไขปัญหของตนเองได้ และผู้ใช้บริการปรึกษารู้สึกพึงพอใจและเชื่อมั่นต่อผู้ให้คำปรึกษา เพราะเห็นว่า เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญ ทั้งนี้ผู้ใช้บริการปรึกษานับสนุนให้จัดบริการนี้ตลอดไป แต่ผู้ใช้บริการปรึกษาเห็นว่าความครอบคลุมของการให้บริการยังมีข้อจำกัด เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต้องการที่จะสนับสนุนการเข้าถึงการให้คำปรึกษาแก่ผู้เข้าตรวจหาเชื้อเอชไอวี แต่มีข้อจำกัดด้าน

งบประมาณ การดำเนินงานจริง ๆ ระบบการส่งต่อหรือการเชื่อมโยงระบบบริการคำปรึกษากับงานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลยังไม่มีเชื่อมโยงระบบบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลปัญหา ด้านสังคมและเศรษฐกิจและเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้เข้าถึงสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์ โดยนักสังคมสงเคราะห์จะมีการดำเนินงานส่งต่อขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดให้ได้รับความช่วยเหลือต่อไป

วิจารณ์ผล

ผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานประจำที่คลินิกรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และคลินิกให้การปรึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขและนักจิตวิทยา เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ มีความเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพ มีความเข้าใจในตัวตนของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ไม่ประณาม ไม่ตำหนิ ตีเตียน ซึ่งทัศนคติและการปฏิบัติเช่นนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดแบบมนุษยนิยม (Humanism) ที่เน้นความเท่าเทียมกันของมนุษย์ไม่ว่าจะติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อก็ตามสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภา กุลนภาดล⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่า ผู้ให้คำปรึกษาเป็นบุคคลที่ได้รับการศึกษา มีประสบการณ์ความรู้ ความสามารถในทางการให้คำปรึกษาและทางจิตวิทยา สามารถให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาได้ เพื่อให้ผู้ใช้บริการปรึกษาเข้าใจปัญหาหรือเรื่องราวที่นำมาปรึกษาสามารถใช้พลังปัญญาและความสามารถของตนเองในการตัดสินใจตกลงที่จะเลือกกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดในวิถีทางที่เหมาะสมที่ปรารถนา และในที่สุดผู้ใช้

บริการปรึกษาจะสามารถป้องกันแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม

ผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ โดยเฉลี่ย 1.58 ปี และส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี จึงมีความเชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของพนม เกตุมาน⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่ากระบวนการให้คำปรึกษา มีหลายขั้นตอน ต้องอาศัยประสบการณ์ในการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ การให้คำปรึกษา และการประเมินผล แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแวตตา ประเสริฐยิ่ง⁽⁸⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ของผู้ให้คำปรึกษาในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดน่าน ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การให้คำปรึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการให้คำปรึกษา นอกจากนั้นผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพนม เกตุมาน⁽⁷⁾ ที่สรุปไว้ว่า ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีการเพิ่มพูนความรู้ อยู่เสมออย่างน้อยในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ต้องมีความรู้ความสามารถ ที่จะให้คำปรึกษาได้ เพราะการให้คำปรึกษา มีขอบข่ายกว้างขวางผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องรู้หลักการและเทคนิคในการให้คำปรึกษา ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของคน ความต้องการของคน พฤติกรรมศาสตร์ แรงจูงใจ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาได้

ผู้ให้คำปรึกษา มีภาระงานอื่นที่ต้องปฏิบัติ นอกเหนือจากงานให้คำปรึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุตาพร คำพอน อรพิน นวพงษ์สาคร และ สุภิพัฒน์ พระยาผล⁽⁹⁾ ที่วิเคราะห์ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพจากตึกคนไข้ใน รพ.ขอนแก่น

พบว่า พยาบาลวิชาชีพตึกคนไข้ในมีภาระงานหนักมาก พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาดูแลผู้ป่วยในช่วงเช้าเฉลี่ย 21 นาทีต่อคน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้คำปรึกษาให้ความสำคัญกับงานให้คำปรึกษามากกว่างานอื่นๆ ซึ่งพิจารณาได้จากสัดส่วนการปฏิบัติงานให้คำปรึกษามากกว่างานอื่น ส่วนการให้คำปรึกษาขึ้นอยู่กับความชำนาญและปัญหาของผู้ใช้บริการปรึกษาแต่ละคน ส่วนใหญ่ให้คำปรึกษาได้น้อยกว่า 50 รายต่อสัปดาห์ และใช้เวลาให้คำปรึกษาต่อรายน้อยกว่า 20 นาที

ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจต่องานให้คำปรึกษา รู้สึกมีคุณค่าต่องานให้คำปรึกษา รู้สึกว่าเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานเห็นคุณค่าในงานให้คำปรึกษา ไม่รู้สึกอึดอัดในการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาและไม่รู้สึกเหนื่อยล้าหรือโดดเดี่ยวในการทำงาน ผู้บังคับบัญชาใกล้ชิดตัวขึ้นชมในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของอรนรินทร์ ขจรวงศ์ วัฒนา⁽¹⁰⁾ ที่สรุปว่า ผู้ให้คำปรึกษาทราบว่า การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการช่วยเหลือ ให้บุคคลได้สำรวจตนเอง จนเกิดความเข้าใจตนเองและลงมือปฏิบัติอย่างเหมาะสม เพื่อการแก้ปัญหา การปรับตัว การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา การบริหารจัดการชีวิตที่เหมาะสม จนนำไปสู่การพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีความเจริญงอกงามส่วนบุคคล สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ให้คำปรึกษาไม่มีความเครียดจนเกิดภาวะ Burn out สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญมณี สัจจาสัย⁽¹¹⁾ ศึกษาความพึงพอใจในการสื่อสารและการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่านักสังคมสงเคราะห์มีความพึงพอใจสูงสุดต่อการมีความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนร่วมงานเสมอ ความรับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และความสำเร็จในการทำงาน และพบว่า รูปแบบการสื่อสาร เป็นตัวแปรที่อธิบายความพึงพอใจ



ในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวรนุช บุญยะกมล⁽¹²⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน คือ ความสำเร็จของงาน โอกาสเจริญในงาน สภาพการทำงาน และผลประโยชน์เกื้อกูล

ผู้ให้คำปรึกษาได้ปฏิบัติงานที่สนับสนุนสังคมสงเคราะห์ในบทบาทผู้ให้คำปรึกษามากที่สุด ซึ่งได้แก่ การให้คำปรึกษา ครอบคลุมตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอคำปรึกษาเพื่อให้ทราบข้อมูลเบื้องต้น นำมาสู่การวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยปัญหาการค้นหาสาเหตุของปัญหา แล้วกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการให้คำปรึกษา ต่อจากนั้นเป็นการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับคำปรึกษาเพื่อให้มีทักษะและความสามารถในการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันก็ได้แสดงบทบาทผู้ให้กำลังใจเป็นลำดับรองลงมา กิจกรรมได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ขอรับคำปรึกษา การให้เกียรติผู้ขอคำปรึกษา แสดงความเป็นมิตร รับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้ผู้ขอรับคำปรึกษามีความรู้สึกอบอุ่นใจ เข้าใจ ไม่ซ้ำเติมและวินิจฉัยปัญหาให้ฟัง เสนอแนะพร้อมชี้แจงเหตุผลประกอบการตัดสินใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอื้อมเดือน นามวิเศษ⁽¹³⁾ ศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger สามารถลดความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ความเครียดและความท้อแท้ และเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อได้ ส่วน

บทบาทผู้ประสานงาน ซึ่งหมายถึง การส่งต่อเรื่องราวของผู้มารับบริการไปให้ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ยังไม่มีการส่งต่อผู้ใช้บริการปรึกษาไปยังหน่วยงานอื่นโดยเฉพาะจากโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากสามารถช่วยแก้ปัญหาให้ได้ ส่วนมากเป็นการแนะนำให้ไปรับบริการด้วยตนเองที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เนื่องจากต้องไปเริ่มต้นเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือของหน่วยงานนั้นๆ ตามระบบ เนื่องจากยังไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจนระหว่างหน่วยให้คำปรึกษากับงานสังคมสงเคราะห์เพื่อส่งขอรับความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตามระเบียบ ซึ่งกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการได้มีแนวทางการช่วยเหลือ การสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ว่าเป็นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ครอบครัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประสบปัญหาความเดือดร้อน โดยให้การช่วยเหลือเป็นเงินค่าอุปโภคบริโภค ค่ารักษาพยาบาลหรือเงินทุนประกอบอาชีพ ครั้งละไม่เกิน 2,000 บาท/ครอบครัว และช่วยเหลือติดต่อกันได้ไม่เกิน 3 ครั้ง/ครอบครัว

ประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อการแสดงบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) หมายความว่า ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์จะปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ได้แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีความประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อมเดือน นามวิเศษ⁽¹³⁾ ศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะ

จิตสังคมในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาในแต่ละรูปแบบ ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการประยุกต์ใช้และพัฒนาคุณภาพในการให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้

ภาระงานที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) หมายความว่า ผู้ให้คำปรึกษาที่มีภาระงานอื่นๆ จำนวนมากนอกจากงานให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ จะทำให้การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ได้แตกต่างจากผู้ให้คำปรึกษาที่มีภาระงานอื่นๆ จำนวนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาพร คำพอน อรพิน นวพงษ์-สาคร และสุภิพัฒน์ พระยาอ^(๑) ที่วิเคราะห์ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค รพ.ขอนแก่น พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ประจำตึกคนไข้ในมีภาระงานหนักมากและใช้เวลาดูแลผู้ป่วยในช่วงเช้า ช่วงบ่ายและช่วงดึก แตกต่างกันเนื่องจากจำนวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไม่เท่ากัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิด ประเสริฐยิ่ง^(๒) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ของผู้ให้คำปรึกษาในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดน่าน พบว่า ภาระงานไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมการให้คำปรึกษา

ความพึงพอใจต่องานให้คำปรึกษาที่แตกต่างกันจะมีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) หมายความว่า ผู้ให้คำปรึกษาที่มีความพึงพอใจต่องานให้คำปรึกษา จะทำให้การปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่

สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ได้แตกต่างจากผู้ที่ไม่พึงพอใจต่องานให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณัฐ บุญยะกมล⁽¹²⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน คือ ความสำเร็จของงาน โอกาสเจริญในงาน สภาพการทำงาน

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา หรือตำแหน่งอื่น ๆ ทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ในคลินิกให้คำปรึกษา จากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอยุธยา จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวนทั้งสิ้น 36 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 36 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานประจำที่คลินิกรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และคลินิกให้การปรึกษา ร้อยละ 44.4 และ 41.6 ตามลำดับ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 86.1 รองลงมาได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 11.1 มีประสบการณ์ในคำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์เฉลี่ย 1.58 ปี เคยให้คำปรึกษามาแล้วมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 38.9 ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาแล้ว ร้อยละ 62.2 ผู้ให้คำปรึกษา มีภาระงานอื่นที่ต้องปฏิบัตินอกเหนือจากงานให้คำปรึกษา ร้อยละ 97.2 มีจำนวนผู้ใช้บริการคำปรึกษาน้อยกว่า 50 รายต่อสัปดาห์ ร้อยละ 88.9 จำนวนชั่วโมงที่ให้คำปรึกษา



ต่อสัปดาห์คือ 30 ชั่วโมง ร้อยละ 80.6 โดยใช้เวลาที่ให้คำปรึกษาต่อรายน้อยกว่า 20 นาที ร้อยละ 55.6 อย่างไรก็ตาม สามารถช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ให้บริการปรึกษาได้ ร้อยละ 100 ผู้ให้คำปรึกษา รู้สึกพึงพอใจต่องานให้คำปรึกษา รู้สึกมีคุณค่าต่องานให้คำปรึกษา รู้สึกว่าเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานเห็นคุณค่าในงานให้คำปรึกษา ไม่รู้สึกอึดอัดในการปฏิบัติงานให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาส่วนใหญ่ มีเวลาเพียงพอในการให้คำปรึกษา ไม่รู้สึกเหนื่อยล้าในการทำงาน ไม่รู้สึกเครียดเมื่อให้คำปรึกษา รู้สึกว่าผู้บังคับบัญชาใกล้ชิดตัวขึ้นชมในการทำงาน และไม่รู้สึกลดเดี่ยวในการทำงาน ส่วนการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ พบว่ามีการปฏิบัติงานในบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษามากที่สุด ร้อยละ 63.4 รองลงมาที่มีการปฏิบัติงานในบทบาทเป็นผู้ให้กำลังใจ ร้อยละ 22.2 และปฏิบัติงานในบทบาทเป็นผู้ประสานงาน ร้อยละ 13.9 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่า ประสิทธิภาพทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ภาระงานที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ความพึงพอใจต่องานให้คำปรึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนความเครียดและภาวะ Burn out ที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ ($P = .131$) เมื่อพิจารณาเป็นชุดตัวแปรทั้ง 4 ตัวพร้อมกัน พบว่า ประสิทธิภาพทำงาน

ภาระงาน ความพึงพอใจต่องานให้คำปรึกษา ความเครียดและภาวะ Burn-out ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่สนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์เช่นกัน ($P = .370$)

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมให้คำปรึกษาควรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แล้วเท่านั้น และควรจัดให้มีการฝึกทักษะงานให้คำปรึกษาเพื่อมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ควรกำหนดขอบเขตงานให้ชัดเจนเพื่อป้องกันภาระงานที่หนักเกินไป ซึ่งทั้ง ประสิทธิภาพทำงาน ภาระงาน ความพึงพอใจต่องานให้คำปรึกษา มีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาทผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ทั้งสิ้น

2. ควรจัดให้มีการเพิ่มพูนความรู้ด้านการให้คำปรึกษาแก่ทีมผู้ให้คำปรึกษาทุกๆ 5 ปี

3. จัดให้มีระบบการส่งต่อหรือการเชื่อมโยงระบบบริการคำปรึกษากับงานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจและเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้เข้าถึงสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์ โดยนักสังคมสงเคราะห์จะมีการดำเนินงานส่งต่อความช่วยเหลือกับหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดให้ได้รับความช่วยเหลือต่อไป

4. ปรับรูปแบบการให้บริการเป็นแบบเชิงรุกมากขึ้น โดยกำหนดเป็นนโยบาย ที่เอื้อต่อการให้คู่ชกชวกันมาตรวจเลือดและให้ปรึกษาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความตระหนักในการป้องกันโรคเอดส์และพร้อมใจที่จะตรวจเอชไอวีเป็นคู่ด้วยความสมัครใจ

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีประภา ชัยสินธพ. เอกสารคำสอนเรื่อง ปฏิบัติทางจิตสังคมอันเป็นผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2557. แหล่งข้อมูล: <http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/psychosocial-aspect-of-physical-illnesses>
2. จรัส ตฤณวุฒิพงษ์. คำสัมภาษณ์เรื่องโรคเอดส์. การประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่15; 1 กรกฎาคม 2547; ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี, จังหวัดนนทบุรี.
3. อรรถพร หิรัญดิษฐ์. Managing Antiretroviral Drug Supply and Stock Management. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548: 16.
4. เชิดเกียรติ แก้วกลีกริก. การดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2556. แหล่งข้อมูล:<http://dpc9.ddc.moph.go.th/napha9/social/Aids/AIDS1.htm>.
5. สุรพล เกาะเรียนอุดม และคณะ. การให้คำปรึกษาแนะนำในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2556: แหล่งข้อมูล: <http://www.chiangmaihealth.com/section/aids/aids/AIDS21.HTM>.
6. เพ็ญภา กุลนาคดล. เอกสารประกอบการบรรยายการให้คำปรึกษาวัยรุ่นและครอบครัว. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2556: แหล่งข้อมูล:<http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาบทบาทผู้ให้คำปรึกษา>.
7. พนม เกตุมาน. การให้คำปรึกษาวัยรุ่น. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2556: แหล่งข้อมูล: http://www.psyclin.co.th/new_page_55.htm.
8. แววดา ประเสริฐยิ่ง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ของผู้ให้คำปรึกษาในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดน่าน. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
9. สุดาพร คำพอน อรพิน นวพงษ์สาร และสุภิพัฒน์ พระยาอ. วิเคราะห์ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค รพ.ขอนแก่น. Khon Kaen Hospital Medical Journal Vol. 27 No. 3 September' December 2008: 209, 2551.
10. อรณรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา. ทฤษฎีการให้คำปรึกษากับชีวิตประจำวัน. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2556: แหล่งข้อมูล: <http://www.gotoknow.org/posts/277203>.
11. อัญมณี สัจจาชัย. ความพึงพอใจในการสื่อสารและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์สังกัดกรมประชาสงเคราะห์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
12. วรนุช บุญยะกมล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข – สุขในศูนย์สุขภาพชุมชนกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551
13. เอื้อมเตือน นามวิเศษ. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.



ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการ ข้อมูลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลรัฐ 44 แห่ง

ฐิติรัตน์ จิรัญญานนท์*, ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน*

Abstract

Burn-out of HIV Data Managers of 44 Hospitals in Thailand

Thitiilat Chiraunyanann*, Sunsanee Smitakestrin*

*Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

This research was a cross-sectional descriptive research, aimed to study the burn-out among 40 data managers in 40 hospitals of Thailand, 2009-2010. Variables used in study were sex, age, care experience, training, work attitude, role and duty of care and the effects on burn-out. The personal history questionnaires, Maslach Burnout Inventory (MBI) were used as data gathering instruments. Forms were sent to all pharmacists of 40/55 target hospitals in 4 provinces from 4 regions. Mean, standard deviation, frequency were applied in the statistical analysis.

It was revealed that most data manager were female (80%), age average 35 yrs (range 28.5-44.2), 1-5 yrs work experience (62.5%), were trained about AIDS counseling 1-2 yrs. ago (72.5%), want to train more (72.5%) the mostly duty were data recording and management, report, counseling, group activity coordinating and patient referring, The obstacles were computerized data entry, personal (work loads, problems from data recording on the NAP program through National Health Security System, i.e., no of patients)

*Data manager work on AIDS have burn-out in low level, average scores of burn-out=34.33, study result show scores of burn-out were low all 3 areas (3 areas of burn-out ; emotion exhaustion, depersonalization & decrease sense of personal accomplishment). **About emotion exhaustion area**, almost of them got I; 29 cases (64.4%): low, 7 cases (15.6%): medium and 9 cases (20%): high. **About depersonalization area**, almost of them got it; 39 cases(86.7%): low, 3 cases (6.7%): medium and 3 cases (6.7%): high. **About decrease sense of personal accomplishment area**, almost of them got it, 44 cases (97.8%): low, 1 cases (2.2%): medium. **Recommendation** for organization which had care service should solve the problem if work load occurred focused on personal availability, the providing of caring time and work loading. For providers, clarification and set priority of work and relaxation activities were needed.*

Key Words: Burn-out, HIV Data Manager, Data Record, AIDS Care Providers, HIV/AIDS Care
Thai AIDS J 2014; 26 : 145-158

บทคัดย่อ

การศึกษาวัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเห็น้อยหน่ยใจในการทำงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอชไอวีของเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลในโรงพยาบาลของรัฐ ระหว่างปี พ.ศ.2552-2553 วิธีการศึกษาผู้วิจัยได้เลือกจังหวัดที่จะเก็บข้อมูล 4 จังหวัดคือ จังหวัดสุพรรณบุรี เพชรบูรณ์ สุรินทร์ และสุราษฎร์ธานี เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกโรงพยาบาลใน 4 จังหวัด รวมทั้งหมด 55 แห่ง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประวัติส่วนตัว และแบบทดสอบความเห็น้อยหน่ยใจในการทำงานส่งแบบทั้งสองให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในโรงพยาบาลทุกคนตอบ เก็บรวบรวม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูล 40 คนจากโรงพยาบาล 40 แห่ง มีอายุเฉลี่ย 35 ปี (28.5-44.2 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลเกือบหนึ่งในสามมีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 62.5) นอกจากทำหน้าที่บันทึกข้อมูล/สรุปรายงานผู้ป่วยแล้ว ส่วนใหญ่ยังทำหน้าที่ให้ความรู้คำแนะนำ (ร้อยละ 95) การประสานส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 90.0) การให้คำปรึกษา (ร้อยละ 87) และการประสานจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อร่วมกับทีม (ร้อยละ 82.5) โดยเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ปฏิบัติหน้าที่ในการบันทึกและจัดการข้อมูลอยู่ในช่วงเวลา 1-5 ปี ซึ่งเกือบหนึ่งในสามได้รับการอบรมด้านเอตส์ในรอบปี 2551-2552 ที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามร้อยละ 72.5 ยังคงต้องการรับการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอตส์ ในส่วนของการจัดการข้อมูล มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลจากแบบรายงานและโปรแกรม NAPHA ซึ่งเป็นโปรแกรมเดิมในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.5 และ 49 ตามลำดับ) ซึ่งผลการวิเคราะห์ส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ในการวางแผนการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 80) และรายงานผลการดำเนินงาน (ร้อยละ 77)

ภายหลังการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพพบว่า สถานบริการครึ่งหนึ่งหรือมากกว่ารายงานการบันทึกข้อมูล ว่าภาระการให้บริการ การใช้โปรแกรม และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลประมาณสามในสี่มีความพึงพอใจและเข้าใจต่องานบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีในระดับมากถึงมากที่สุด และเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลครึ่งหนึ่งมีความเห็นว่าการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพมีผลเพิ่มภาระงานในระดับที่สามารถปรับเวลาการทำงานได้ และประมาณหนึ่งในสี่เห็นว่ามีการเพิ่มภาระงานโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังไม่ปรับได้ไม่ทันนัก ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริการยาต้านไวรัสด้านการกรอกข้อมูล เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลครึ่งหนึ่งเห็นว่ายังมีปัญหาด้านอุปกรณ์ เช่น คอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 50) รองลงมาเป็นปัญหาเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลไม่เพียงพอ (ร้อยละ 47.5) การส่งต่อข้อมูล (ร้อยละ 37.5) และขาดระบบการตรวจสอบความถูกต้อง (ร้อยละ 35) ส่วนความกังวลใจและข้อขัดข้องในการดำเนินงานนั้น เห็นว่าเป็นประเด็นเรื่องปริมาณและคุณภาพของบุคลากรในการดำเนินโครงการฯ (ร้อยละ 60) และการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอตส์ (ร้อยละ 50) ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นภาระการให้บริการ การลงบันทึกข้อมูล การใช้โปรแกรม ที่เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลเห็นว่า เป็นปัญหาในจำนวนที่เท่าๆกัน คือ ร้อยละ 67.5

สรุป เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลมีความเห็น้อยหน่ยใจในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 29.2) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความเห็น้อยหน่ยใจในการทำงานแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ =15.5 อยู่ในระดับต่ำ,
2. ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล =3.5 อยู่ในระดับต่ำ
3. ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ =10.3 อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนค่าเชิงปริมาณของคะแนนความเห็น้อยหน่ยใจในระดับต่างๆ แต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1. เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลมีความเห็น้อยหน่ยใจในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ทั้งหมด 45 ราย พบความเห็น้อยหน่ยใจในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ 29 คน (64.4%) ระดับปานกลาง 7 คน (15.6%) และระดับสูง 9 คน (20.0%)
2. เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลมีความเห็น้อยหน่ยใจในการทำงานด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลทั้งหมด 45 ราย พบในระดับต่ำ 39 คน (86.7%) ระดับปานกลาง 3 คน (6.7%) และระดับสูง 3 คน (6.7%)
3. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลมีความเห็น้อยหน่ยใจในการทำงานด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จทั้งหมด 45 ราย พบในระดับต่ำ 44 ราย (97.8%) ระดับปานกลาง 1 ราย (2.2%) โดยไม่พบในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ กรณีที่บุคลากรพบกับปัญหาความเห็น้อยหน่ยใจในการทำงาน ในด้านผู้บริหารควรปรับปรุงเพิ่มบุคลากรถ้ามีภาระงานมากเกินไป ในส่วนของบุคคลควรค้นหาปัญหาและสาเหตุที่นำมาซึ่งความเห็น้อยหน่ยใจ ถ้ามีหลายสาเหตุต้องแก้ไปทีละจุด การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา การจัดสรร แบ่งเวลา จัดแบ่งภารกิจเป็นงานย่อยๆ เรียงลำดับตามความสำคัญ



เร่งด่วน และควรมีการผ่อนคลายความเครียดในแนวทางที่ชอบและสนใจ เช่น การไปเที่ยว ทักทาย การเล่นกีฬา เพื่อผ่อนคลายในการทำงานและลดความเครียด

คำสำคัญ ความเหนื่อยหน่ายต่อแท้งในการทำงาน, เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูล, การบันทึกข้อมูลเอดส์, การให้บริการผู้ป่วยเอดส์
วารสารโรคเอดส์ 2557; 26 : 145-158

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ก่อให้เกิดปัญหาระยะยาวในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของประเทศด้วย จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยคาดว่าในปี พ.ศ.2553 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมประมาณ 1,161,694 ราย⁽¹⁾ และมีผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่จำนวน 499,324 ราย⁽²⁾ และประมาณ 257,493 รายเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการการรักษา และแม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จะชะลอการเพิ่มจำนวนลงแต่จำนวนผู้ป่วยที่สะสมก็เป็นภาระต่อการดูแลรักษาที่บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสาธารณสุขอันประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ดูแลข้อมูลและอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ การทำงานซึ่งต้องปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่ายและหลายระดับ ทั้งในทีมสุขภาพด้วยกันและทีมอื่นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันในพื้นฐานและการพัฒนาด้านจิตใจและอารมณ์ ตลอดจนประสบการณ์ จากลักษณะงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้ต้องรับภาระในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และอาจจะต้องปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น องค์กรเอกชน (NGO) ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมทั้งในชุมชนรอบข้างของสถานบริการสาธารณสุขด้วยการที่ต้องให้การดูแลหรือปฏิบัติงานร่วมกับบุคคลอื่นรอบข้าง เช่น ญาติผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และชุมชน

ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันทั้ง เพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ อนามัยที่แตกต่างกันทั้งชนิดและความรุนแรง ซึ่งบุคคลผู้ประกอบอาชีพเหล่านี้ต้องปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้มาขอรับบริการจำนวนมากในด้านการให้บริการ ให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการและช่วยแก้ปัญหาแก่บุคคลเหล่านั้น การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นการทำงานหนักอย่างต่อเนื่อง และต้องเผชิญกับสภาพการณ์หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ และยังประกอบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานในองค์กรก็จะก่อให้เกิดความเครียด ความไม่พอใจได้ ซึ่งถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือจัดให้บรรเทาได้ ในที่สุดก็จะเกิดความเหนื่อยหน่าย ซึ่งความเหนื่อยหน่ายเป็นผลของการเกิดความเครียดเรื้อรังในการทำงาน⁽³⁾ เกิดขึ้นได้ในทุกวิชาชีพที่ต้องทำงานเพื่อช่วยเหลือมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทีมสุขภาพ ซึ่งต้องทำงานเกี่ยวข้องกับประชาชนที่ต้องการบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม การปฏิบัติงานไปในทางที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีการปฏิบัติกับผู้มารับบริการหรือผู้มาขอความช่วยเหลือด้วยท่าทีเฉยเมย มักจะปฏิเสธความรับผิดชอบ ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ⁽³⁾ สูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล นอกจากนี้ อาจจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อเพื่อนร่วมงาน หลีกเลี่ยงการพูดคุย หรือติดต่อกับผู้ร่วมงาน พยายามแสวง

หาทางที่จะปลีกตัวออกไปจากสังคม ทางด้านการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่มีต่อตนเองนั้น ผู้ที่ประสบกับความเหนื่อยหน่ายจะมีความมั่งหวังในชีวิตต่ำลง มีความรู้สึกว่าจะทำอะไรความสามารถ ไม่มีประสิทธิภาพ⁽³⁾ ส่วนผลของความเหนื่อยหน่ายทางด้านอารมณ์ คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเย็นชา หมดหวัง คับข้องใจ รวมทั้งรู้สึกหมดกำลังใจ หมดหวังที่จะทำงานต่อไป การทำงานจึงเป็นไปอย่างเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน⁽³⁾ ความเอาใจใส่กับผู้รับบริการลดลง ความผูกพันกับงานและอาชีพก็ลดลงด้วย⁽³⁾

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความเหนื่อยหน่ายถ้าหากเกิดขึ้นกับบุคคลใด หรือกลุ่มวิชาชีพโดยอ้อมก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล หน่วยงานและสังคมที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ก็เป็นอีกอาชีพหนึ่งที่ต้องทำงานในด้านการให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจจะประสบกับภาวะความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ในการทำงานได้ และจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทำให้ภาระงานสูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของผู้ให้บริการผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นงานที่หนัก ต้องใช้ความอดทนสูง จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยภาวะความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล เพื่อกระตุ้นเตือนผู้เกี่ยวข้องให้เห็นความสำคัญของปัญหา และใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาการบริหารจัดการงานในองค์กร รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพจิตใจของบุคลากร

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลที่ใช้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลรัฐ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง cross-sectional study ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลซึ่งเป็นบุคลากรผู้ให้บริการผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยได้เลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลที่เข้าโครงการการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีจากแต่ละภาคมา 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัดได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี เพชรบูรณ์ สุรินทร์ และสุราษฎร์ธานี เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกระดับทั้งหมด ส่งแบบสอบถามและแบบทดสอบให้เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลทุกคนตอบได้ แบบสอบถามคืนกลับมา 40 ชุดจาก 40 โรงพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แปลผล และสรุปผลการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบสอบถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ การอบรม ระยะเวลาการทำงาน และข้อมูลการจัดบริการสาธารณสุข
2. แบบทดสอบวัดความเหนื่อยหน่ายที่ผู้วิจัยนำแบบทดสอบที่มียัวร์ เกล็ดตา⁽⁴⁾ ดัดแปลงมาจากแบบวัดมาตรฐานชื่อ Maslach Burnout Inventory (MBI) ของ Maslach⁽⁵⁾ (ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสิระยา สัมมาวาจ⁽⁶⁾) โดยเขาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง และเป็นแบบทดสอบที่มีผู้นำมาใช้และหาความตรงและความเชื่อมั่นไว้แล้วโดยความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability) จากที่มียัวร์ เกล็ดตา⁽⁴⁾ ได้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความเหนื่อยหน่ายใน 3



ด้านเท่ากับ 0.79, 0.73 และ 0.76 ตามลำดับ ส่วนความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ (Validity) มยรี เถลัดตา⁽⁴⁾ ได้นำแบบทดสอบฉบับร่างไปให้คณะอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องและความชัดเจนของภาษาตามข้อเสนอแนะ

MBI วัดความเหนื่อยหน่ายใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Depersonalization) และความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ (Decrease sense of Personal Accomplishment) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วย

ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,6,8,13,14,16 และ 20

ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,10,11,15 และ 22

และความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,7,9,12,17,18,19 และ 21

ลักษณะและเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายแบ่งเป็นด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้าไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลยได้	0	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง ได้	1	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง ได้	2	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง ได้	3	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้	4	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งได้	5	คะแนน
ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วันได้	6	คะแนน

การตัดสินระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านจะแบ่งเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง ตามเกณฑ์การกำหนดคะแนนของแมสแลชและแจ๊คสัน⁽⁶⁾ โดยคิดคะแนน ดังนี้

ความเหนื่อยหน่ายทางด้าน	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	0-16 คะแนน	17-26 คะแนน	27 คะแนนขึ้นไป
ความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	0-6 คะแนน	7-12 คะแนน	13 คะแนนขึ้นไป
ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	0-30 คะแนน	31-36 คะแนน	37 คะแนนขึ้นไป

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนนความเหนื่อยหน่าย ในการศึกษาครั้งนี้จะกลับคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จทั้งนี้เพื่อตรวจสอบข้อมูล เพื่อสะดวกและง่ายต่อการแปลผล และเป็นแนวทางพิจารณาความเหนื่อยหน่ายในภาพรวม คือ หากตัวแปรใดมีผลต่อความเหนื่อยหน่าย 1 ใน 3 ด้านขึ้นไปให้สรุปว่าตัวแปรนั้นมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายโดยรวม

ผลการศึกษา

เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลจากจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด (ร้อยละ 35) (ตารางที่ 1) เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลมีมัธยฐาน

อายุ 35 ปี (28.5-44.2 ปี) ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 80) มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 62.5) นอกจากทำหน้าที่บันทึกข้อมูล/สรุปรายงานผู้ป่วยแล้ว ส่วนใหญ่ยังทำหน้าที่

ให้ความรู้คำแนะนำ (ร้อยละ 95) การประสานส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 90) การให้คำปรึกษา (ร้อยละ 87) และการประสานจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 82.5) โดยเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ปฏิบัติหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลอยู่ในช่วงเวลา 1-5 ปี ซึ่งเกือบหนึ่งในสามได้รับการอบรมด้านเอตส์ในรอบปี 2551-2552 ที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 72.5 ยังคงต้องการรับการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอตส์ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลร้อยละ 87.5 ยังคงต้องการทำหน้าที่ให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อไป (ตารางที่ 2)

สถานบริการส่วนใหญ่จัดบริการรวมอยู่ในคลินิกเดียวกันระหว่างผู้ป่วยสิทธิหลักประกันและสิทธิอื่นๆ ในส่วนการจัดการข้อมูล มีการวิเคราะห์

ข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลจากแบบรายงานและโปรแกรม NAPHA (อันเก่า) ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.5 และ 49 ตามลำดับ) ซึ่งผลการวิเคราะห์ส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ในการวางแผนการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 80.0) รายงานผลการดำเนินงาน (ร้อยละ 77) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลจำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุรินทร์	8	20
สุราษฎร์ธานี	14	35
สุพรรณบุรี	10	25
เพชรบูรณ์	8	20
รวม	40	100

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูล

* มัธยฐาน ** Q1-Q3

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
▫ ชาย	88	20.0
▫ หญิง	32	80.0
อายุ (ปี)	35*	28.5-44.2**
ประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอตส์		
▫ 1-5 ปี	25	62.5
▫ 6-10 ปี	11	27.5
▫ 11-19 ปี	4	10.0
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเอตส์ ณ สถานพยาบาลปัจจุบัน		
▫ 1-5 ปี	27	67.5
▫ 6-10 ปี	9	22.5
▫ 11-15 ปี	4	10.0
มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอตส์หรือได้รับการอบรมมาก่อน	36	90.0



ตารางที่ 2. (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
งานเอดส์ของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
▫ การซักประวัติ ตรวจสอบสุขภาพผู้ป่วย	26	65.0
▫ การพยาบาลผู้ป่วย	13	32.5
▫ การวินิจฉัยภาวะการเจ็บป่วย	9	22.5
▫ การเจาะเลือดส่งตรวจ	20	50.0
▫ การให้คำปรึกษา	35	87.5
▫ การให้ความรู้ ให้คำแนะนำ	38	95.0
▫ การรักษาด้วยยาทั่วไป	8	20.0
▫ การรักษาด้วยยา ARV ยาป้องกัน/รักษา OI	14	35.0
▫ การติดตามเยี่ยมบ้าน	26	65.0
▫ การบันทึกข้อมูล /รายงานผู้ป่วย	38	95.0
▫ การประสาน ส่งต่อผู้ป่วย	36	90.0
▫ การประสาน จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ	33	82.5
▫ เจาะเลือด และตรวจเลือด	6	15.0
▫ อื่นๆ	6	15.0
รับการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ปี 2551-2552	29	72.5
ต้องการอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้บริการผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์	29	72.5
ระดับความรู้ ความมั่นใจในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี		
▫ มากที่สุด	1	2.5
▫ มาก	16	40.0
▫ ปานกลาง	18	45.0
▫ น้อย	2	5.0
▫ น้อยมาก	2	5.0
ระยะเวลาที่ท่านทำหน้าที่เรื่องข้อมูลยาต้านไวรัส		
▫ 1-5 ปี	32	80.0
▫ 6-7 ปี	8	20.0
ความต้องการทำหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส		
▫ ยังมีความต้องการรับผิดชอบงานนี้ต่อไป	35	87.5
▫ ต้องการย้ายงาน	1	2.5
▫ ต้องการปรับเปลี่ยนงาน	3	7.5

ตารางที่ 3. การบริการและจัดการข้อมูล

	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพกับสิทธิอื่นๆ		
▫ อยู่ในคลินิกเดียวกัน	37	92.5
▫ แยกคนรับผิดชอบ	2	5.0
▫ อื่นๆ ระบุ	1	2.5
มีการวิเคราะห์ ประมวลผลข้อมูลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อที่รับยา	39	97.5
วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
▫ แบบรายงาน	21	52.5
▫ โปรแกรม NAPHA	16	40.0
▫ โปรแกรมอื่นๆ (โปรดระบุ)	21	52.5
การนำข้อมูลที่ประมวลผลไปใช้ประโยชน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
▫ ไม่ค่อยได้ใช้ประโยชน์	1	2.5
▫ ใช้ประโยชน์ไม่ได้ตามวัตถุประสงค์	2	5.0
▫ ใช้ในการนำเสนอผลการดำเนินงาน	31	77.5
▫ ใช้ในการวางแผนการปฏิบัติงาน	32	80.0
▫ ใช้ในการกำหนดนโยบาย	14	40.0
▫ ใช้ในการรายงานต่อหน่วยงานเหนือขึ้นไป	28	70.0
▫ ใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำโครงการเสนอของบประมาณ	28	70.0

เมื่อเปรียบเทียบการจัดการระหว่างก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่าการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ตามแนวทางที่กำหนด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65 เป็น ร้อยละ 95 ส่วนเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก (ตารางที่ 4) ส่วนสถานการณ์การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ภายหลังการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่า สถานบริการครึ่งหนึ่งหรือมากกว่ารายงาน การบันทึกข้อมูล การบริการให้ บริการ การใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นและจำนวนผู้ป่วย (ตารางที่ 5) เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลประมาณสามในสี่ มีความพึงพอใจและเข้าใจต่องานบริการยาต้าน

ไวรัสเอชไอวีในระดับมากถึงมากที่สุด (ตารางที่ 6) และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลครึ่งหนึ่งมีความเห็นว่าการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพมีผลเพิ่มภาระงานในระดับที่สามารถปรับเวลาการทำงานได้ และประมาณหนึ่งในสี่เห็นว่า มีการเพิ่มภาระงานโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังไม่ปรับได้ไม่ทัน (ตารางที่ 7)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริการยาต้านไวรัสด้านการกรอกข้อมูล เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลครึ่งหนึ่งเห็นว่า ยังมีปัญหาด้านอุปกรณ์ (ร้อยละ 50) รองลงมาเป็น ปัญหาเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลไม่เพียงพอ (ร้อยละ 47.5) การส่งต่อข้อมูล (ร้อยละ 37.5) และขาดระบบ



ตารางที่ 4. การจัดการเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ

	ก่อนเข้าหลักประกันสุขภาพ		หลังเข้าหลักประกันสุขภาพ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดในโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส	26	65.0	38	95.0
ผู้ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
□ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเฉพาะ	10	25.0	11	27.5
□ ผู้ประสานงาน	26	65.0	26	65.0
□ บุคคลในทีมงานสหวิชาชีพ	15	37.5	13	32.5
□ อื่นๆ	1	2.5	2	5.0

ตารางที่ 5. เปรียบเทียบสถานการณ์การรักษาดูแลเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี หลังเข้ารับหลักประกันสุขภาพกับก่อนเข้าสู่ระบบฯ

	จำนวน					
	ลดลง	ร้อยละ	เหมือนเดิม	ร้อยละ	เพิ่มขึ้น	ร้อยละ
จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยา	12	30.0	15	37.5	8	20.0
จำนวนผู้ป่วยรับยา ARV	3	7.5	11	27.5	18	45.0
ภาระการให้บริการ	1	2.5	14	35.0	21	52.5
การลง/บันทึกข้อมูล	5	12.5	6	15.0	25	62.5
การใช้โปรแกรม	7	17.5	9	22.5	20	50.0
การให้บริการอื่นๆ	0	0.0	0	0.0	1	2.5

ตารางที่ 6. ความพึงพอใจและระดับความเข้าใจของเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลต่องานบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน(ร้อยละ)					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก	ไม่เลย
ความพึงพอใจต่อการให้บริการ ดูแลและรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยภาพรวม	3(7.5)	27(67.5)	10(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ระดับความเข้าใจระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	2(5.0)	27(67.5)	11(27.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

ตารางที่ 7. ผลการดำเนินงานบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี

	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการจากมุมมองผู้ให้บริการ		
□ ไม่พอใจ	0	0
□ พอใจน้อย	0	0
□ พอใจปานกลาง	16	40.0
□ พอใจมาก	23	57.5
ความสะดวกและเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการจากการบริการ		
จากมุมมองผู้ให้บริการ		
□ ไม่ได้รับเลย	0	0
□ ได้รับบ้าง	2	5.0
□ ได้รับปานกลาง	15	37.5
□ ได้รับมาก	22	55.0
ผลโครงการบริการรักษาด้วยยา ARV ต่อภาระงาน		
□ เพิ่มภาระงานในระดับที่ไม่สามารถรับได้ในระยะยาว	5	12.5
□ เพิ่มภาระงานในระดับที่สามารถปรับเวลาการทำงานได้	20	50.0
□ เพิ่มภาระงานโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังปรับได้ไม่ทันัก	10	25.0
□ อื่นๆ	5	12.5

การตรวจสอบความถูกต้อง (ร้อยละ 35) ส่วนความกังวลใจและข้อขัดข้องในการดำเนินงานนั้น เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเห็นว่า เป็นประเด็นเรื่องปริมาณและคุณภาพของบุคลากรในการดำเนินโครงการฯ (ร้อยละ 60) และการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (ร้อยละ 50) ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นภาระการให้บริการ การลง/บันทึกข้อมูล การใช้โปรแกรม ที่เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลเห็นว่า เป็นปัญหาในจำนวนที่เท่าๆกัน คือ ร้อยละ 67.5 (ตารางที่ 8)

ส่วนความคิดเห็นต่อการบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูล ร้อยละ 95 เห็นด้วย และร้อยละ 65 เห็นว่า มีการ

เปลี่ยนแปลงเมื่อระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ (ตารางที่ 9)

เจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 29.2) ซึ่งแยกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ = 15.5 อยู่ในระดับต่ำ, ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล = 3.5 อยู่ในระดับต่ำ และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ = 10.3 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนค่าเชิงปริมาณของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในระดับต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า



ตารางที่ 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี

	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาอุปสรรคในการกรอกข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
□ อุปกรณ์เครื่องมือ	20	50.0
□ การส่งต่อข้อมูล	15	37.5
□ จำนวนผู้บันทึกข้อมูลไม่เพียงพอ	19	47.5
□ ไม่มีระบบการตรวจสอบความถูกต้อง	14	35.0
□ อื่นๆ	7	17.5
ความลำบากใจหรือยุ่งยากในการดำเนินงานในการให้บริการผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส		
□ ไม่มี	6	15.0
□ นานๆ ครั้ง	6	15.0
□ มีบ้างบางครั้ง	26	65.0
□ มีบ่อยๆ	2	5.0
ปัญหาในการประสานงานหรือการสื่อสารกันในการปฏิบัติงาน		
□ ไม่มี	1	2.5
□ นานๆ ครั้ง	19	47.5
□ มีบ้างบางครั้ง	20	50.0
□ มีบ่อยๆ	0	0
ประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงาน		
□ เรื่องการบันทึกข้อมูล	12	30.0
□ เรื่องระบบภายในองค์กร	20	50.0
□ อื่นๆ	2	5.0
มีความกังวล ขัดข้องด้านการจัดการในโครงการฯ		
ประเด็นที่เป็นข้อกังวลใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
□ การจัดการบริการที่มีตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับผู้รับบริการ	15	37.5
□ การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาล	10	25.0
□ ระบบสนับสนุนทางด้านวิชาการ ยา และ วัสดุอุปกรณ์จากเขตและส่วนกลาง	7	17.5
□ ปริมาณและคุณภาพของบุคลากรในการดำเนินโครงการฯ	24	60.0
□ การจัดการบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์	20	50.0

ตารางที่ 8. (ต่อ)

	จำนวน	ร้อยละ
▫ ระบบการติดตาม และประเมินผลของโรงพยาบาล	12	30.0
▫ การบริหารจัดการระบบข้อมูลของโรงพยาบาล	19	47.5
▫ การกำหนดนโยบายจากส่วนกลาง	8	20.0
▫ อื่นๆ	4	10.0
ปัญหาการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี		
หลังเข้ารับระบบหลักประกันสุขภาพกับก่อนเข้าสู่ระบบฯ		
▫ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับ	23	57.5
▫ จำนวนผู้ป่วย (รับยา ARV)	19	47.5
▫ ภาระการให้บริการ	27	67.5
▫ การลง/บันทึกข้อมูล	27	67.5
▫ การใช้โปรแกรม	27	67.5
▫ การให้บริการอื่นๆ	1	2.5

ตารางที่ 9. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูลต่อการบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี

	จำนวน	ร้อยละ
ความเปลี่ยนแปลงเมื่อระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์		
ด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ		
▫ ไม่เปลี่ยนแปลง	14	35.0
▫ เปลี่ยนแปลง	26	65.0
ความคิดเห็นต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ		
▫ เห็นด้วย	38	95.0
▫ ไม่เห็นด้วย	2	5.0

ตารางที่ 10. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

คะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	ราย	%	ราย	%	ราย	%
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	29	64.4	7	15.6	9	20.0
ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	39	86.7	3	6.7	3	6.7
ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	44	97.8	1	2.2	0	0.0



1. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ทั้งหมด 45 ราย พบความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ 29 คน (64.4%) ระดับปานกลาง 7 คน (15.6%) และระดับสูง 9 คน (20.0%)

2. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลทั้งหมด 45 ราย พบในระดับต่ำ 39 คน (86.7%) ระดับปานกลาง 3 คน (6.7%) และระดับสูง 3 คน (6.7%)

3. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จทั้งหมด 45 ราย พบในระดับต่ำ 44 ราย (97.8%) ระดับปานกลาง 1 ราย (2.2%) โดยไม่พบในระดับสูง (ตารางที่ 10)

สรุปผลการวิจัย วิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 29.3) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ คะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (ค่าเฉลี่ย=15.5) ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (ค่าเฉลี่ย=3.5) ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ (ค่าเฉลี่ย=10.3) แต่ที่น่าสังเกต คือ ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์พบในระดับสูงอย่างเห็นได้ชัดถึง 20.0% ของบุคลากร และด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล พบในระดับสูง 6.7 % ผลการศึกษาตรงตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่าในภาพรวมจะพบความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในกลุ่ม ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนรับเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 194,129 ราย

ในปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มเป็น 265,823 ราย ในปี พ.ศ. 2553 โดยหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพจำนวนผู้ติดเชื้อที่เข้ารับบริการได้เพิ่มขึ้นอย่างมากทำให้ภาระงานมากขึ้น ประกอบกับจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อุปกรณ์ไม่สะดวกและเพียงพอ ลักษณะงานเป็นต้น

การศึกษานี้ได้ทำการสำรวจความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของบุคลากรหลังจากเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ 2 ปี ซึ่งในปัจจุบันคาดว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเพิ่มขึ้น จากปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในภาวะปัจจุบันมีดังนี้ 1) จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั้งที่เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสะสมเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปีพ.ศ. 2557 เพิ่มเป็น 398,327 ราย⁽⁷⁾ จากมาตรการการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของรัฐ ได้แก่ มาตรการการขยายบริการการเข้าถึงยาต้านไวรัส โดยปรับเกณฑ์เริ่มยาต้านไวรัสที่ระดับ $CD4 \leq 350$ cells/mm³ จากเดิมที่ระดับ $CD4 \leq 200$ cells/mm³ การตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง การดูแลรักษาแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น 2) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังคงมีจำนวนเท่าเดิม ในขณะที่ระบบบริการมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น 3) การมีภาระงานอื่นๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล งานพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ งานพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการ การทำงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคสังคมและกับชุมชน เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ มีกิจกรรม ความยุ่งยากและภาระงานที่ซับซ้อนและเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรที่พบปัญหาความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ในด้านผู้บริหารควรปรับเพิ่มบุคลากรถ้ามีภาระงานมากเกินไป เลี่ยงงาน หรือการแลกเปลี่ยนงานในหน้าที่ ลดความจำเจ เบื่อหน่าย ในระดับบุคคลควรค้นหาปัญหาและสาเหตุที่นำมาซึ่งความเหนื่อยหน่าย ถ้ามีหลายสาเหตุต้องแก้ไขทีละจุด และอาจจัดสรร แบ่งเวลา จัดแบ่งภารกิจเป็นงานย่อยๆ เรียงลำดับตามความสำคัญ เร่งด่วน หรือขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา และควรมีการผ่อนคลายความเครียดในแนวทางที่ชอบและสนใจ เช่น การเล่นกีฬา การไปเที่ยว ทักทาย เพื่อลดความเครียด ผ่อนคลายในการทำงาน ในระดับนโยบายควรมีมาตรการขยายการบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีสู่ระดับชุมชน ขณะเดียวกันการเพิ่มศักยภาพ ประสิทธิภาพ รวมทั้งการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นสิ่งจำเป็นในเชิงระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บันทึกและจัดการข้อมูล และทีม ARV ทุกท่านจากทุกโรงพยาบาลที่กรุณาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณคณิสันย์ สมิตะเกษตริน นักจิตวิทยาที่ได้สนับสนุนข้อมูลการวิจัยและเป็นพี่ปรึกษาด้านจิตวิทยา และขอขอบคุณ ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ท่านช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลยาต้านไวรัส

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2000–2020, March 2001.
2. สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์โรคเอดส์ (เดือนกรกฎาคม 2552), 2552.
3. คณิสันย์ สมิตะเกษตริน. การศึกษาความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของคู่มือผู้ป่วยเอดส์ในบ้านพักผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ.2544. (เอกสารอัดสำเนา)
4. มยุรี เกล็ดดา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน สำนักอนามัย กทม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
5. Maslash Christina and Susan Jackson. “ The Measurement of Experience Burnout” . Journal of Occupation Behavior. January 1981 : 99–113.
6. ลีระยา สัมมาวาจ. ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
7. รายงานผลการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประจำปีงบประมาณ 2557 (ตุลาคม 2556 – ธันวาคม 2556) (รวมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล): สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2557.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร กองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงครามจังหวัดลพบุรี

ภาวิณี มন্ত্রী*, กรณ์ทนต์ บุญช่วยธนาสิทธิ์**

Abstract

The Relationship between Health Literacy on AIDS Prevention and AIDS Prevention Behavior of Army Officers under Artillery Division Fort Piboonsongkram, Lopburi Province

Phawinee Montri*, Karantarat Boonchaythanasit**

* The Office of Prevention and Control Disease Region 2, Lopburi Province, Graduate Student, Faculty of Education, Kasetsart University
**Kasetsart University

The purpose of this descriptive research was to examine a relationship between health literacy on AIDs prevention and AIDs prevention behavior of army officers under Artillery Division Fort Piboonsongkram, Lop Buri Province. The samples of this study were 351 army officers. Questionair was used as a research instrument. Data was analyzed for percentage, arithmetic mean, standard deviation. The relationship between health literacy on AIDs prevention and AIDs prevention behavior was analyzed by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The study results revealed that: 1) Health literacy on AIDs prevention had positive relationship with AIDs prevention behavior of army officers at a 0.05 statistical significant level. Health literacy on AIDs prevention in terms of communication skills, decision making skill, self-management skill and media literacy had positive relationship with AIDs prevention behavior at a 0.05 statistical significant level. However, accessibility to health data and health service on AIDs prevention and knowledge and understanding on AIDs prevention had no relationship with AIDs prevention behavior. 2) Health literacy on AIDs prevention of Army officers were at a moderate level. 3) AIDs prevention behavior of army officers was at a low level.

Key Words: Health literacy on AIDs Prevention, AIDs Prevention Behavior
Thai AIDS J 2014; 26 : 159-168

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี, นิสิตปริญญาโท คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
**มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหารกองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 351 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่าทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะการตัดสินใจในการป้องกัน การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคเอดส์ และความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์และความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ ข้าราชการทหารมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ อยู่ในระดับต่ำ

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์, พฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ 2557; 26 : 159-168

บทนำ

จากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรโลกเท่ากับ 0.8 โดยภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 4.5-5.5 ล้านคน สถานการณ์ปัญหาเอดส์ส่วนใหญ่ยังอยู่ใน 11 ประเทศ ที่สำคัญ ได้แก่ กัมพูชา จีน อินเดีย อินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ ปากีสถาน ปาปัวนิวกินี เวียดนามและประเทศไทย⁽¹⁾ รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มข้าราชการทหารพบว่ามีความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 42.1 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในรอบปีที่ผ่านมา มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการ ร้อยละ 88.6 ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ชาย ร้อยละ 60.8 และหญิงอื่น ร้อยละ 48.6⁽²⁾

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค จึงกำหนดยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 รณรงค์ให้เป้าหมาย 3 ศูนย์ เพื่อแก้ไขปัญหา

โรคเอดส์ คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีผู้เสียชีวิต เนื่องจากเอดส์ และไม่มี การตีตราและเลือกปฏิบัติ ทหารเป็นอาชีพที่ต้องเดินทางไปปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างๆ ที่ห่างไกลจากครอบครัว มักจะมีการร่วมเพศกับหญิงในพื้นที่ปฏิบัติงาน ในกลุ่มทหารไทยนั้นยังมีค่านิยมในการดื่มสุรา ก่อนไปเที่ยวสถานบริการทางเพศ เมื่อเมาแล้วก็ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยร่วมเพศกับหญิงบริการทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้⁽³⁾ กองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ซึ่งสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเข้าถึงสถานบริการบันเทิง สถานประกอบการร้านอาหาร ไนต์คลับ สามารถเป็นแหล่งนัดพบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี⁽⁴⁾ ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่จังหวัดลพบุรี พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คือไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 39.0 และไม่ได้เตรียมถุงยางอนามัยไว้ร้อยละ 66.0 ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน



โรคเอดส์ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน การปฏิบัติ จัดการตนเอง มีทักษะในการแสดง พฤติกรรมที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงความสามารถที่จะชี้แนะเรื่องสุขภาพให้กับบุคคลในสังคมเกี่ยวกับ พฤติกรรม ด้านการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการ ทหารกองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในกลุ่ม ทหารไทยรวมทั้งเป็นข้อมูลกำหนดมาตรการ นโยบายเชิงรุกรวมทั้งแผนปฏิบัติการและกิจกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ในกลุ่ม ข้าราชการทหารต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ รับรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร กองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงครามจังหวัด ลพบุรี
2. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหารกองพลทหาร ปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงครามจังหวัดลพบุรี ได้แก่ การ เข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคเอดส์ ความรู้ความเข้าใจการ ป้องกันโรคเอดส์ ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกัน โรคเอดส์ ทักษะการตัดสินใจในการป้องกัน โรคเอดส์ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจาก โรคเอดส์ ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเอดส์
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค เอดส์ ของข้าราชการทหารกองพลทหารปืนใหญ่ค่าย พิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิง พรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ข้าราชการทหารกองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูล สงคราม จังหวัดลพบุรี จำนวน 2,718 คน ตามบัญชี สรุปรายชื่อข้าราชการบรรจุจริง ณ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2556

กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 351 คน จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดย ใช้สูตรคำนวณจากสูตรยามานะ (Yamane, 1967) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบ หลายขั้นตอน (Multistage Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ สอบถาม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยง ตรงของเนื้อหา โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.75-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha coefficient) แบบวัดความรู้ความ เข้าใจป้องกันโรคเอดส์หาค่าตามสูตร KR 20 ได้ ค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง .77 - .95 ซึ่งผลจากการ ทดสอบคุณภาพเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์นี้ยอมรับได้ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของข้าราชการทหาร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง/ยศ รายได้ และศาสนา ลักษณะแบบสอบ ถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Checklist) และเติม ข้อความ (Open ended)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์ แบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่

2.1 ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคเอดส์ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .93

2.2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82

2.3 ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคเอดส์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95

2.4 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคเอดส์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

2.5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคเอดส์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92

2.6 ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเอดส์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95

ตอนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาควิชาวไลศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ถึง ผู้บัญชาการกองพลทหารปืนใหญ่ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือกับผู้บัญชาการกองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี พร้อมทั้งชี้แจงโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ และกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดพร้อมแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบอย่างมีอิสระ และเก็บแบบสอบถามคืนภายใน 1 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนและนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของข้าราชการทหาร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่ง/ยศในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการวิเคราะห์ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์ ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะการตัดสินใจด้านการป้องกันโรคเอดส์ การจัดการตนเองให้มี



ความปลอดภัยจากโรคเอดส์ และความรู้เท่าทันสื่อ ในการป้องกันโรคเอดส์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการวิเคราะห์ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการวิเคราะห์ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้
ข้าราชการทหารส่วนใหญ่ มีอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 59.50 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.30 มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. ร้อยละ 47.00 มีตำแหน่งระดับพลทหาร ร้อยละ 49.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,000- 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 49.60 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.40

จากตารางที่ 1 พบว่าข้าราชการทหารมีความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.70

จากตารางที่ 2 พบว่าข้าราชการทหารมีการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์

n=351		
ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(\bar{X} 195.04 - \bar{X} 260.00 คะแนน)	85
ระดับปานกลาง	(\bar{X} 167.38 - \bar{X} 195.03 คะแนน)	171
ระดับน้อย	(\bar{X} 75.04 - \bar{X} 167.37 คะแนน)	95

$$\bar{X} = 181.21 \quad S.D. = 27.65 \quad \text{พิสัย } 75-260$$

ตารางที่ 2. ระดับการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร

n=351		
ระดับการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(\bar{X} 34.75 - \bar{X} 50.00 คะแนน)	112
ระดับปานกลาง	(\bar{X} 27.82 - \bar{X} 34.74 คะแนน)	148
ระดับน้อย	(\bar{X} 11.00 - \bar{X} 27.81 คะแนน)	91

$$\bar{X} = 31.28 \quad S.D. = 6.91 \quad \text{พิสัย } 11-50$$

ตารางที่ 3. ระดับความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร

n=351

ระดับความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคเอดส์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (\bar{X} 18.24 - \bar{X} 10.00 คะแนน)	145	41.30
ระดับปานกลาง (\bar{X} 5.79 - \bar{X} 8.23 คะแนน)	146	41.60
ระดับน้อย (\bar{X} 2.00 - \bar{X} 5.78 คะแนน)	60	17.10

$\bar{X} = 8.09$ S.D. = 2.30 พิสัย 2-10

ตารางที่ 4. ระดับทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร

n=351

ระดับทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคเอดส์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (\bar{X} 36.27 - \bar{X} 50.00 คะแนน)	154	43.90
ระดับปานกลาง (\bar{X} 29.78 - \bar{X} 36.26 คะแนน)	92	26.20
ระดับน้อย (\bar{X} 11.00 - \bar{X} 29.70 คะแนน)	105	29.90

$\bar{X} = 33.02$ S.D. = 6.47 พิสัย 11-50

ตารางที่ 5. ระดับทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร

n=351

ระดับทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคเอดส์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (\bar{X} 37.26 - \bar{X} 50.00 คะแนน)	87	24.80
ระดับปานกลาง (\bar{X} 30.61 - \bar{X} 37.25 คะแนน)	171	48.70
ระดับน้อย (\bar{X} 11.00 - \bar{X} 30.60 คะแนน)	93	26.50

$\bar{X} = 33.97$ S.D. = 6.75 พิสัย 11-50

ตารางที่ 6. ระดับการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร

n=351

ระดับทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคเอดส์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (\bar{X} 40.45 - \bar{X} 50.00 คะแนน)	119	33.90
ระดับปานกลาง (\bar{X} 32.19 - \bar{X} 40.44 คะแนน)	133	37.90
ระดับน้อย (\bar{X} 10.00 - \bar{X} 32.18 คะแนน)	99	28.20

$\bar{X} = 36.32$ S.D. = 8.25 พิสัย 10-50



ตารางที่ 7. ระดับความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร

n=351

ระดับความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเอดส์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (\bar{X} 42.39 - \bar{X} 50.00 คะแนน)	116	33.00
ระดับปานกลาง (\bar{X} 34.65 - \bar{X} 42.38 คะแนน)	122	34.80
ระดับน้อย (\bar{X} 14.00 - \bar{X} 34.64 คะแนน)	113	32.20

\bar{X} = 38.52 S.D. = 6.7.73 พิสัย 14-50

ตารางที่ 8. ระดับทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร

n=351

ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (\bar{X} 47.47 - \bar{X} 60.00 คะแนน)	137	39.00
ระดับปานกลาง (\bar{X} 40.47 - \bar{X} 47.46 คะแนน)	69	19.70
ระดับน้อย (\bar{X} 26.00 - \bar{X} 40.41 คะแนน)	145	41.30

\bar{X} = 43.94 S.D. = 7.05 พิสัย 26-60

ตารางที่ 9. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์	พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์	
	r	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์	.136	.011*
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพ	.079	.140
ด้านการป้องกันโรคเอดส์		
ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคเอดส์	.059	.273
ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคเอดส์	.111	.038*
ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคเอดส์	.117	.028*
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคเอดส์	.207	.000***
ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเอดส์	.312	.000***

*p<.05, ***p<.01

ร้อยละ 42.20

จากตารางที่ 3 พบว่าข้าราชการทหารมีความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.60

จากตารางที่ 4 พบว่าข้าราชการทหารมีทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคเอดส์ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 43.90

จากตารางที่ 5 พบว่าข้าราชการทหารมีทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.70

จากตารางที่ 6 พบว่าข้าราชการทหารมีการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.90

จากตารางที่ 7 พบว่าข้าราชการทหารมีความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.80

จากตารางที่ 8 พบว่าข้าราชการทหารมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ในระดับน้อย ร้อยละ 41.30

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เมื่อพิจารณาระหว่างองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์และความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์

ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคเอดส์ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคเอดส์ ความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ มีข้อค้นพบที่สำคัญสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้ ในภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ WHO ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากสภาวะโรคภัยไข้เจ็บ มีการเปลี่ยนแปลงไปกับกาลสมัย⁽⁵⁾ โดยต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ตามแนวคิดของ ประเวศ วะสี ว่าสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ กาย จิต สังคม และปัญญาเชื่อมโยงกัน ดังนั้น การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพอยู่เสมอจึงจะเป็นแนวทางช่วยให้เป็นคนทันโลกและทันโรคโดยอาศัยการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงของโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพ จะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งยังช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว คนร่วมชุมชนและสังคม⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sander et al ที่กล่าวว่าผู้ที่มีความรู้ทางสุขภาพระดับสูงจะมีทักษะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดีกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้าราชการทหารนอกจากมีภารกิจด้านการปกป้องประเทศแล้ว ต้องมีความสามารถการวิเคราะห์ การปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมถึงการแนะนำข้อมูลที่สำคัญในการประพฤติดินให้มีสุขภาพดีแก่ประชาชนได้⁽⁷⁾



ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกองสุขภาพ ที่กล่าวว่า ความรู้ทางสุขภาพเป็นความสามารถในการเข้าใจ ข้อมูลข่าวสาร มีการปฏิบัติและจัดการตนเองให้ เหมาะสม รวมทั้งการชี้แนะเรื่องสุขภาพให้กับครอบครัวและชุมชนได้⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Rowland et al ที่พบว่าความรู้ทางสุขภาพ มีความสำคัญต่อแกนสาธารณสุขด้านการส่งเสริม สุขภาพของชุมชนที่มีความสามารถในการทำความเข้าใจและคิดคำนวณสารอาหารบนฉลากอาหาร ได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม⁽⁹⁾

ดังนั้นการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้าน การป้องกันโรคเอดส์ ในเรื่องทักษะการสื่อสารด้าน การป้องกันโรคเอดส์ ทักษะการตัดสินใจในการ ป้องกันโรคเอดส์ ทักษะการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคเอดส์ ความรู้เท่าทันสื่อในการ ป้องกันโรคเอดส์ ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ ที่ถูกต้องได้ดียิ่งขึ้น จึงควรพัฒนา จากทักษะแต่ละด้านร่วมกันเสมอ โดยการพัฒนา ความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคล ต้องมีการจำแนก บุคคลออกเป็นกลุ่ม มีกิจกรรมที่เหมาะสม ให้มี ทักษะการเจรจา การจัดการตนเองในการป้องกัน โรคเอดส์ มีสถานการณ์จำลองเพื่อให้เข้ากับ สถานการณ์จริงในการตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลทางตรง ต่อวิธีปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการ พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในองค์กร โดยการ พัฒนาสื่อ เพิ่มช่องทางการสื่อสาร เรียนรู้ทักษะใน การวิเคราะห์สื่อแบบต่างๆ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยทำให้ทราบถึงองค์ ประกอบความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคเอดส์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกัน โรคเอดส์ และทราบถึงความรู้ด้านสุขภาพป้องกัน

โรคเอดส์ จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอให้ ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพด้านความรู้เท่าทันสื่อ ป้องกันโรคเอดส์ จัดโปรแกรมอบรมทักษะการเข้า ถึงสื่อ การวิเคราะห์ ตีความเนื้อหาของสื่อ ประเมิน ค่าและเข้าใจผลกระทบของสื่อ ให้เกิดประโยชน์ ในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ได้ด้วย ตนเอง เช่น จัดกิจกรรมการเลือกบริโภคสื่อด้าน โรคเอดส์ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต การเตือนสติ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีใน กลุ่มข้าราชการด้วยข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น

2. การดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ ควร กำหนดนโยบายเชิงรุก โดยประสานความร่วมมือ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรมส่งเสริมให้ ข้าราชการทหารสามารถตัดสินใจในพฤติกรรม ป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้อง จัดการให้ตนเองมีความ ปลอดภัยจากโรคเอดส์ที่เหมาะสม และจัดทำ โครงการพัฒนาศักยภาพทักษะการสื่อสารด้านการ ป้องกันโรคเอดส์ เพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการทหารมี บทบาทสำคัญในเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์

3. จัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร ป้องกันโรคเอดส์ ให้ข้าราชการทหารมีทักษะการพูด ฟัง อ่าน เขียน และการพูดโน้มน้าว เผยแพร่ให้ บุคคลรอบข้าง ตระหนักถึงความสำคัญของการ ป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้อง เช่น จัดตั้งชมรมเพื่อน เตือนเพื่อนในกลุ่มข้าราชการทหาร เพิ่มช่องทางการ สื่อสารทางสังคมเน็ตเวิร์ค (Social Network) เป็นต้น

4. กำหนดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอด บทเรียน ในการมีทักษะตัดสินใจในการป้องกันโรค เอดส์และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจาก โรคเอดส์ เพื่อเป็นแนวทางในการมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2555. การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ ปี 2555 เรื่องแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน. แหล่งที่มา: http://www.interfetpthailand.net/forecast/files/report_2012/report_2012_11_no21.pdf, 14 สิงหาคม 2556.
 2. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค. 2556. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ปี 2554-2556. แหล่งที่มา: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110401_67083155.pdf, 20 สิงหาคม 2556.
 3. บุญเติม แสงดิษฐ์ และ ราม รังสินธุ์. 2548. บทบาทของกรมแพทย์ทหารบกในการสนับสนุนประเทศไทยในการต่อสู้กับโรคเอดส์: ประสบการณ์ 18 ปี และความสำเร็จ. จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย 88 (3) (พิเศษ) : 378-387.
 4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี. 2556. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่จังหวัดลพบุรี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี, สระบุรี.
 5. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya. 2009.
 6. ประเวศ วะสี. สุขภาพอุดมการณ์ของมนุษย์ สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ, กรุงเทพฯ 2543.
 7. Sanders LM, Shaw SJ, Guez G, Buar B, Rudd R. Health Literacy and Child Health Promotion : Implications for Research, Clinical Care, and Public Policy. American Academy of Pediatrics 2009; 124 : 306-14.
 8. กองสุขศึกษา. 2556. ความรู้ทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด), กรุงเทพฯ.
 9. Rowland G, Khazaezadeh N, Oteng-Ntim E, et al. Development and validation of a measure of health literacy in the UK : The Newest Vital Sign. BMC Public Health 2013; 13 : 116.
-



ผลลบแอนติบอดีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี : รายงานผู้ป่วย

ดลพร เขียวบรรจง*

Abstract

Absence of Detectable Antibody in a Patient Infected with Human Immunodeficiency Virus : A Case Report

Dollaporn Kheawbungong*

*General Medicine, Maharaj Nakornsritammaraj Hospital, Thailand

Infection with human immunodeficiency virus (HIV) is routinely and easily diagnosed with the detection of antibody to HIV (anti-HIV) using screening assays such as enzyme immunoassay (EIA), gelatin particle (GPA) and confirmation assay by western blot (WB) or supplement assays with 3 screening tests. In addition, HIV diagnosis can be supported by the presence of virus (p24-antigen, HIV proviral DNA and/or HIV RNA).

An unusual patient who developed AIDS was reported at Maharaj Nakornsritammaraj Hospital. He was in a high risk group of HIV infection due to low CD4⁺ immunity and opportunistic infections such as tuberculosis, oral thrush, pneumonia from fungus (*Pneumocystis jirovecii*), chronic diarrhoea from protozoa cryptosporidium. His laboratory in HIV testing results were negative for antibodies to HIV by 3 tests (EIA, GPA and Rapid test) and HIV p24 antigen. Over a 2-year period, the presence of low level of CD4⁺ T lymphocytes (<200 cell/mm³) and high HIV RNA level (log 4 copies/ml) were detected. After treatment with HAART, the patient was still being well. CD4⁺ cells increased and HIV RNA was undetected. Interestingly, anti-HIV became positive. The explanation for this persistently negative antibody and p24-antigen although this patient had multiple opportunistic infections results is unclear. However, this case does suggest a physician that a patient with AIDS-defining conditions should consider the possibility of the presence of HIV infection although HIV antibody testing is negative with standard method which should be further identified by the additional testing procedures.

Key Words: AIDS, HIV Diagnosis, Absence Antibody, False Negative, Seroconversion, Seroreversion
Thai AIDS J 2014; 26 : 169-175

บทคัดย่อ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถวินิจฉัยได้ง่ายโดยอาศัยการตรวจหาแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (anti-HIV) ด้วยวิธีตรวจกรองเบื้องต้น เช่น enzyme immune assay (EIA), gelatin particle agglutination (GPA) และตรวจยืนยันด้วยวิธี Western Blot หรือตรวจเสริมด้วยชุดตรวจกรอง 3 วิธีช่วยสนับสนุน นอกจากนี้ยังสามารถวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการ

*อายุรแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช

ตรวจพบเชื้อ (HIV p24-antigen, HIV proviral DNA และ/หรือ HIV RNA)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมราช พบผู้ป่วยที่เป็นเอดส์ 1 ราย มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เพราะมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำและติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ วัณโรคปอด เชื้อราในปาก ปอดบวมจากเชื้อรา (*Pneumocystis jirovercii*) ถ่ายเหลวเรื้อรังจากเชื้อโปรโตซัว *cryptosporidium* เมื่อทำการทดสอบการติดเชื้อเอชไอวีได้ผลลบของแอนติบอดีต่อ HIV (ด้วยวิธี EIA, GPA และ rapid assay) และ HIV p24-antigen ในระยะเวลา 2 ปี แต่ $CD4^+$ T lymphocytes ต่ำมาก (<200 cells/mm³) และปริมาณ HIV RNA สูง (log 4 copies/ml) หลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบ HAART ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษา มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น พบระดับ HIV RNA มีค่าลดลง และจำนวน $CD4^+$ T cells เพิ่มขึ้น และได้ผลบวกของ anti-HIV การที่ผู้ป่วยรายนี้ได้ผลลบต่อแอนติบอดีจำเพาะและแอนติเจนแม้ว่าเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหลายชนิด ยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตามเป็นแนวทางให้แพทย์ผู้รักษาคำนึงถึงผู้ที่มีการที่เข้าข่ายของโรคเอดส์ แต่ได้ผลลบของแอนติบอดีจำเพาะ ควรทดสอบเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยว่ามีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ เอดส์, การวินิจฉัยเชื้อเอชไอวี, ไม่พบแอนติบอดี, ผลลบปลอม, การเกิดแอนติบอดี, การกลายกลับไม่พบแอนติบอดีวารสารโรคเอดส์ 2557; 26 : 169-175

บทนำ

โดยทั่วไปการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการ อาศัยการตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อ (anti-HIV) ในเลือดหลังจากได้รับเชื้อมาแล้ว 2-6 สัปดาห์ การทดสอบ anti-HIV ทำโดยตรวจคัดกรองเบื้องต้นก่อนด้วยชุดทดสอบสำเร็จรูป เช่น enzyme immunoassay (EIA), gelatin particle agglutination GPA) และยืนยันด้วยวิธี western blot (WB) หรือตรวจเสริมด้วยชุดตรวจกรองเบื้องต้นหลายชนิดตามแนวทางปฏิบัติระดับชาติ ในปัจจุบันชุดทดสอบได้พัฒนาตรวจได้ทั้งแอนติบอดีต่อเชื้อ HIV-1 อาจรวมถึง HIV-1 group O และต่อเชื้อ HIV-2 โดยปกติแอนติบอดีจำเพาะในผู้ติดเชื้อสามารถตรวจพบได้มากกว่าร้อยละ 95 ภายใน 6 เดือน⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามมีรายงานตรวจพบแอนติบอดีหลังได้รับเชื้อมาแล้ว 7 เดือน⁽²⁾ การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการสามารถรายงานการติดเชื้อได้ตั้งแต่แรกเริ่มได้รับเชื้อมาแล้ว ในกรณีอยากทราบผลการติดเชื้อหลังสัมผัสในระยะเริ่มแรกภายใน 3-7 วันก่อนการสร้างแอนติบอดี (window period) ต้องตรวจหาเชื้อ เช่น สารพันธุกรรมเชื้อ (HIV RNA ในน้ำเหลือง

หรือ proviral DNA ในเซลล์ติดเชื้อ) ด้วยวิธี Nucleic acid Technology (NAT) หรือแอนติเจนของเชื้อ (HIV p24-antigen) ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแอนติบอดีจำเพาะอยู่ได้ตลอดชีวิต ไม่ว่าจะได้รับหรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่ในกรณีผลลบปลอม (False negative) ซึ่งหมายถึงมีการติดเชื้อเอชไอวีอยู่แต่แอนติบอดีให้ผลเป็นลบ อาจมีปัจจัยบางอย่างที่อาจทำให้ตรวจพบแอนติบอดีช้าหรือตรวจไม่พบเลย ได้แก่ 1) ในระยะแรกของการติดเชื้อ ซึ่งร่างกายยังไม่สร้างแอนติบอดี แต่สามารถให้การวินิจฉัยได้โดยการตรวจหาสารพันธุกรรมหรือแอนติเจนของเชื้อ; 2) ในระยะท้ายของการติดเชื้อ ระบบการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายอาจถูกทำลายจากการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ร่างกายไม่สร้างภูมิคุ้มกัน (seroreversion) แม้ว่ามีแอนติบอดีมาแล้ว แต่เมื่อมีการทำลายระบบภูมิคุ้มกันมากๆทำให้ตรวจไม่พบแอนติบอดี อย่างไรก็ตามเมื่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น จะตรวจพบแอนติบอดีอีกครั้งหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรืออาจเกิดจากตอบสนองของร่างกายต่อการสร้างภูมิคุ้มกันที่



ผิดปกติเอง; และ 3) กรณีอื่นๆที่ทำให้ตรวจไม่พบแอนติบอดี ได้แก่ มีการติดเชื้อ HIV-2 หรือไวรัสกลุ่มอื่นๆ (group N หรือ O) ในรายงานนี้พบผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อเอชไอวีรายหนึ่งซึ่งผลทางห้องปฏิบัติการได้ผลแอนติบอดีต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่ชัดเจน แต่พบเชื้อในกระแสเลือดและมีปริมาณ $CD4^+$ T cell ต่ำ

แนวการสังเกตการณ์ผู้ติดเชื้อ

พระภิกษุอายุ 27 ปี บวชพระมา 1 ปี เมื่อก่อนประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ภูมิลำเนา อ. พรหมคีรี จ. นครศรีธรรมราช เคยมีภรรยา 4 คน มีลูก 2 คน ไม่ทราบประวัติความเจ็บป่วยของภรรยาเนื่องจากแยกทางกัน มีรอยสักทั่วตัว เคยมีประวัติติดคุก เคยใช้ยาบ้า ยาไอซ์ แต่ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด ชนิดฉีดเข้าเส้น สิบบุหรี 1 ซองต่อวัน นาน 8 ปี ต้มเหล้า 8 ปี หยุดมา 2 ปี มีประวัติ unsafe sex ล่าสุด 3 ปีก่อนเริ่มป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ก่อนหน้านี้แข็งแรงดี เริ่มเจ็บป่วยครั้งแรกด้วยโรคควิโรคปอด ตรวจพบเชื้อเมื่อมิถุนายน 2553 - กุมภาพันธ์ 2554 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระยะเวลา 6 เดือน จากโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ จนหายเป็นปกติ

1 ปีต่อมา เริ่มเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ครั้งแรก 29 กุมภาพันธ์ 7 มีนาคม 2555 (ผู้ป่วยใน) มาด้วย ไข้ ไอ เหนื่อยมากขึ้น 2 สัปดาห์ ถ่ายเหลวเรื้อรัง น้ำหนักลด 8 กิโลกรัมในเวลา 4 เดือน ตรวจร่างกาย BT 38.5°, BW 50 Kg. Height 160 cm, oral candidiasis, PPE positive, stool for *cryptosporidium* and strongyloid larva: positive, anti HIV (ELISA): inconclusive, anti HIV (rapid test และ GPA): non reactive, Chest-X-Ray: Bilateral ground glass appearance

ได้รับการวินิจฉัยดังนี้ 1) *Pneumocystis jirovecii pneumonia* (PCP) การรักษา: Bactrim 4 tab o tid 21 วัน, Dexamethasone 5 mg IV q 6 hr 2 days หลังจากนั้น Prednisolone (5) 8 tabs o bid → 4 tab o bid → 2 tabs o bid total 21 วัน; 2) Oral candidiasis: การรักษา Clotrimazole troche; 3) Strongyloid infection การรักษา Albendazole (200) 2 tabs o bid 7 days หลังการรักษาอาการดีขึ้นกลับบ้านได้ ขณะอยู่บ้านมีถ่ายเหลวเป็นๆ หายๆ ไม่เหนื่อย ไม่มีไข้ แผลเดือนต่อมา (8 พฤศจิกายน-17 พฤศจิกายน 2555) ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งด้วยอาการถ่ายเหลววันละ 10 ครั้ง มา 3 เดือน มีไข้ต่ำๆ น้ำหนักลด ตรวจร่างกาย BT 37.8°, BW 47 kg. Oral candidiasis and PPE positive, No lymphadenopathy, No organomegaly, anti HIV (ELISA): inconclusive, VDRL: non reactive, HBsAg: negative, anti HCV: negative, stool for AFB and modified AFB: not found organism, stool examination: positive for strongyloid larva, ได้รับการรักษาด้วย Albendazole (200) 2 tab o bid 5 days, Ciprofloxacin (500) 1 tab o bid 7 days อาการดีขึ้น ถ่ายเหลวลดลงเหลือวันละ 1 ครั้ง ไม่มีไข้ กลับไปอยู่ที่บ้านได้ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (25 พฤศจิกายน 2555-12 ธันวาคม 2555) ด้วยถ่ายเหลวมา 6 วัน ถ่าย 2-3 ครั้งต่อวัน มีไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย ตรวจร่างกาย BT 38.1°, RR 26/min, no oral thrush, no lymphadenopathy, no hepatosplenomegaly, stool modified AFB: positive for *Cryptosporidium*, stool for AFB: not

found, stool examination: no WBC, no RBC, no organism found, TFT: FT4 1.08, FT3 1.70, TSH 0.57, CXR : Bilateral ground glass appearance ได้รับการรักษาด้วย Bactrim 4 tab o tid pc 21 days: Prednisolone(5) 8 tab o bid then 8 tabs o od then 4 tab o od แล้ว 2 tab o od tape off q 5 days, Fluconazole (200) 2 tab o per week อาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ถ่ายเหลวลดลง จึงจำหน่ายกลับบ้าน ต่อมา 7 มกราคม 2556 มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ยังมีถ่ายเหลวเป็นๆ หายๆ วันละ 1-2 ครั้ง ไอแห้งๆ ไม่เหนื่อย ไม่มีไข้ น้ำหนัก เพิ่มขึ้น จาก 42 กก. เป็น 50 กก. ตรวจร่างกาย BP 127/88

mmHg, PR 127/min RR 18/min ได้รับการรักษา Bactrim 2 tab o od, Fluconazole (200) 2 tab o q วันอังคาร, Clarythromicin (500) 1 tab o bid แต่อาการถ่ายเหลวไม่ดีขึ้น ร่วมกับมีน้ำหนักลด 6 กิโลกรัม อ่อนเพลีย จึงเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (21 มกราคม 2556-10 กุมภาพันธ์ 2556) ตรวจร่างกาย BW 44 Kg. height 160 cc., Afebrile, BP 117/73 mmHg, PR 120/min, no oral thrush, stool for modified AFB: Cryptosporidium positive, stool for AFB: not found, stool examination: no WBC, no RBC, no organism found ได้รับการรักษา supportive,

ตารางที่ 1. สรุปผลการส่งตรวจการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการ

Date	HIV Ab				HIV Ag	HIV RNA (copies/ml)	T cell (cells/mm3)	
	Screening assay			Confirmatory WB* HIV-1/2			CD4 +	CD3+
	ELISA HIV-1/2	GPA HIV-1	rapid HIV-1/2					
29/02/2555	Inconclusive	Non reactive	Non reactive					
6/03/2555	Inconclusive				negative			
8/11/2555	Inconclusive							
5/12/2555					negative	49,219	12	514
						log 4.69	(1.3%)	(56.4%)
10/02/2556						38,586		
						log 4.59		
15/08/2556				Indeterminate*		<40	69	928
							(4.4%)	(58.9%)
7/02/2557	Reactive	Reactive				<40	189	

*Indeterminate : พบแต่แถบ gp 160 จางๆ (±)



ตารางที่ 2. สรุปผลการทดสอบอื่นๆ ทางห้องปฏิบัติการ

	ผลการทดสอบ					
	29 กพ 55	8 พย 55	25 พย 55	21 มค 56	5 กพ 56	26 กพ 56
Hb	12.9	12.5	12.6	15.2		13.6
Hct	37.9	37.5	36.8	44.8		41.9
MCV	86.1	86.2	84.6	89.9		-
RDW	12.3	14.0	13.1	14.0		-
WBC	6,800	3,700	2,100	4,000		3,900
Neutro.	80	60	22	11		4
Lymph	13	34	43	39		30
Mono	5	3	22	1		15
Eos.	2	2	10	39		50
Total protein	7.6	7.6	8.8		6.8	8.5
Albumin	3.1	3.6	3		3.4	4.5
Globulin	4.5	4.0	5.8		3.4	4.0
Total bilirubin	0.35	0.24	0.27		0.17	0.17
Direct bilirubin	0.27	0.14	0.09		0.11	0.11
AST	35	24	56		37	37
ALT	44	28	53		42	49
ALP	142	103	120		118	117

Bactrim 2 tab o od Fluconazole (200) 2 tab o q Tuesday, folic acid 1 tab o od และได้เริ่มให้การรักษาโดยยาต้านไวรัสสูตร Lamivudine (3TC), Starvudine (d4T) และ Efavirenz (EFV) เมื่อ 5 ธันวาคม 2556 และจำหน่ายกลับบ้าน หลังกินยาต้านไวรัส ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ น้ำหนักเพิ่มขึ้นจาก 49- 54 กิโลกรัม ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีผื่น ไม่เหนื่อย ไม่มีไอเรื้อรัง มารับการรักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกครั้ง กินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและตรงเวลา มาติดตามการรักษาครั้งล่าสุด 11 กุมภาพันธ์ 2557 รวมเวลา 1 ปีหลังรักษาด้วยยาต้านไวรัส ได้รับการเจาะเลือด

ตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันพบค่า CD4⁺ T cell 189 cells/mm³ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 40 copies/ml และตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีให้ผลเป็นบวก โดยวิธี EIA และ GPA ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังตารางที่ 2

ข้อเสนอแนะ วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมีอาการเป็นโรคเอดส์ โดยอาศัยประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส พบระดับ CD4⁺ T cells ต่ำ และการตรวจพบเชื้อในกระแสเลือด (HIV viral

load) และหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีอาการดีขึ้น สาเหตุที่ตรวจไม่พบแอนติบอดีจำเพาะในกระแสเลือดในระยะแรกก่อนได้รับการรักษายังไม่ทราบชัดเจน สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากภาวะที่ระบบการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งพบในระยะหลังการติดเชื้อมานาน ส่งผลต่อการทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้ ในกรณีนี้ถ้ามีการตรวจหาแอนติบอดีก่อนที่จะมีอาการของเอ็ดส์อาจให้ผลบวก แต่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มเข้าสู่การรักษาและเริ่มตรวจหาแอนติบอดีเมื่อมีการติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว และระดับ $CD4^+$ T cells ต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันถูกทำลายจนไม่มีการตอบสนองต่อการสร้างแอนติบอดี เมื่อได้รับการรักษาจนภูมิคุ้มกันดีขึ้นก็สามารถตรวจพบแอนติบอดีได้ แต่ภาวะนี้พบน้อยที่เคยมีรายงานตัวอย่างผู้ป่วยที่คล้ายกัน กล่าวคือ ตรวจไม่พบแอนติบอดีโดยวิธี EIA และ western blot, ระดับ $CD4^+$ T cells 100 cells/mm^3 , HIV RNA $480,000 \text{ copies/ml}$ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เมื่อติดตามต่อมาพบว่า $CD4^+$ T cells $>500 \text{ cells/mm}^3$, HIV RNA undetectable และพบแอนติบอดีจำเพาะด้วยโดยวิธี EIA และ western blot ให้ผลบวก⁽³⁾ ซึ่งคล้ายกับผู้ป่วยรายนี้ที่หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 1 ปี พบว่าอาการดีขึ้น ระดับ $CD4^+$ T cells 189 cells/mm^3 , HIV RNA $<40 \text{ copies/ml}$ และพบแอนติบอดีด้วย ยังมีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกรายที่มาด้วยอาการของเอ็ดส์ แต่ตรวจไม่พบแอนติบอดีโดยวิธี EIA และ western blot ให้ผลบวกเฉพาะ p17 band แต่สามารถให้บั้งชี้การติดเชื้อได้ โดยการพบ HIV p24-antigen และ PCR of proviral DNA, ระดับภูมิคุ้มกันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งตอนนั้นผู้เขียนเองก็ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน⁽⁴⁾ นอกจากนั้นยังมีรายงานผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีอีก 3 ราย ที่ตรวจไม่พบแอนติบอดีโดยวิธี EIA ตรวจระดับ $CD4^+$ มีค่าระหว่าง $0-230 \text{ cells/mm}^3$ และระดับ HIV RNA $105,000-7,943,000 \text{ copies/ml}$ ⁽⁵⁾ Spivak AM และคณะได้รวบรวมผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้จำนวน 25 รายในสหรัฐอเมริกาพบว่าทุกรายให้ผลลบในการตรวจหาแอนติบอดีโดยวิธี EIA และ 15 รายให้ผลลบต่อการตรวจโดยวิธี western blot ผู้ติดเชื้อมีค่า $CD4^+$ ระหว่าง $0-299 \text{ cells/mm}^3$, HIV RNA $38,000-8,000,000 \text{ copies/ml}$, 20 รายได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ 6 รายให้ผลการตรวจแอนติบอดีเป็นบวกหลังรักษา 3 เดือน (เฉลี่ย 1-9 เดือน) ไม่มีผู้ป่วยที่ให้ผลการตรวจแอนติบอดีเป็นบวกหากไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส⁽⁶⁾

กรณีอื่นๆที่ทำให้ตรวจไม่พบแอนติบอดีได้แก่ ผลลบปลอม (False negative) ซึ่งมีการติดเชื้อแต่ผลตรวจแอนติบอดีเป็นลบ อาจพบในระยะแรกของการติดเชื้อซึ่งร่างกายยังไม่สร้างแอนติบอดี (Window period) แต่สามารถตรวจหาเชื้อหรือ HIV p24Ag ได้ ดังนั้นถ้าตรวจแอนติบอดีแล้วผลเป็นลบ แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อควรจะตรวจซ้ำอีกในเวลา 3-6 เดือน ถ้าได้เป็นผลลบอีกจึงมั่นใจได้ว่าไม่ติดเชื้อ เนื่องจากการเกิดแอนติบอดี (seroconversion) ของผู้ติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 95 จะตรวจพบภายใน 6 เดือน⁽¹⁾ สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อมานานมากกว่า 2 ปี พบการติดเชื้อฉวยโอกาสมาแล้ว น่าจะผ่านระยะเวลา window period ไปแล้ว ดังนั้นการตรวจไม่พบแอนติบอดีน่าจะเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ระยะแรกของการติดเชื้อ ส่วนสาเหตุจากการติดเชื้อสายพันธุ์อื่นๆ เช่น HIV-2 หรือ HIV-1 group N หรือ O⁽⁷⁾ ซึ่งอาจทำให้ตรวจไม่พบแอนติบอดีเป็นได้น้อย เนื่องจากชุดทดสอบที่ใช้ในผู้ป่วยรายนี้เป็นรุ่นที่ได้ทั้ง



HIV-1 รวมทั้งสายพันธุ์ใหม่ๆ และ HIV-2 (fourth generation) อยู่แล้ว ส่วนปัจจัยอื่นที่มีผลต่อระดับแอนติบอดีในเลือดต่ำ เช่นภาวะ Hypogam- maglobulinemia ผู้ป่วยที่เคยได้รับวัคซีนโรคเอดส์แล้วทำให้ผลการตรวจแอนติบอดีเป็นลบหรือ inconclusive ซึ่งยังไม่ทราบกลไกเช่นกัน⁽⁶⁾ และยังมีรายงานการตรวจไม่พบแอนติบอดีในผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสทันที ยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณเชื้อจนเหลือน้อยมาก ส่งผลต่อการไม่กระตุ้นร่างกายให้สร้างแอนติบอดี^(9,10)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจไม่พบแอนติบอดีพบน้อย มีรายงานในผู้ป่วยไม่กี่รายจากต่างประเทศ ในประเทศไทยอาจจะยังไม่มีรายงาน ดังนั้นผู้เขียนจึงได้นำเสนอตัวอย่างผู้ป่วยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่จะใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วย หากสงสัยว่าจะมีการติดเชื้อเอชไอวี ถึงแม้จะตรวจไม่พบแอนติบอดีจำเป็นต้องส่งตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ HIV p24 antigen, CD4⁺ T lymphocytes หรือ HIV RNA, DNA เพื่อให้ได้มาซึ่งการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Bartlett JG, Hirsch MSH, McGovern BH. The stages and natural history of HIV infection, <http://grmmmedico.com/imagenes/archivo/descarga16.pdf> (30 Apr 2014)
2. Chin BS, Lee SH, Kim GJ, et al. Early identification of seronegative human immunodeficiency virus type 1 infection with severe presentation. *J Clin Microbiol* 2007; 45 : 1659-62
3. Chockalingam M, Clarke L, McCormack WM. HIV Infection with negative serological tests: development of seropositivity in association with highly active antiretroviral therapy (abstracts) *AIDS Patient Care and STDs*. June 2000, 14 : 305-8.
4. Reimer L, Mottice S, Schable C, et al. Absence of detectable antibody in a patient infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1997; 25 : 98-100.
5. Michael NL, Brown A, Voigt RF, Bix DL, Cassol SA. Persistent seronegativity and rapid clinical progression in a patient with primary HIV-1infection [abstract 492]. 3rd Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Washington, DC American Society for Microbiology, 1996.
6. Adam M, Spivak, Sydnor ERM, Blankson JN, Gallant JE. Seronegative HIV-1 infection: a review of the literature. *AIDS* 2010; 24 : 1407-14.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Persistent lack of detectable HIV-1 antibody in a person with HIV infection-Utah, 1995. *MMWR* 1996; 45 : 181-5.
8. Suthon V, Archawin R, Chanchai C, et al. Impact of HIV vaccination on laboratory diagnosis: case reports. *BMC Infect Dis* 2002; 2 : 19.
9. Kassutto S, Johnston MN, Rosenberg ES. Incomplete HIV type 1 antibody evolution and seroreversion in acutely infected individuals treated with early antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2005; 40 : 868-3.
10. Bradley C, Brandee LP, Michael PB, et al. Seroreversion in subjects receiving antiretroviral therapy during acute/early HIV infection. *Clin Infect Dis* 2006; 42 : 700-8.