



- ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยโปรแกรม HIVQual-T version 5.5 โรงพยาบาลราชสีสเล จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554
- พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนสตรี จังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2548 - 2554
- ประสิทธิภาพการกั้นยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชาย ติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษาโครงการวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
- คุณภาพบริการคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยโปรแกรม HIVQual-T version 5.5 โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554
- พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนสตรี จังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2548 - 2554
- ประสิทธิภาพการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยหนุ่มชายติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษาโครงการวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
- คุณภาพบริการคลินิกกินยาต้านไวรัสเอชไอวีโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕

สารบัญ

	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พัชรภรณ์ ภวภูตานนท์, อัจฉรา อ่วมเครือ	57
การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยโปรแกรม HIVQual-T version 5.5 โรงพยาบาลราชินีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554 ทิเชษฐ จงเจริญ	69
พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนสตรี จังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2548-2554 อัญญาภรณ์ คุณสมบัติ ดุบุโลษ	81
ประสบการณ์การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษาโครงการวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พีระพร แก้วอ่อน, มัลลิกา มัติโก	91
คุณภาพบริการคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อรุณวรรณ วัฒนพงศ์ชาติ, บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์	102

Thai AIDS Journal
Volume 24, Number 2, 2012

	Page
The Relationship between HIVQUAL-T Developmental Process for the Care of HIV Infected / AIDS Patients and Hospital Quality Development <i>Patcharaporn Pavaputanon, Ajchara Oumkrua</i>	57
The Evaluation of Quality Treatment and Care for People Infected with HIV/AIDS with Program HIVQual-T version 5.5 in Rasisalai Hospital, Sisaket Province 2011 <i>Pichet Chongcharoen</i>	69
Behavior Effected to have Sexual of Female Student, Lopburi Province, 2004-2011 <i>Thanyaporn Kunsombat Dubouloz</i>	81
Experience on Poor Adherence of HIV-Infected Male Volunteer : A Case Study of the HIV Clinical Research Project in Bangkok <i>Peeraporn Kaewon, Mullika Muttiko</i>	91
Service Quality of Antiretroviral Clinic Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province <i>Aroonwan Wattanapongchat, Buri T. Sriwong</i>	102

Editor

Prof. Emer. Dr. Prasert Thongcharoen

Department of Microbiology,

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Tel. : 66-2419-7457

FAX : 66-2419-8406,

E-mail : prasert.tho@mahidol.ac.th

วารสารโรคเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ทางด้านวิชาการโรคเอดส์ ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หน่วยงานภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารท้องถิ่นส่วนตำบล มหาวิทยาลัยต่าง ๆ นิสิต นักศึกษา และประชาชนทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และใช้เป็นเอกสารค้นคว้า อ้างอิง
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้สนใจหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณดี
รองศาสตราจารย์ ดร.สุตา ลุยศิริโรจนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เมธี ชยะกุลศิริ

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี
นายแพทย์สมยศ กิตติมั่นคง
นางวินิตา ชวนางกูร
นางสาวคันสนีย์ สมิตะเกษตริน

แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย
แพทย์หญิงช้วนันท เลิศพิริยสุวัฒน์
นายจิระวัฒน์ อุปรีรัตน์

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

กำหนดวันออกวารสาร ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

- ฉบับที่ 1 ตุลาคม – มกราคม
- ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม
- ฉบับที่ 3 มิถุนายน – กันยายน

สำนักงานบรรณาธิการ ตึกจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ (02) 419-7457

โทรสาร (02) 419-8406

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : prasert.tho@mahidol.ac.th

สำนักงานผู้จัดการ

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์ / โทรสาร (02) 590-3289, 089-0547576

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : sunsanee_smith@yahoo.com

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อตีพิมพ์

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นส.)
2. วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุด..... วุฒิย่อ (ภาษาไทย).....
วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/ อังกฤษ.....

3. สถานภาพผู้เขียน
 อาจารย์ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน).....
โปรแกรม..... คณะ.....
 บุคลากรทางการแพทย์
 ผู้บริหาร
 แพทย์ พยาบาล นักวิชาการด้านสาธารณสุข
 บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....

4. ขอส่ง
 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒิย่อ (ภาษาไทย).....
วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/ อังกฤษ.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail address.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย
 แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อเพิ่มข้อมูล
- เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ลงนาม..... ผู้เขียน
(.....)

วันที่...../...../.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร
(.....)

วันที่...../...../.....





ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

พัชรภรณ์ ภาภูตานนท์*, อัจฉรา อ่วมเครือ**

Abstract

The Relationship between HIVQUAL-T Developmental Process for the Care of HIV Infected / AIDS Patients and Hospital Quality Development

Pacharaporn Pavaputanon*, Ajchara Oumkrua **

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

**Boromrajonni College of Nursing, Rachaburi

Bureau of AIDS TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health has lunched the development project for the care of persons with HIV/AIDS by using HIVQUAL-T program. As well that most hospitals in Thailand were being in the developmental process to pass to hospital accreditation (HA) approach. This investigation aimed to study the process in applying HIVQUAL-T program as a quality improvement in a care for persons with HIV/AIDS in hospitals in every level, factors affecting to the successfulness in the using of HIVQUAL-T program, as well as the mutual effects between HIVQUAL-T quality improvement process and hospital's quality improvement as HA developmental process. Quality research methodology was applied. The data were collected from 7 hospitals of the Office of Disease Prevention and Control Zone 4, general and community hospitals then were analyzed as their related contents which answered to research questions.

The research results found that all hospitals had progress in the HIVQUAL-T program using in the care of persons with HIV/AIDS. In hospitals with more health care providers in HIV/AIDS clinic could work well than in the hospitals with less ones. As well, in some hospitals, the obstacle in working with such an unfamiliar computerized program experienced by nurses would be much more declinable in case some special or skillful officers from outside units provided help in data recording and analyzing. The program output which showed the performance measurement (PM) was further done differently for quality service improvement in each hospital. The multidisciplinary approach was more obvious in most community hospitals because of the shorter cooperative chain and an informal working style.

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

Moreover, the quality service management by multidisciplinary approach in the completely accredited hospitals was also more successful. In the same way, the hospitals with a good performance in HIVQUAL-T program also enhanced the HIV/AIDS clinic's service providers to access and understand HA system easier and quicker. As these research results, the researchers recommended to the service providers in HIV/AIDS clinic in the meantime to be hospital accreditation should further run the quality improvement as in the HIVQUAL-T process through the patient care team (PCT) and risk management center. The PM presentation in any hospital's conference may be also an efficient mean for encouraging systematically multidisciplinary cooperation in service improvement.

Key Words: HIVQUAL-T, HA, Service Quality Improvement
Thai AIDS J 2012; 24 : 57-68

บทคัดย่อ

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) ได้พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยรูปแบบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T และในขณะเดียวกันโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยได้มีความมุ่งหมายในการพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพ (HA) ด้วยเช่นกัน การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการใช้รูปแบบ HIVQUAL-T ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการใช้รูปแบบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T และการส่งผลกระทบซึ่งกันและกันระหว่างการใช้รูปแบบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ในเขตสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ข้อมูลถูกวิเคราะห์ตามเนื้อหาที่สัมพันธ์กัน และตามกลุ่มคำถามการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลมีพัฒนาการในการใช้รูปแบบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลที่มีผู้ให้บริการหลายคน จะมีปัญหาในการใช้โปรแกรมน้อยกว่าโรงพยาบาลที่มีผู้ให้บริการน้อย ถ้ามีเจ้าหน้าที่จากหน่วยอื่นของโรงพยาบาลมาช่วยป้อนและวิเคราะห์ข้อมูล จะทำให้ปัญหาลดลงมาก โรงพยาบาลมีการวัดผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด (Performance measurement: PM) และนำผลการประเมินมาพัฒนาคุณภาพบริการ (Quality improvement: QI) ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จะมีการพัฒนาคุณภาพบริการที่เป็นแบบสหวิชาชีพชัดเจนกว่า ในส่วนตัวเจ้าหน้าที่รู้สึกมีความง่ายในการติดต่อประสานงานเมื่อโรงพยาบาลผ่าน HA (Hospital accreditation) แล้ว ส่งเสริมให้มีความคล่องตัวมากขึ้น ในขณะเดียวกันการที่โรงพยาบาลมีพัฒนาการที่ดีในการใช้รูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T ทำให้ผู้ทำงานเข้าใจระบบของ HA และดำเนินการพัฒนาตามระบบของ HA ได้ง่าย เร็ว และเข้าใจ จากผลการวิจัย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีการทำ QI ตามระบบ HIVQUAL-T โดยประสานงานผ่าน PCT (Patient care team) และศูนย์บริหารความเสี่ยง และ นำผล PM แจ้งในการประชุมของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการกระตุ้นการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาบริการเชิงระบบ

คำสำคัญ HIVQUAL-T, HA, พัฒนาคุณภาพบริการ

วารสารโรคเอดส์ 2555; 24 : 57-68

บทนำ

ประเทศไทยมีการดำเนินโครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมในระดับประเทศ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ทำให้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงการดูแลรักษามากยิ่งขึ้น ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยเอดส์สะสมประมาณ 1.1 ล้านคน ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 540,000



คน และเสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์ประมาณ 560,000 คน⁽¹⁾ และเข้าถึงการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี มากกว่า 95,000 คน สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T^(2,3) เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพการดูแลหรือการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ นำร่องดำเนินการในปี 2549 ในโรงพยาบาลที่สมัครใจ 5 แห่งในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการดำเนินการตามโปรแกรมนี้มีความสอดคล้องกับกระบวนการ P-D-C-A (Plan-Do-Check-Act) ตามทิศทางการพัฒนาของสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในขณะที่เดียวกันสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย (พรพ.) ได้มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลทั้งระบบ จึงทำให้ผู้บริหารให้ความสำคัญในการมุ่งผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA)

การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงนับเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล⁽⁴⁻⁶⁾ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มุ่งผ่านการรับรองคุณภาพในเขตพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ได้ขยายการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T จนครอบคลุมถึงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนอีก 64 แห่ง ผลการดำเนินงานพบว่า คุณภาพการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดเสริมดีขึ้นกว่าเดิมทุกตัวชี้วัด ซึ่งหมายถึงประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการใช้รูปแบบ HIVQUAL-T ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการใช้รูปแบบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T และการส่งผลซึ่งกันและกันระหว่างการใช้รูปแบบการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

การวิจัยประเมินผลความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการพัฒนาการใช้รูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสัมภาษณ์อย่างเจาะลึกร่วมกับการศึกษาเอกสารการพัฒนากการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นผลลัพธ์จากการวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในรอบปีที่ผ่านมา และเอกสารการพัฒนาคคุณภาพของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ของพรพ. ประชากรในการวิจัยได้แก่โรงพยาบาลทุกระดับในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ใช้รูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และได้เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) แล้ว โรงพยาบาลเหล่านี้ถูกเลือกอย่างเจาะจง ตามเกณฑ์ ดังนี้คือ 1) การจัดองค์กรในการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และ

2) กลุ่มตัวอย่างเจาะจงเลือกในขั้นต้นให้ได้อย่างน้อย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง แต่เนื่องด้วยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงหยุดเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว และเก็บเพิ่มเมื่อยังไม่มีคามนิ่งของคำตอบที่ได้ ในการเก็บข้อมูลจริงได้เก็บจากโรงพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ใช้แบบแนวคำถามที่สร้างไว้อย่างหยาบๆ เป็นคำถามหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มโดยการให้เจ้าหน้าที่ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าเรื่องการใช้รูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปเรื่อยๆ และผู้วิจัยซักถามเข้าสู่ประเด็นการวิจัยเป็นระยะๆ โดยขออนุญาตบันทึกเสียงตั้งแต่เริ่มการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลในประเด็นสำคัญลงคอมพิวเตอร์เป็นระยะๆ พร้อมทั้งการอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ผู้ให้สัมภาษณ์หยิบยื่นให้ หรือโดยที่ผู้วิจัยขอและได้รับการอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกในสมุดโน้ตภาคสนาม และแฟ้มข้อมูลคอมพิวเตอร์ ประกอบการถอดแถบบันทึกเสียง และการอ่านเอกสารที่เกี่ยวข้องมาบันทึกรวมไว้ด้วยกันเพื่ออ่านอย่างละเอียด จากนั้นข้อมูลจะถูกวิเคราะห์แยกประเด็น ถูกให้รหัสและบันทึกโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel เพื่อตั้งประเด็นในภาพรวมต่อการตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย การนำเสนอใช้การเขียนบรรยายในแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่างในการวิจัยตามประเด็นวัตถุประสงค์การวิจัย

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลในบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์

1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ผลการศึกษาจะนำเสนอตามประเด็นที่ได้ออกแบบไว้ดังนี้

1. โรงพยาบาลศูนย์

ผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบคลินิกตามนัด การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามรูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T เริ่มในปี 2550 โดยเจ้าหน้าที่ได้เข้ารับการอบรมการใช้รูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T ในช่วงนั้น เป็นช่วงที่โรงพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาในภาพรวมของโรงพยาบาลอยู่แล้ว คือมี ISO และ 5 ส. และมี HA ตามมา แต่ยังไม่ทราบการเชื่อมโยงกระบวนการพัฒนาคุณภาพเข้าด้วยกัน เมื่อได้ใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ก็เห็นว่ามีความเชื่อมต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล แต่ก็ไม่ได้เข้าไปในกระบวนการ HA ชัดเจนเพราะไม่ได้เป็น PCT (Patient care team) ของโรงพยาบาลและมีการทำ PM (Performance measurement) และ QI (Quality measurement) ตามโปรแกรม HIVQUAL-T โปรแกรมการบันทึกข้อมูลของแผนกผู้ป่วยนอกไม่เอื้อต่อการเก็บข้อมูลต้องยืม OPD card (บัตรบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก) จากแผนกผู้ป่วยนอกมาลงบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการให้บริการของคลินิกไม่สามารถบันทึกข้อมูลลง OPD card ของผู้ป่วยได้ เพราะเกรงการเปิดเผยข้อมูล ในส่วนของ QI พยาบาลผู้รับผิดชอบจึงต้องการทำเป็นสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเก็บไว้ที่คลินิกตามนัดเอง

เมื่อโรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพตาม HA แล้ว หน่วยบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้ถูกประเมินจากภายนอกโดยตรง เพราะงานนี้ไม่ได้ถูกเน้น แต่เจ้าหน้าที่คลินิกเห็นความสำคัญ มีการให้บริการเชิงลึก



ทั้งในคลินิกและในชุมชน โรงพยาบาลได้รับการตรวจประเมินมาแล้ว 2 ครั้งแต่ไม่ใช้เรื่องเอดส์ เพราะไม่มีขนาดของผู้รับบริการที่ใหญ่มากเทียบเท่ากับงานบริการโรคอื่นๆ เช่นงานเบาหวาน งานสุขศึกษาถูกตรวจประเมินเฉพาะในเรื่องการเก็บความลับของผู้ป่วย การทำทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด พยาบาลงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่เคยเข้าประชุม HA จึงต้องการให้มีการอบรมให้เจ้าหน้าที่ทั้งร้อยเปอร์เซ็นต์เพื่อจะได้รู้จะได้เชื่อมโยงงาน HA กับงานพัฒนาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2. โรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด

เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ผู้รับผิดชอบงานเป็นนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

โรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามรูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T มาเป็นเวลา 2 ปี โรงพยาบาลใช้โปรแกรม HOME-C ในการบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลการให้บริการ ซึ่งปรากฏข้อมูลผู้ป่วยทุกโรค โรคเอดส์สามารถดึงข้อมูลได้จากรหัสที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ ฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นผู้ประสานเรื่องการลงข้อมูลโปรแกรม NAP เจ้าหน้าที่ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) จะช่วยเรื่องการดึงข้อมูลเพื่อมาใช้ประโยชน์ จากนั้นก็ดำเนินการสุ่มตามวิธีการของ HIVQUAL-T แล้วจึงดำเนินการลงข้อมูลตามแบบที่เตรียมไว้ ซึ่งจะเสียเวลาในการตามประวัติการรับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพราะ OPD Card อยู่หลายจุด เมื่อทำ PM ได้แล้ว ก็แจ้งให้ผู้รับผิดชอบทางคลินิกบริการทราบเพื่อจะได้วางแผนพัฒนาตัวชี้วัดที่ตกเกณฑ์ ซึ่งทั้งในส่วนของนักวิชาการและเจ้าหน้าที่คลินิกบริการ

เห็นความสำคัญของการใช้ประโยชน์จากรูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T

ในด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คณะกรรมการ PCT ของโรงพยาบาล มีตัวแทนจากกลุ่มงาน อายุรกรรม สูตินรีเวช กุมาร และศัลยกรรม และส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในส่วนของอายุรกรรม ระบุโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุเพราะเป็นโรคที่เป็นปัญหามาก มีความรุนแรง และกระทบค่าใช้จ่ายในระยะยาวมาก ไม่เลือกโรคเอดส์เพราะการดำเนินงานมีความต่อเนื่องอยู่แล้ว และมีงบประมาณจากภายนอกมาสนับสนุน แต่มีคณะกรรมการด้านเอดส์ของโรงพยาบาล มีการประชุม ถ้าเอาเกณฑ์ของ HA มาจับที่งานบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ นักวิชาการเห็นว่า ก็คงอยู่ในขั้นที่ 2 เพราะยังขาดงานด้านชุมชน

3. โรงพยาบาลทั่วไประดับอำเภอ

โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองที่มีประชาชนอาศัยอยู่หนาแน่น และมีแหล่งสถานเริงรมย์ที่ขึ้นชื่อของภูมิภาคนี้ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์วัยผู้ใหญ่ขึ้นทะเบียนประมาณ 1,000 ราย วัยเด็กประมาณ 50 ราย เป็นโรงพยาบาลระดับครุ ก. ของเขตนี้ หน่วยงานที่รับผิดชอบงานโดยตรงได้แก่ กลุ่มงานสุขศึกษา มีการให้บริการหลัก 2 ด้าน คือ การดูแลรักษาผู้ป่วย HIV/AIDS และการให้คำปรึกษา เนื่องจากหน่วยนี้เป็นงานสุขศึกษา จึงต้องรับผิดชอบงานสุขศึกษาทั้งหมด การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ก็เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมกลุ่ม

ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามรูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T พบว่า ข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่เข้าระบบเครือข่ายพื้นที่ของโรงพยาบาล (LAN) เพราะต้องการเก็บ

ข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ แพทย์ที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เห็นประโยชน์จากโปรแกรม HIVQUAL-T เพราะ PM ชี้ให้เห็นว่า ผู้รับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าเกณฑ์มาก การบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม HIVQUAL-T ใช้การลงข้อมูลลงในกระดาษตามแบบสำรวจของโปรแกรม ส่วนการทำ QI ประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลและเสนอในที่ประชุมเพื่อกำหนดเป็นตัวชี้วัด

การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล อยู่ในขั้นที่โรงพยาบาลผ่านการตรวจประเมินมาแล้ว 2 ครั้ง เน้นการตรวจเรื่องโรคเบาหวานและชุมชนเข้มแข็ง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโปรแกรม HIVQUAL-T ได้เสนอว่าต่อไปในเวที HA ควรมีงานบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และคณะทำงานป้องกันและให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีการปรึกษาพูดคุยในการทำเอกสารกระบวนการปฏิบัติงาน (Procedure) แล้วมาช่วยกันดูสิ่งที่เขียนลงไปอีกครั้งหนึ่ง เพื่อหาความร่วมมือ Procedure ของงานเอดส์แก้ไขมา 3-4 ครั้ง ปัจจุบันทำเสร็จแล้ว เมื่อมีการประชุมคณะทำงานจะแก้คำผิดเล็กๆ น้อยๆ ขณะนี้โรงพยาบาลผ่าน HA แล้ว ความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ดีขึ้น เรามี Procedure ใหญ่ ฉบับเดียว มีการตรวจซ้ำทุก 2 ปี โรงพยาบาลผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน เมื่อตอบคำถามว่า โปรแกรม HIVQUAL-T มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนา HA หรือไม่ เจ้าหน้าที่ตอบว่าไม่เกี่ยวกับ HA เพราะเอดส์ไม่ใช่เป้าหมายหลักในการพัฒนา (Highlight) ใน HA แต่ PM ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความชัดเจนในการจัดทำโครงการเป็นข้ออ้างอิงในการทำงาน HA ดูเรื่องการเก็บความลับเท่านั้น ของหน่วยงานสุขศึกษา ถ้าถูกตรวจก็คิดว่าทำได้ HA มา เมื่อไหร่ หน่วยงานสุขศึกษาก็มี

การเตรียมความพร้อมทุกครั้ง เพราะงานสุขศึกษาเกี่ยวข้องกับทุกงาน แต่เอดส์ เกี่ยวข้องน้อย ส่วนการที่จะเอางานเอดส์ เข้า HA เจ้าหน้าที่ก็ยังไม่ทราบว่าจะต้องมีรายละเอียดอะไรบ้างตามแนวทางของ HA

4. โรงพยาบาลอำเภอในอีกจังหวัดหนึ่ง

เป็นโรงพยาบาลอำเภอระดับโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 210 เตียง ผู้รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มงานจิตเวช ให้การดูแลแบบครบวงจร เจ้าหน้าที่รับว่าในกลุ่มงานมีคนทำงานอยู่ค่อนข้างมาก ทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น คนไข้ลงทะเบียนประมาณ 500 คน มารับยาต่อเนื่อง 300 กว่าคน มีการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ ประธานคณะกรรมการเป็นรองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามโปรแกรม HIVQUAL-T ในปี 2549 โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้เข้ารับการอบรมเป็นครู ก. ในการใช้รูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T โรงพยาบาลใช้โปรแกรมการบันทึกและเก็บข้อมูลเจ้าหน้าที่ IT เป็นคนดึงข้อมูลให้ ข้อมูลถูกบันทึกในแบบเก็บข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัดตามโปรแกรม HIVQUAL-T ข้อมูลบางข้อใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติม ผลการวัดที่แสดงเป็นกราฟออกมา มีการนำมาคุยกันในคณะกรรมการย่อย ยังไม่ได้คุยกับคณะกรรมการชุดใหญ่ เจ้าหน้าที่ยอมรับว่าโปรแกรม HIVQUAL-T ทำให้งานสมบูรณ์ขึ้นเรื่อยๆ มีการทำ QI ต่อเนื่อง กลุ่มงานเวชกรรมสังคมจะทำงานรณรงค์เป็นส่วนใหญ่ โปรแกรม HIVQUAL-T ช่วยในการดำเนินงานเชิงคุณภาพมากขึ้น ขณะนี้งานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ถูกมองว่าดี เพราะมีตัวชี้วัดชัดเจน ประเมินได้ วัดได้ ลักษณะของโปรแกรมทำให้เจ้าหน้าที่



รู้ทิศทางการทำงาน รู้สึกว่าถูกกระตุ้นการทำงาน ที่โรงพยาบาลนี้เมื่อพยาบาลเชิญชวนแพทย์เพื่อทำ QI แพทย์ก็ให้ความร่วมมือด้วยดี การทำงานมีความเกี่ยวข้องกับชุมชน ทำประชาคมร่วมกัน มีการขอทุนจากภายนอกมาทำงาน และก็ได้รับการสนับสนุน

ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล หน่วยบริการนี้วางแผนกับ PCT ว่าปีนี้จะนำงานเอดส์เข้า PCT ซึ่ง PCT มีมาก่อนที่โรงพยาบาลทำ HA ขณะนี้อยู่ระหว่างเตรียมประเมินชั้น 3 จาก พรพ. แต่งานเอดส์ไม่ได้ถูกตรวจประเมิน มีเพียงทีมตรวจประเมินภายในเป็นผู้เข้ามาประเมิน ตามที่งานเอดส์ได้มีการประเมินตนเองไว้ก่อน งานเอดส์ไม่ได้ถูกเน้นในการประเมินของ พรพ. แต่ในการทำงานแบบองค์รวมของหน่วยบริการอื่น งานเอดส์ก็อาจถูกพาดพิงด้วย ในการทำ HA มีการทำเอกสารตามแนวปฏิบัติ CQI ทำให้การปฏิบัติงานเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร หน่วยบริการนี้สามารถทำได้ ยกเว้นทำเป็นวัฒนธรรมองค์กร งานเอดส์ไม่ได้เขียนแนวปฏิบัติ แต่ใน CQI บอกว่าดึง PM จาก HIVQUAL-T เข้ามาทำ สาเหตุที่ไม่ได้เข้าอยู่ในจุดเน้นของ HA เนื่องจากงานให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ทำอยู่มีความรีบเร่งตลอดเวลา เช่นในการนัดผู้ป่วย เมื่อนัดผู้ป่วยแล้วก็ต้องให้บริการจนเสร็จ การให้บริการแต่ละรายใช้เวลามาก โดยเฉพาะกับรายใหม่ เมื่อเริ่มต้น ก็ต่อเนื่อง จึงลืมน และหมดเวลาในการเขียนประเด็นของงานที่ทำอยู่เข้าไป การที่มี HA และหน่วยบริการทำโปรแกรม HIVQUAL-T ทำให้สามารถตอบสนอง HA ได้ และการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ทำให้งานต้องพัฒนาไปเรื่อยๆ

5. โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง หน่วยที่รับผิดชอบการทำโปรแกรม HIVQUAL-T เป็นคลินิกให้คำปรึกษา อยู่ในฝ่ายการพยาบาล

มีเจ้าหน้าที่ 4 คน หัวหน้าเป็นพยาบาลวิชาชีพ และมีพยาบาลวิชาชีพอีก 1 คน พยาบาลเทคนิคลาเรียน 1 คน เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาลหัวหน้าหน่วยบริการนี้เป็นผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก

ก่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามโปรแกรม HIVQUAL-T ใช้การบันทึกและนับผลงานด้วยมือ ปัจจุบันมีการบันทึกและดึงข้อมูลตามรายโรคใน G2 (เพิ่มข้อมูลของโรงพยาบาล) เพียงใส่รหัสโรคของหน่วยบริการนี้เข้าไป จึงไม่ต้องใช้การบันทึกและนับด้วยมือ แต่ก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ IT ดึงข้อมูลให้ ข้อมูลถูกสร้างไว้เป็นแฟ้มในโปรแกรม Microsoft Access จึงต้องมีการโอนข้อมูลให้เป็นในรูปแบบของ Microsoft Excel ข้อมูลถูกบันทึกลงโปรแกรม HIVQUAL-T เมื่อ PM ออกมาแล้ว จะนำเสนอให้ทีมฟัง เป็นตัวแทนในโรงพยาบาล มีแพทย์สูติรีเวช และกุมารแพทย งานคลินิก และผู้เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วยกระบวนการ HA พบว่า โรงพยาบาลเพิ่งผ่านการประเมิน 1 วันก่อนที่มวิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลโรคที่เป็นจุดเด่น คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด อากาศ Stroke และ ลิ่มหัวใจตีบ (MI) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่พยาบาลกล่าวว่า เมื่อ PCT ของโรงพยาบาล นึกถึงงานที่เกี่ยวข้องกับกายจิตและสังคม จะนึกถึงงานให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ งานเอดส์ได้เขียนการประเมินตนเอง (self assessment) โดยมีงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ANC (งานดูแลหญิงตั้งครรภ์) OPD (งานผู้ป่วยนอก) และ TB (งานวัณโรค) ซึ่งจะมีการแจ้งซึ่งกันและกันในแต่ละวัน และในการประชุมกลุ่มการพยาบาล โปรแกรม HIVQUAL-T ทำให้การทำงานง่ายมากขึ้นใน

เรื่อง สถิติ และการนำเสนอ ทำให้หน่วยงานอื่นเห็นภาพการทำงานเอ็ดส์ชัดเจน อย่างเช่นงานเบาหวาน ผู้ใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ได้ช่วยชี้แนะให้แก่งานอื่นๆ ที่มาขอคำแนะนำ ในเรื่องการเก็บข้อมูล การประเมิน และการสร้างตัวชี้วัด ก่อนมีการตรวจประเมิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะเน้นงานคุณภาพมาก การทำเช่นนี้เรื่อยๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าตนเองมีงานวิชาการ เช่นการเขียนเรื่องเล่า ที่เกี่ยวกับกายจิตสังคม และเจ้าหน้าที่เอ็ดส์รู้สึกว่าเป็นเจ้าหน้าที่ที่เป็น PCT ยอมรับและชื่นชมงานเอ็ดส์ เพราะมีการจัดทำเอกสารของหน่วยงาน (Unit Profile) โดยในการปรับปรุงล่าสุดมีข้อมูลซึ่งประกอบด้วย

Gen1 หน้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ขอบเขตบริการ ความต้องการของผู้รับบริการของลูกค้า ภายใน ภายนอก จุดเน้นการพัฒนา และแผนปฏิบัติการ

Gen8/9 กระบวนการทำงาน และโอกาสพัฒนา วิเคราะห์โอกาสพัฒนา การระบุความเสี่ยง แนวทางแก้ไข แนวทางป้องกันความเสี่ยงที่เกิดกับผู้รับบริการ

Gen9 การบรรลุเป้าหมาย และการพัฒนาต่อเนื่อง ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่งให้ผู้อื่น ระบุภารกิจของหน่วยงาน คุณภาพชีวิตผู้รับบริการก่อนและหลังให้ยาต่อต้านไวรัส (ARV) มีการกล่าวถึงว่าโรงพยาบาลได้รับการคัดเลือกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เกี่ยวกับการทำโปรแกรม HIVQUAL-T ในเอกสารได้แสดงคุณภาพการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ก่อนการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T พยาบาลของหน่วยบริการนี้ได้คิดตัวชี้วัดเองกับแพทย์ แต่เมื่อมีการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ก็ได้ตัวชี้วัดที่ชัดเจน แนวคิดคนไข้เป็นศูนย์กลาง ที่ผู้บริหารเน้นเจ้าหน้าที่ก็เห็นว่าตนเองทำได้ และการที่มี PM

และ QI ใน HIVQUAL-T อยู่แล้ว ทำให้เข้าสู่กระบวนการ HA ได้ง่าย เพราะสอดคล้องกับวิธีการของ HA โดยเฉพาะในเรื่องการเก็บความลับของผู้ป่วย เพราะมีการสร้างสัญลักษณ์ เช่นเดิมแพทย์จะเขียน HIV พยาบาลของหน่วยเอ็ดส์ก็ปรับเป็นรหัสอื่นเพื่อรักษาความลับ การเขียนส่งรับคำปรึกษาและ การส่ง Lab จะใส่เป็นรหัสการเยี่ยมบ้านทำในกรณีที่ยินยอม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่ไม่มารับยา มีการโทรตามก่อน จากนั้นจะมีการเยี่ยมบ้านโดยทีมเยี่ยมบ้าน

6. โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง

เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ขึ้นทะเบียนไว้ 168 ราย ก่อนการประเมินคุณภาพระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและพยาบาลผู้รับผิดชอบศูนย์บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ความเห็นว่า ระบบการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายในโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบแยกส่วน ไม่มีส่วนร่วมระหว่างแกนนำผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ทีมสหวิชาชีพไม่มีการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร่วมกัน มีการดูแลผู้ป่วยเฉพาะผู้ได้รับยาต้านไวรัส ไม่ได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการครบทุกราย การดูแลไม่ครอบคลุมตามตัวชี้วัดตามที่หน่วยบริการควรดูแล และการจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นระบบ จากการประเมินดังกล่าว โรงพยาบาลได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาไว้ว่า “เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกราย พัฒนางานบริการให้ได้มาตรฐาน และพัฒนาระบบการคัดกรองเอชไอวีให้ครอบคลุมในผู้ป่วยเอดส์” แนวทางในการพัฒนา จึงเริ่มด้วยการวางระบบ โดยการประชุมทีมสหวิชาชีพ เสนอผลการประชุมต่อผู้บริหารเพื่อกำหนดเป็นนโยบาย กำหนดหน้าที่ของ



แต่ละหน่วยงาน และการบันทึกผลการบริการเพื่อการส่งต่อข้อมูล มีการจัดทำคู่มือในการปฏิบัติงาน แจกจ่ายทุกหน่วยงาน และจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ

การพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T และวัดผลตามตัวชี้วัดดำเนินการมาตั้งแต่เริ่มนำโปรแกรมเข้ามา ในภาพรวม หลังการพัฒนา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานบริการผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ความเห็นว่าการดำเนินงานของโรงพยาบาลดีขึ้น มีการทำงานเป็นทีมชัดเจน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานชัดเจน มีการจัดเก็บข้อมูลเป็นระบบ มีการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดี ให้อยู่ในแฟ้มเดียวกันไม่กระจัดกระจาย ในส่วนของการบริการ มีระบบการติดตามและการประสานงานที่ดี เช่นการนัดตรวจเลือด นัดตรวจ CD4 และการนัดรับยา ฯลฯ

นอกจากการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการประเมินผลและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แล้ว โรงพยาบาลยังมีการใช้โปรแกรมอื่นที่เหมือนกับโรงพยาบาลอื่นอีก คือโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูล PIM และ CHILD สำหรับเก็บข้อมูลมารดาที่ติดเชื้อและบุตร หลังคลอด ข้อมูลทั้งสองส่วนนี้จะถูกรวมในโปรแกรม NAP ที่ต้องส่งข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายให้กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่มีการสร้างโปรแกรมอื่นขึ้นมาอีก ข้อมูลใน NAP ที่ปรับปรุงใหม่ก็มีข้อมูลที่ตรงกันเล็กน้อย ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถดึงมาใช้ได้โดยตรง และเห็นว่าถ้าดึงข้อมูลมาลงใน HIVQUAL-T ได้ ก็จะเป็นภาระน้อยลง

กระบวนการทำ PM ตาม HIVQUAL-T หรือ ผู้รับผิดชอบในการใช้โปรแกรม

HIVQUAL-T ของโรงพยาบาลนี้มีความแตกต่างจากที่อื่น เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่ให้บริการ ไม่ต้องรับผิดชอบโปรแกรม HIVQUAL-T โดยตรง แต่จะมีหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการให้ ทั้งการสุ่ม การบันทึกข้อมูล และการออกรายงาน จึงทำให้ผู้ปฏิบัติงานในส่วนการให้บริการแก่ผู้ป่วยมีความคล่องตัวในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

การพัฒนาคุณภาพงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแนวทางของ HA ไม่ได้ถูกเขียนไว้ เนื่องจากงานนี้ไม่ได้ถูกเลือกเพื่อการตรวจประเมินตามวิธีการของ HA

โดยสรุปกล่าวได้ว่า โรงพยาบาลนี้สามารถพัฒนาการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ได้ เมื่อได้ PM แล้วได้ทำ QI ต่อ และทำอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากโรงพยาบาลมีนโยบายการทำ HA ที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ว่าคุณภาพมีความจริงจัง ปัญหาและความต้องการพัฒนาของงานเอดส์ได้เข้าสู่ PCT และเกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และโดยกระบวนการของ HA เป็นการพัฒนาทุกหน่วยทั้งระบบพร้อมกัน ทั้ง HIVQUAL-T และ HA ของโรงพยาบาลจึงเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

7. โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก

เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอขนาด 30 เตียง ในหน่วยบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีพยาบาล 3 คน รับผิดชอบงานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ งานสุขภาพจิต ยาเสพติด สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ จัดบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว ไม่มี OPD card เชื่อมต่อข้อมูลเป็นระบบ LAN

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามรูปแบบโปรแกรม HIVQUAL-T นอกจากข้อมูลจะอยู่ในระบบ LAN แล้ว ข้อมูลของโรงพยาบาลนี้ถูก

บันทึกไว้ในโปรแกรม HOSXP เมื่อเจ้าหน้าที่สุมชื่อผู้ป่วยเพื่อทำการประเมินได้แล้ว ก็ทำการเรียกเพิ่มมาดู และให้เจ้าหน้าที่คีย์ข้อมูล และพยาบาลจะตรวจความถูกต้องของข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อได้ผล PM จะนำข้อมูลเสนอต่อในคณะกรรมการบริหาร และในการประชุมของกลุ่มการพยาบาล ตัวชีวิตที่ตกเกณฑ์ ก็แจ้งให้คณะกรรมการทราบและขอความร่วมมือในการร่วมแก้ไขปัญหา การทำงานแก้ไขปัญหาคือชีวิตที่ตกเกณฑ์ทำงานขึ้นเพราะมีศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาลอยู่ที่ฝ่ายวิชาการ ซึ่งตั้งตาม เกณฑ์ของ พรพ.

พยาบาลหัวหน้าหน่วยบริการกล่าวว่า “HIVQUAL-T ทำให้เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการทำงานอย่างมีหลักการ การส่งต่อ การให้ความรู้ผู้ป่วย มีการตรวจสอบข้อมูล การที่ผู้ทำงานกังวลเกี่ยวกับตัวชีวิต ทำให้สามารถทำงานให้ดีขึ้น เวลาเทียบเคียงข้อมูล ทำให้เจ้าหน้าที่รู้สถานะการทำงานของตนเอง

การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล พบว่าในการเลือกโรคเพื่อจัดทำ HA มีเกณฑ์คือ High Risk and High Volume (มีความเสี่ยงสูงและมีจำนวนผู้ป่วยมาก) ซึ่งปัญหาเอดส์ไม่ได้รับการคัดเลือก เพราะตามเกณฑ์ดังกล่าวโรคนี้อาจไม่เป็นปัญหาเหมือนโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

โรงพยาบาลผ่านการประเมิน HA มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 งานเอดส์ก็ได้เขียน Procedure เข้า PCT เหมือนงานอื่น พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานเอดส์เป็น IC (Infectious control) ด้วย เอกสารคุณภาพของงานเอดส์ใช้ชื่อว่า งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ (งานเอดส์)

การเก็บความลับของผู้ป่วย ที่นี้ทำได้โดยการเก็บแฟ้มประวัติผู้ป่วยไว้ที่งานเอดส์ ไม่ผ่าน OPD ซึ่งเป็นนโยบายของโรงพยาบาลให้ทุกแผนกของ โรงพยาบาลลดขั้นตอนการทำงานอยู่แล้ว

เจ้าหน้าที่ OPD เปิดข้อมูลดูได้บางส่วน แต่รหัสผ่าน (password) บางส่วน จะถูกล็อค (lock) โดยได้มีการขออนุญาตคนไข้ไว้ ในกรณีที่คนไข้รักษาต่อเนื่องที่แผนกอื่น ข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยตอนนี้แพทย์สามารถเข้าได้ ผลเลือดเจ้าหน้าที่ที่สร้าง password เฉพาะ ไม่ให้เจ้าหน้าที่อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องเข้ามาเปิดข้อมูลดูได้ แม้จะเป็นญาติหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย

ในความเห็นของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานเอดส์เห็นว่า ที่โรงพยาบาลสามารถผ่านการประเมิน HA ได้ เป็นเพราะ TM (Top manager: ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) ทำงานได้ดีเยี่ยม แม้มีเจ้าหน้าที่บางคนบ่นว่าเหนื่อย แม้ที่ผ่านมางานเอดส์ไม่ได้ถูกตรวจจาก พรพ. แต่งานเอดส์ก็ต้องการเข้ากระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยเช่นกันและต้องการรู้ทุกงานในหน่วยงาน และทราบว่าทุกโรงพยาบาลก็ทำงานคุณภาพกันทั้งนั้น ในสถานการณ์เช่นนี้จึงคิดว่า หน่วยบริการของตนเองจึงไม่ควรนั่งนิ่งเฉย และเห็นว่า HA เป็นบริษัทที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นเสมือนปัจจัยภายนอก และ HIVQUAL-T เป็นเสมือนปัจจัยภายในที่เป็นตัวบอกว่างานที่ทำอยู่ดีหรือบกพร่องอย่างไร โดยกระบวนการทำงานเอดส์ที่มีคุณภาพ แม้จะไม่ได้รับการตรวจประเมินจาก พรพ. ก็มีผลผลิตกันได้เช่นกันเพราะปัญหาและกระบวนการพัฒนาดำเนินไปแบบทั้งระบบ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลแต่ละระดับการศึกษา สามารถดำเนินการได้ในระดับที่ไม่ต่างกันนัก เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสามารถใช้โปรแกรมได้ มีการสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูล



ขึ้นมา เช่นการสร้างแบบบันทึกข้อมูล สามารถทำ PM และออกแบบประเมินที่เป็นเอกสารแสดงผลการปฏิบัติงานได้ และได้ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการ การที่พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการต้องทำ PM แต่โดยลำพังมักมีปัญหา ทั้งในเรื่องความคล่องแคล่วในการใช้โปรแกรม การสุ่มรายผู้ป่วย การเก็บข้อมูลการรับบริการ ทำให้การทำงานล่าช้า ในทางตรงกันข้าม ถ้ามีนักวิชาการหรือเจ้าหน้าที่อื่นมาช่วย พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการจะรู้สึกสบายใจ ใต้งานที่ต้องการ และเสร็จทันเวลา

2. ในขั้นตอนภายหลังจากที่ได้ทำ PM แล้ว ในขั้นตอนของ QI ปัจจัยของการทำ QI สำเร็จ ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป คือการที่มีแพทย์มาร่วมให้บริการด้วย ในโรงพยาบาลชุมชน คือการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรับรู้และเข้าใจการทำงาน ให้โอกาสและให้อำนาจแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการตัดสินใจในกระบวนการดูแลรักษา การที่มีทีมสหวิชาชีพมาร่วมดำเนินงาน รับรู้และทำงานเชื่อมต่อกัน ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการ การเป็นโรงพยาบาลที่เล็กกว่า ทำให้การติดต่อประสานงานง่ายกว่า และเกิดการเข้าถึงซึ่งกันและกัน จึงเห็นผลที่ชัดเจนว่า ในโรงพยาบาลใดที่มีการพัฒนาจนผ่านการประเมิน HA ซึ่งมี PCT ที่ดำเนินการต่อเนื่องจริงจัง มีการจัดการความเสี่ยง มีการทำงานของทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง การทำ QI ของงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ก็สำเร็จได้ง่ายกว่า เพราะหน่วยบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ไม่สามารถขับเคลื่อนระบบใหญ่ของโรงพยาบาลได้โดยง่าย หรือถ้าพอทำได้ก็โดยการขอร้องหรือใช้ความสนิทเป็นส่วนตัว ลักษณะของ QI จึงเป็นแค่การแก้ปัญหาตามลำพัง การที่มีระบบเครือข่ายการทำงานแบบสหวิชาชีพรองรับ ทำให้ผู้ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย

เอดส์ ทำงานอย่างมีความสุข

3. โรงพยาบาลที่มีความสำเร็จและมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้โปรแกรม HIVQ-UAL-T จะสานต่อในการดำเนินงานตามกระบวนการของ HA ได้โดยง่ายทั้งในแง่ของวิธีคิดและการทำงาน และสามารถใช้อ้างอิงประกอบและวิธีการของ HA ในการพัฒนางานการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ในสถานการณ์ที่หลายโรงพยาบาลสามารถทำ PM จากโปรแกรม HIVQUAL-T ได้แล้ว แต่การทำ QI อย่างเป็นระบบ ทำได้ยาก เนื่องจากต้องเกี่ยวข้องกับสหวิชาชีพ และหน่วยบริการอื่นในโรงพยาบาล และในกรณีที่การดำเนินงานตามระบบ HA ของโรงพยาบาลยังไม่ก้าวหน้ามากนัก พยาบาลผู้รับผิดชอบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ก็ควรเข้าประสานงานกับ PCT และศูนย์รับผิดชอบการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล เพื่อการรับรู้ และเข้าสู่ระบบการทำงาน ของ HA อย่างค่อยเป็นค่อยไป

2. การหาโอกาสนำเสนอผล PM ในการประชุมของโรงพยาบาลหรือการนำเสนอเป็นเอกสาร เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการทำ QI ของงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ก็อาจเป็นวิธีการที่ช่วยทำให้ QI เป็นกิจกรรมใช้วิธีการเชิงระบบ ตามจุดมุ่งหมายของ HIVQUAL-T และเป็นการพัฒนาตามแนวทางของ HA

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่งานบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์บางราย ยังไม่เข้าใจวิธีการของ HA การศึกษาจากในด้านของ HA เพื่อหา

ทางเชื่อมต่อเข้ามาสู่งานบริการอื่นๆ รวมทั้งงานบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ก็น่าจะเป็นส่วนที่ทำให้การพัฒนาทั้ง 2 วิธีการมีผลดีต่อคุณภาพบริการมากยิ่งขึ้น

2. การวิจัยเจาะลึกการทำ QI ของหน่วยบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ก็เป็น

ประเด็นที่น่าสนใจ เพื่อสามารถบอกถึงวิธีการที่ใช้ อยู่ ระดับความสำเร็จตามวิธีการที่ HIVQUAL-T กำหนด และบอกต่อไปได้ถึงแนวทางการพัฒนาการทำงานแบบสหวิชาชีพตามกระบวนการ HA ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. เชิดเกียรติ แก้วกลสิกิจ. การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ใน 6 โรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2549, 2550, 2551. [Internet]. [วันที่ สืบค้น 20 มกราคม 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://dpc9.ddc.moph.go.aids/Hivqual-T.html>
2. ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข และคณะ. 2550. คู่มือการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ด้วยรูปแบบ HIVQUAL - T สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ และ ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล และคณะ บรรณาธิการ, นนทบุรี: สำนักโรค เอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี.
3. Matthew N. 2007. HIVQUAL: Quality Improvement for HIV/AIDS Services in International Settings. U.S. Public Health Service Professional Conference.
4. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2542. คู่มือการประเมินและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด.
5. มาริสา ไกรฤกษ์. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. เอกสารประกอบการสอนวิชาการบริหารงาน พยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. 2543. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด.



การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยโปรแกรม HIVQual-T version 5.5 โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554

พิเชษฐ จงเจริญ*

Abstract

The Evaluation of Quality Treatment and Care for People Infected with HIV/AIDS with Program HIVQual-T version 5.5 in Rasisalai Hospital, Sisaket Province 2011

Pichet Chongcharoen*

*Rasisalai Hospital, Sisaket Province.

This research was a descriptive research as a retrospective study. The objectives were to study outcome of treatment and care for people infected with HIV/AIDS in Rasisalai Hospital and to evaluate structure of organization in the care for people infected with HIV/AIDS by HIVQual-T version 5.5 Rasisalai Hospital, Sisaket Province, 2011 to use the findings for improving the service development to be more efficient and effective. The research methodology of this study, the quality of care for people infected with HIV/AIDS, were evaluated from medical record registration of historical background OPD and ATC 1 by recording 12 major indicators and 45 alternative indicators. 146 samples were obtained from program HIV Qual-T version 5.5, by autonomic sampling. The study from 1st October 2010 to 30th September 2011.

According to the study, found that there were 202 cases of people infected with HIV/AIDS, refer to treatment in other places 4 cases. There were aged-group 31- 40 years old and 41-50 years old 42.08 and 25.74% respectively. Marital status 68.32%, risk in factors and transmission by sexual transmission 89.60%, sharing needles with an infected person 2.48 %, transmission from mother to child in 5.94%. Autonomic sampling with HIV Qual-T version 5.5, there were 146 cases people infected with HIV/AIDS whom up to 15 years old, old cases 123 cases, new cases 23 case. The youngest case is a 18 years old while the oldest is a 66 years old; the average age of the cases is 39 7.7 years old. To evaluate the overall result, the most of people infected with HIV/AIDS have been followed CD4

*โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

level, VL, drug adherence, drug resistance and closely monitor of common complications as PCP, TB, cervical cancer. When compare to the provincial level, county level and national level found that reached goal and good level. The median of CD4 level of Rasisalai Hospital was 205 cell/mm³, as compared to provincial level was 120, community level 159 and national level was 116 cell/mm³.

Before HIVQual-T program using found that most of hospitals had normal care service pattern of them, planning quality targets and evaluative system were not clear. After HIVQual-T program using found that it improved to have a better system and effective for patients care services.

The overall results are considered to be successful. However, the patient individual problems and developing in studies detail are require to reduce the complication rate, death rate and for better living quality of HIV infectious and AIDS patients.

Key Words: Evaluation, Quality Treatment and Care for People Infected with HIV/AIDS, Program HIVQual-T version 5.5 (NAP)
Thai AIDS J 2012; 24 : 69-80

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลราชสีโล เพื่อหาแนวทางพัฒนาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป ด้วยโปรแกรม HIVQual-T version 5.5 โรงพยาบาลราชสีโล จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554 เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงพัฒนาระบบบริการให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล วิธีการวิจัยคือการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จากเวชระเบียน ทะเบียนแฟ้มประวัติ (OPD) ทะเบียน ATC 1. โดยการบันทึกตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดทางเลือก 45 ตัวชี้วัด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 146 ราย ได้จากข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลที่บันทึกด้วยโปรแกรม HIVQual-T ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2554 พบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ 202 ราย ย้ายไปรักษาที่อื่น 4 ราย พบอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี ร้อยละ 42.08 และ 25.74 พบสถานภาพ สมรส ร้อยละ 68.32 ปัจจัยเสี่ยงและวิถีชีวิตต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 89.60 ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 2.48 พบจากแม่สู่ลูกร้อยละ 5.94 จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 146 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สุ่มโดยโปรแกรม HIVQual-T version 5.5 เป็นผู้ป่วยรายเก่า 123 ราย รายใหม่ 23 ราย อายุเฉลี่ยที่สุดคือ 18 ปี มากที่สุดคือ 66 ปี อายุเฉลี่ยคือ 39±7.7 ปี พบผลการศึกษาก่อนตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัด พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีการติดตามตามตัวชี้วัดครอบคลุมเรื่องระดับ CD4, VL การติดตามการกินยา การดื้อยาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่พบบ่อย เช่น PCP, วัณโรคปอด, มะเร็งปากมดลูกได้ในระดับที่ดีเมื่อเทียบกับระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ พบค่ามัธยฐานของระดับ CD4 ในปี 2554 โรงพยาบาลราชสีโลเท่ากับ 205, จังหวัดศรีสะเกษ เท่ากับ 120, ระดับ นคร. เขต 7 เท่ากับ 159 และระดับประเทศ เท่ากับ 116 cell/mm³

การดำเนินงานก่อนการใช้โปรแกรม HIVQual-T พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ดูแลรักษาผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลรักษา ไม่มีการให้บริการที่ชัดเจน ขาดการนำผลมาพัฒนาการให้บริการ หลังจากนำโปรแกรม HIVQual-T มาใช้พบว่าทำให้มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากผลการดำเนินงาน พบว่ามีความสำเร็จตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ปัญหาเฉพาะรายในผู้ป่วยแต่ละราย ต้องมีการศึกษาในรายละเอียดทบทวนสาเหตุและรายละเอียด เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

คำสำคัญ การประเมิน, คุณภาพดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, โปรแกรม HIVQual-T version 5.5 (NAP)
วารสารโรคเอดส์ 2555; 24 : 69-80



บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ด้วยสภาพครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วตามค่านิยม ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป ทำให้โรคเอดส์กระจายไปเร็วขึ้น และเริ่มมีทารกที่ติดเชื้อจากมารดา

โรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้ด้วยการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ร่วมกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยล่าสุด มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น 366,945 ราย เสียชีวิต 97,179 ราย⁽¹⁾ พบว่าแนวโน้มการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁽²⁾ การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทยมีการพัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากการให้ยาต้านไวรัสชนิดเดียว (monotherapy) พัฒนาเป็นยาสองชนิด และในปีพ.ศ. 2543 กรมควบคุมโรคติดต่อได้เริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อแบบใช้ยาสามชนิด (triple therapy) ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีชนิดต่างๆ เพื่อให้ผลข้างเคียงน้อยที่สุดและเกิดความสะดวกต่อการรับประทานมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2549 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างถ้วนหน้า และได้ขยายขอบเขตการให้บริการอย่างกว้างขวาง มีการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลรักษาภายใต้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการดูแลในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี ภายใต้กองทุนสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จำนวน 108,806 ราย⁽³⁾ อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องและมุ่งให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการคุณภาพอย่างทัดเทียม โดยพัฒนาระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามจัดการให้บริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน เพื่อเป็นหลักประกันความเชื่อถือและไว้วางใจในการบริการที่ประชาชนควรได้รับ ซึ่งผู้ป่วยเอดส์เป็นประเด็นที่อ่อนไหว ต้องระมัดระวังปัญหาทางจิตใจ และสังคมมาก รวมทั้งสิทธิเรื่องเอดส์เริ่มมีมากขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการคุ้มครองทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ บุคคลที่ให้บริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการจัดการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานที่เหมาะสมกับทรัพยากร ศักยภาพและสิทธิที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พึงได้รับ^(4,5) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ในระหว่างปี พ.ศ. 2546-2549 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้รูปแบบ HIV Qual-T (HIV Quality of Care - Thailand) มาใช้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการให้บริการคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ วัดประเมินผลการปฏิบัติงานดูแลทางด้านสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลราชสีสโร จังหวัดศรีสะเกษ ได้เข้าร่วมการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยใช้โปรแกรม HIVQual-T 5.5 และ เพื่อให้ทราบสถานการณ์และผลลัพธ์

การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยโปรแกรม HIVQual-T5.5 โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัด ศรีสะเกษ ปี 2554 และนำผลการศึกษาที่ได้มาเปรียบ เทียบกับผลลัพธ์ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับ ประเทศเพื่อปรับปรุงระบบบริการให้เกิดประสิทธิ ภาพแก่ผู้มารับบริการ ตลอดจนเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์ในระยะยาว

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยประเมินคุณภาพการดูแลรักษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จากเวชระเบียน ทะเบียนแฟ้มประวัติ แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ผู้ป่วยของผู้รับบริการในคลินิกตรวจวันเบิกฟ้า ในโรงพยาบาลราชสีลาจากประชากรทั้งหมด จำนวน 202 ราย นำมาสุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม HIVQual-T version 5.3 แบบสุ่มตัวอย่าง อัตโนมัติ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 146 ราย รายเก่า 123 ราย รายใหม่ 23 รายมารับบริการในโรงพยาบาล ราชสีลา 2 ครั้งขึ้นไป ในระบบประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (UC) ทั้งรายใหม่และรายเก่า ทั้งที่อยู่ใน เกณฑ์กินยาต้านไวรัส และไม่อยู่ในเกณฑ์กินยา ต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึงวัน ที่ 30 กันยายน 2554 บันทึกตัวชี้วัดโดยการกำหนด ตัวชี้วัด เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1. การติดตาม CD-4 , 2. การติดตาม ARV, 3. การป้องกัน OI , 4. การ

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไป จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 202 ราย

อายุ (ปี)	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
< 15	4	3	7	3.47
15 – 20	7	4	11	5.44
21 – 30	17	17	34	16.83
31 – 40	43	42	85	42.08
41 – 50	20	32	52	25.74
51 – 60	7	3	10	4.95
> 60	2	1	3	1.49

ตารางที่ 2. สถานภาพสมรสของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ จำนวน 202 ราย

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
แยก-หย่า	5	2.47
หม้าย	22	10.89
โสด	37	18.32
สมรส	138	68.32

คัดกรองโรคร่วม, 5. การส่งเสริมสุขภาพและผู้ป่วย รายใหม่ โดยมีตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัด ทางเลือก 45 ตัวชี้วัด แล้วนำมาวิเคราะห์ ด้วย โปรแกรม HIVQual-T version 5.5 นำข้อมูล มาเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด

ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไปในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการ



ตารางที่ 3. ปัจจัยเสี่ยงและวิถีชีวิตที่พบในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 202 ราย

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
เพศสัมพันธ์	181	89.60
ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ	5	2.48
ชายรักชาย	2	0.99
อาชีพพิเศษ	2	0.99
จากมารดาสู่ทารก	12	5.94

ตารางที่ 4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา รวม 146 ราย

ประเภทกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยรายเก่า	123	84.25
ผู้ป่วยใหม่และผู้เริ่มรับยาต้านไวรัสรายใหม่	23	15.75
เพศชาย	65	44.52
เพศหญิง	81	55.48

ตารางที่ 5. แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเปรียบเทียบกับระดับจังหวัด สคร.เขต 7 และระดับประเทศ ปี 2554

ผลงานระดับ	CD4_BLCD4_6		ARV	VL	Adh	CD4_ MD	PCP	Crypto	TB	Syphilis	PAP	Safe sex
	M											
รพ.ราชินี	91.30	89.40	100.00	99.20	98.40	205	100.00	100.00	100.00	100.00	83.30	97.60
จังหวัด	86.39	82.92	98.83	92.90	80.95	120	100.00	90.48	98.99	98.82	84.33	98.31
ศรีสะเกษ												
สคร.เขต 7	72.83	71.96	98.83	93.44	91.61	159	91.75	94.53	98.04	90.75	72.39	98.32
ระดับประเทศ	75.27	77.68	99.23	94.00	85.86	116	89.67	91.24	99.10	88.35	78.67	95.90

หัวข้อและความหมายจากตารางที่ 5

CD4_BL	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการตรวจ CD4 Baseline
CD4_6M	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน
ARV	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาต้านไวรัส
VL	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสมากกว่า 6 เดือน ได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
Adh	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการประเมินหรือติดตาม Drug Adherence อย่างสม่ำเสมอ
CD4-MD	ค่ามัธยฐานของระดับ CD4 ในผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมิน
PCP	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ปฐมภูมิ
Crypto	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ปฐมภูมิ
TB	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด
Syphilis	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส
PAP	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
Safe sex	ร้อยละของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับข้อมูลคำแนะนำเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยอย่างปลอดภัย

ตารางที่ 6. ผลการประเมินตัวชี้วัดทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
 N คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดที่ต้องได้รับการประเมินตามตัวชี้วัด
 n คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการประเมินตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดทางเลือก (KPI)	N(ราย)	n(ราย)	ร้อยละ
1.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ CD-4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน	123	121	98.40
1.1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ CD-4 > 350 cell/mm ³ และไม่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจ CD-4 ทุก 6 เดือน	3	3	100.00
2.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือน ได้รับการตรวจ VL	13	10	76.90
3.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลประเมิน Drug Adherence > 95%	123	122	99.18
4.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมิน ได้รับการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นก่อนการรักษา	20	20	100.00
5.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม SGPT	128	91	71.10
6.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจติดตาม SGPT ผิดปกติ ได้รับการดูแล	4	4	100.00
7.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มียา ARV ได้รับการตรวจติดตาม lipid profile	128	124	96.18
8.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจติดตาม lipid profile ผิดปกติ ได้รับการดูแล	34	31	91.20
9.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม CBC	128	124	96.90
10.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังจากได้รับยาต้านไวรัสที่มีผลการตรวจติดตาม CBC ผิดปกติ ได้รับการรักษา	11	10	90.90
11.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม FBS	128	89	69.50
12.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจติดตาม FBS ผิดปกติ ได้รับการดูแลรักษา	4	4	100.00
12.1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม Creatinine (Cr)	128	91	71.1
12.2	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลตรวจติดตาม Creatinine ผิดปกติ ได้รับการดูแลรักษา	2	1	50.00
13.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและมีปริมาณไวรัสมากกว่า 2,000 Copies/ml ได้รับการตรวจ Drug Resistance	1	1	100.00



ตารางที่ 6. (ต่อ) ผลการประเมินตัวชี้วัดทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดทางเลือก (KPI)	N(ราย)	n(ราย)	ร้อยละ
13.1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและมีผลการรักษาล้มเหลว	123	1	0.81
13.2	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ตรวจพบการดื้อยาได้รับการเปลี่ยนสูตรยา	1	1	100.00
14.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ทดียงภูมิ	5	5	100.00
15.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มียาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์	5	5	100.00
16.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ทดียงภูมิ	2	2	100.00
17.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์	2	2	100.00
18.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคสมองอักเสบจาก Toxoplasmosis ทดียงภูมิ	0	0	NA
19.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาป้องกันโรคสมองอักเสบจาก Toxoplasmosis ทดียงภูมิ ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์	0	0	NA
20.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกัน MAC ทดียงภูมิ	0	0	NA
21.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาป้องกันโรค MAC ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์	0	0	NA
22.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่วินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด จากการคัดกรองได้รับการรักษา	0	0	NA
23.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	123	117	95.10
24.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการคัดกรองอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	18	18	100.00
25.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการตรวจเลือดเพื่อการติดเชื้อซิฟิลิส	18	18	100.00
26.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจซิฟิลิสเป็นผลบวก ได้รับการรักษา	0	0	NA
27.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองใน ได้รับการรักษา	0	0	NA

ตารางที่ 6. (ต่อ) ผลการประเมินตัวชี้วัดทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดทางเลือก (KPI)	N(ราย)	n(ราย)	ร้อยละ
28.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม	0	0	NA
29.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มี CD4 < 100 cells/mm ³ ได้รับการตรวจหรือส่งต่อ เพื่อคัดกรอง CMV Retinitis	1	1	100.00
30.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจพบ CMV Retinitis ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ	1	1	100.00
31.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	23	23	100.00
32.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการดูแลการรักษา หรือส่งต่อ	0	0	NA
33.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	0	0	NA
34.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการติดตามการรักษาหรือส่งต่อ	0	0	NA
35.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราสูบบุหรี่	123	123	97.60
36.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการประเมินการใช้สารเสพติด	123	123	97.60
37.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ครั้ง ในปีประเมิน	123	123	100.00
38.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้รับการปรึกษาหรือส่งต่อในปีประเมิน	0	0	NA
39.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลหรือการให้ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเอง	123	121	98.40
40.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลหรือการให้ความรู้เรื่อง การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส	123	120	97.60
41.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำในปี ประเมินใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	90	90	100.00
42.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการเปิดเผยเลือด กับคู่นอนประจำ	146	146	100.00
43.	คู่นอนประจำของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ยังไม่ทราบผลเลือด ได้รับการตรวจเลือดเอชไอวี	0	0	NA
44.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีคู่นอนประจำในปีประเมินได้รับการแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว	90	90	100.00
45.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว ในปีประเมินที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	0	0	NA



รักษาในคลินิกตะวันตกฟ้า โรงพยาบาลราชสีไศล
ณ วันที่ 30 กันยายน 2554 พบผู้ป่วย 202 ราย
ย้ายไปรักษาที่อื่น 4 ราย

จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็น
ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ขึ้นไป
ที่ได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับการประเมินติดตามและ
รักษาในคลินิกตะวันตกฟ้า โรงพยาบาลราชสีไศล
อายุน้อยที่สุดเป็นเพศชาย อายุ 18 ปี อายุมากที่สุด
เป็นเพศชาย อายุ 66 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ
 39.77 ± 7.77 ปี

สรุปผลการศึกษา

พบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ 202 ราย
ย้ายไปรักษาที่อื่น 4 ราย พบอายุ 31-40 ปีและ
41-50 ปี ร้อยละ 42.08 และ 25.74 พบสถานภาพ
สมรส ร้อยละ 68.32 ปัจจัยเสี่ยงและวิธีติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 89.60 ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับ
ผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 2.48 พบจากแม่สู่ลูกร้อยละ 5.94
จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 146 ราย เป็นผู้ติด
เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี
ขึ้นไป สุ่มโดยโปรแกรม HIVQual-T version
5.5 เป็นผู้ป่วยรายเก่า 123 ราย รายใหม่ 23 ราย
อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี มากที่สุดคือ 66 ปี อายุเฉลี่ย
คือ 39 ± 7.7 ปี พบผลการศึกษาดัชนีชี้วัดหลัก 12 ตัว
ชี้วัด พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีการติดตาม
ตามตัวชี้วัดครอบคลุมเรื่องระดับ CD4 , VL การ
ติดตามการกินยา การดื้อยาและเฝ้าระวังภาวะแทรก
ซ้อนจากโรคที่พบบ่อย เช่น PCP, วัณโรคปอด,
มะเร็งปากมดลูกได้ในระดับที่ดีเมื่อเทียบกับระดับ
จังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ พบค่า
มัธยฐานของระดับ CD4 ในปี 2554 โรงพยาบาล
ราชสีไศลเท่ากับ 205, จังหวัดศรีสะเกษ เท่ากับ 120,
ระดับ นคร. เขต 7 เท่ากับ 159 และระดับประเทศ
เท่ากับ 116 cell/mm^3

วิจารณ์และอภิปรายผล

จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมดของ
คลินิกตะวันตกฟ้า พบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน 202 ราย
พบมากช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 85.00 พบใน
เพศชายและหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน จากตาราง
ที่ 2 และ 3 พบว่าปัจจัยเสี่ยงและวิธีติดต่อที่พบ
มากที่สุดคือ ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 89.60
ซึ่งบ่งบอกถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นในภายภาคหน้า
เนื่องจากอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นรวดเร็ว ภายใน
ระยะเวลาเพียง 1 ปี พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ
15.75 ยังไม่รวมผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่ยังไม่พบ และ
ไม่ยินยอมเข้ารับการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่
เป็นวัยทำงาน ย่อมหมายถึงอนาคตของประเทศย่อม
มีแนวโน้มที่ไม่ดี และมีการติดต่อทางเพศสัมพันธ์
เป็นส่วนใหญ่ บ่งบอกถึงพฤติกรรมทางเพศที่ยังขาด
ความรู้ ความตระหนักในการป้องกันโรค และแนว
คิดที่เปลี่ยนแปลงไปทางสังคม การพบผู้ติดเชื้อจาก
แม่สู่ลูกจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.94 ทำให้
ต้องมีการประเมินโครงการป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูก
เพื่อทบทวนหาแนวทางป้องกันให้ดีขึ้น ในกลุ่ม
ตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีที่
มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่ได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับการ
ประเมินติดตามและรักษาในคลินิกตะวันตกฟ้า
โรงพยาบาลราชสีไศล มีจำนวน 146 ราย เป็นผู้ป่วย
เก่าที่ติดตามอยู่ 123 ราย ผู้ป่วยใหม่ 23 ราย เพศ
ชายคิดเป็น ร้อยละ 44.52 เพศหญิงร้อยละ 55.48
อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี อายุมากที่สุด คือ 66 ปี อายุ
เฉลี่ยคือ 39.77 ± 7.77 ปี

จากการศึกษาประเมินคุณภาพการดูแล
รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วย
โปรแกรม HIVQual-T version 5.5 (NAP)
โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554
(ตารางที่ 5) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
เอดส์รายใหม่ที่ได้รับการตรวจ CD-4 Baseline

ร้อยละ 98.40 ซึ่งการตรวจ CD-4 Baseline เป็นจุดสำคัญนำไปสู่การรักษา และเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี การตรวจ CD-4 เป็นการประเมินผู้ป่วยว่าติดเชื้อเอชไอวีมานานเท่าใด มีระบบภูมิคุ้มกันโรค (Immunology) ของผู้ป่วยอยู่ที่ระดับใด หากค่า CD-4 ต่ำกว่า 200 cells/mm³ แสดงถึงระยะเวลาในการติดเชื้อมากกว่า 5 ปี (ค่าเฉลี่ยการติดเชื้อเอชไอวี 8-11 ปี จึงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องและเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรง) และผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เร็วขึ้นเมื่อ CD-4 น้อยกว่า 100 cells/mm³ จะมีอัตราเสียชีวิตสูงมากกว่าการเริ่มที่ระดับ 200-350 cells/mm³ ค่ามัธยฐานของระดับ CD-4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมินคิดเป็น 205 cells/mm³ ค่าเฉลี่ยของประเทศอยู่ที่ 116 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรงพยาบาลราชสีลาสามารถเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสน้อยกว่าผู้ป่วยที่ค่า CD-4 < 200 สำหรับผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการรอดชีวิตหลัง CD-4 cell count ลดต่ำกว่า 200 cell/mm³ เท่ากับ 3.7 ปี ค่ามัธยฐานของ CD-4 cell count เมื่อเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นครั้งแรกคือ 60-70 cell/mm³ ระยะเวลาการรอดชีวิตหลังจากเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสคือ 1.3 ปี ผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวี ถ้าได้ผลดีผู้ป่วยจะมีระดับ CD-4 สูงขึ้นเรื่อยๆ และช่วยบ่งชี้ถึงการหยุดยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (OI: prophylaxis) แต่ละชนิดได้ ดังนั้นการตรวจ CD-4 ทุก 6 เดือน ซึ่งปกติระดับ CD-4 จะเพิ่ม 100-150 cell/mm³ ต่อปี ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับการตรวจหาเซลล์เม็ดเลือดขาว CD-4 สองครั้งขึ้นไปพบว่า มีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส การได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไปเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจาก VL เป็นดัชนีบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาได้แม่นยำกว่าระดับ CD-4 และสามารถวินิจฉัยการรักษาล้มเหลวได้ดีที่สุด และยังคงแสดงถึงประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอชไอวีที่สามารถกดเชื้อเอชไอวีได้ดีเพียงใด หาก VL น้อยกว่า 50 Copies/ml แสดงว่ายาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพในการรักษา แต่หากมากกว่า 2,000 Copies/ml บ่งบอกถึงภาวะ Virological failure ซึ่งแสดงว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว ต้องได้รับการตรวจหาเชื้อดื้อยา (Drug Resistance) และปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัส ซึ่งผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการประเมินหรือติดตาม Drug Adherence อย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการดื้อยา ผลการตรวจติดตามระดับ Viral load ของโรงพยาบาลราชสีลา มีผลการวัดที่ระดับร้อยละ 99.20 สูงกว่าที่ระดับค่าเฉลี่ยของประเทศเท่ากับร้อยละ 82.80⁽⁶⁾ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและมีปริมาณไวรัสมากกว่า 2,000 Copies/ml ได้รับการตรวจ Drug Resistance พบมีผลการรักษาล้มเหลวร้อยละ 0.81 มีระบบการส่งต่อ ประึกษา และได้รับการเปลี่ยนสูตรยาแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอดทุกคน เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งที่มี CD-4 สูงและต่ำได้ตลอดระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁷⁾ และเคยเป็นประเด็นปัญหาในโรงพยาบาลราชสีลาจนมีโครงการตรวจวัณโรคในเอดส์ และตรวจเอดส์ในวัณโรคมาหลายปีแล้ว

เรื่องการให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคต่างๆ จากผลการประเมินติดตามพบโรคที่พบบ่อยได้รับการคัดกรองตรวจติดตามเช่น วัณโรคปอด PCP



เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระบบภูมิคุ้มกันโรคต่ำ และเสียชีวิตได้จากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายระยะแรกร่างกายไม่มีอาการ เพราะร่างกายยังมีภูมิคุ้มกัน ควบคุมหรือจัดการกับเชื้อโรคได้ แต่เมื่อ CD-4 ต่ำกว่า 200 cell/mm³ หรือ lymphocyte ต่ำกว่าร้อยละ 14 จะมีภาวะโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระดับรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยล้มป่วยหากรักษาไม่ทัน จะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคต่างๆ จึงมีความสำคัญถึงแม้ผู้ป่วยเอดส์ยังไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้ก็ตาม^(7,8)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำในปีที่ประเมินที่ใช้ยางอนามัยทุกครั้งและได้รับการแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวทุกคน ส่วนตัวชีวิตที่ไม่มีข้อมูลเนื่องจากผู้ป่วยมักปิดบัง เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกทอดทิ้ง รังเกียจ ผลการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันและรับเชื้อเพิ่มควบคู่กับการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีตลอดชีวิต เพราะโรคเอดส์ได้รับผลกระทบในการติดเชื้อเอชไอวีทั้งคู่สมรส และจากแม่สู่ลูก แนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส คือ การจัดการเชิงระบบระหว่างเครือข่ายบริการทางการแพทย์ โดยมีการรักษาตามแผนการดูแลที่กำหนด (Standard Treatment Protocol) บริหารจัดการกระบวนการให้เกิดความเชื่อมโยง มีประสิทธิภาพ ดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการทางการแพทย์ (สหวิชาชีพ) และแกนนำผู้ติดเชื้อ ซึ่งโรงพยาบาลราชสีไศลได้มีการจัดตั้งกลุ่มตะวันเบิกฟ้า มีกิจกรรมเครือข่าย จัดการด้วยกลุ่มตนเอง มีที่ปรึกษาคือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและ

ทีมสหสาขา ซึ่งการดำเนินงานของกลุ่มตะวันเบิกฟ้าทำได้โดยกลุ่มเอง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นเพียงผู้สนับสนุนและเป็นพี่ปรึกษา มีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ให้สุขศึกษาตามโรงเรียน มีทีมงานที่เข้มแข็ง และสามารถนำผลงานนำเสนอได้อย่างกว้างขวาง cell /mm³ จากผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีของโรงพยาบาลราชสีไศล เทียบกับระดับประเทศ ระดับสคร.เขต 7 และจังหวัดศรีสะเกษ มีแนวโน้มว่าผ่านเกณฑ์ แต่ก็ยังพบปัญหาเรื่องการย้ายถิ่นของผู้ป่วย และความละเลย ไม่เข้าใจ ไม่ใส่ใจกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยบางราย ประกอบกับบางรายที่ยังหวาดกลัวการถูกทอดทิ้งจึงปิดบังและไม่เข้ารับการรักษา จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแล้วจึงยอมรับการรักษา ซึ่งทำให้ผลการรักษาไม่ดี และเป็นเหตุให้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลราชสีไศลจึงมีการจัดระบบคลินิกนิรนาม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองให้ครบทั้งกระบวนการทั่วไป การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการรักษาที่ทันที่วงที่แนะนำทางเลือกให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อในการที่จะทราบผลเลือดโดยไม่เปิดเผยชื่อ และเลือกที่จะเข้าโครงการรับยาต้านไวรัสใกล้ที่ทำงาน หรือที่ๆ ใกล้จากบ้านเพื่อป้องกันความลับเปิดเผย ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในระบบความปลอดภัยของข้อมูล จำกัดผู้เข้าถึงข้อมูลอย่างเคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ ในปัจจุบันมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง อัตราเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนน้อยลงไปด้วย

จะเห็นว่าก่อนหน้าที่จะมีการใช้โปรแกรม HIVQual-T โรงพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดของแต่ละโรงพยาบาล ไม่ครอบคลุมภาวะที่ต้องเฝ้าระวังที่พบบ่อย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ชัดเจนในระบบ หลัง

จากมีโปรแกรมนี้ทำให้มีระบบการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ดีขึ้น ทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต และทำให้คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น ในอนาคตการพัฒนาโปรแกรม HIVQual-T ในการวัดคุณภาพการดูแลรักษาและส่งเสริมคุณภาพในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีป้องกันจาก

แม่สู่ลูกน่าจะมีการพัฒนาต่อไปเพื่อลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกซึ่งยังมีอัตราการพบผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อจากแม่สู่ลูกอยู่หลายราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพภิบาล และป้องกันโรคที่ให้ข้อมูลในการทำการศึกษาค้นคว้า

เอกสารอ้างอิง

1. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Out patient Study Investigators. N Engl J Med 1998; 338 : 853-60.
2. สัญชัย ชาสมบัติ, ชิวพันธ์ เลิศพิริยสุวัฒน์, พรทิพย์ ยุคตานนท์. แนวทางการปฏิบัติงานโครงการ การพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุข, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:ร.ส.พ.;2546:17-50
3. ธวัชชัย สุทธิบังข. การดูแลผู้ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสจากการศึกษาคุณภาพและพัฒนาเครือข่ายวิชาการสาธารณสุขระหว่างประเทศไทยและประเทศบราซิล. กรุงเทพฯ: อัครพัฒนาทางหุ่นส่วนจำกัด, 2546.
4. จิตรลดา อุทัยพิบูลย์. คู่มือการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T สำหรับพัฒนาคุณภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์, 2553.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานกรมควบคุมโรคต้านโรคเอดส์สำหรับสถานบริการสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2553.
6. อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
7. ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์. ผลลัพธ์ระยะแรกของผู้ป่วยในโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลในเขต 9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก, 2546.
8. วลัยลักษณ์ เจียรพินิจนันท์. ผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในรูปแบบการจัดการเชิงระบบระหว่างเครือข่ายบริการทางการแพทย์ที่มีเภสัชกร และแกนนำผู้ติดเชื้อในคลินิก NAPHA โรงพยาบาลแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.



พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนสตรี จังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2548 - 2554

ธัญญาภรณ์ คุณสมบัติ คูบุญโลซ์*

Abstract

Behavior Effected to have Sexual of Female Student, Lopburi Province, 2004-2011

Thanyaporn Kunsombat Dubouloz*

*Lopburi Provincial Health Office, Thailand

This analytical study presents the prevalence of behavior of female student in Lopburi Province, 2004-2011, The data collected questionnaires Behavior Sentinel Surveillance by hand-held palm computer from the Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health, and the Epi Info program, version 3.3.2. was used to present the frequency, percentage and mean.

The trend of behavior in female student was higher and lower age and used condom lower than 50%.Used website on sexual more than VDO movies.Knowledge about HIV from UNGASS was lower that make should give more knowledge and skill for parents, teachers to take care for teenagers problems.

Key Words: Behavior Effected, Sexual of Female Student, Lopburi Province, 2004-2011
Thai AIDS J 2012; 24 : 81-90

บทคัดย่อ

การศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนสตรี จังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2548-2554 เป็นการศึกษาาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytical epidemiology) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางเพศกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีนักเรียนสตรี จังหวัดลพบุรี พ.ศ.2548-2554 แบ่งเป็นการเก็บข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์มือถือ ของสำนักกระบาดวิทยา กลุ่มเป้าหมายคือนักเรียนสตรีชั้น ม.2 ม.5 ปวช.2 และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในนักเรียนสตรีที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มที่คลอดแล้ว ในพ.ศ. 2554 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi Info version 3.5.1 สถิติที่ใช้คือค่าความถี่ ร้อยละ

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ในการเสพยาใช้คอมพิวเตอร์เข้าเว็บไซต์ไป มากกว่าดูหนัง วีซีดี วีดีโอไป พบนักเรียนสตรีมีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยกว่าร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก ในรอบปีที่ผ่านมา การใช้ถุงยางอนามัยกับแฟน คนรัก ในรอบปีที่ผ่านมาน้อยกว่าร้อยละ 20 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 50 การมีเพศสัมพันธ์โดยได้สิ่งของตอบแทนแนวโน้มเพิ่มขึ้น ใช้สารเสพติดก่อนร่วมเพศครั้งสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคเอดส์ตอบข้อที่ 1-5 ทำได้ถูกต้องแนวโน้มลดลง เมื่อพิจารณาข้อมูลเพิ่มเติม พ.ศ. 2555 นักเรียนสตรี ม.2 ม.5 นักเรียนตั้งครุภรณ์ และนักเรียนที่คลอดแล้วพบอาชีพของแฟนส่วนใหญ่ยังเป็นนักเรียน นักเรียนสตรีส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ย 3 ขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สื่อเข้าไปดูหนังไปเอง มีเพื่อนหรือน้องเข้าไปดูแล้วได้ด้วย และความรู้เรื่องสรีระร่างกายมีบ้างแต่จำไม่ได้ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์บ้าง ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องของการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเรียนเป็นเรื่องปกติแต่เป็นเรื่องไม่สมควรในสายตาผู้ใหญ่ แนวทางหรือป้องกันไม่ให้มีเรื่องเพศสัมพันธ์ในระหว่างเรียน ส่วนใหญ่เห็นว่าห้ามยาก และไม่ควรมีอยู่ด้วยกันสองต่อสอง ส่วนใหญ่เห็นว่าครู พ่อแม่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเป็นผู้ให้การช่วยเหลือแก่เด็ก ส่วนใหญ่เห็นว่าคนที่อยากให้เป็นคนให้คำปรึกษาคือพ่อ แม่ สิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์คือ การอยู่ด้วยกันสองต่อสอง ที่บ้านฝ่ายชายโดยไม่มีผู้ใหญ่อยู่บ้าน ระยะเวลาในการคบก่อนมีเพศสัมพันธ์ คือ 3-5 เดือน พฤติกรรมการคุมกำเนิด ครั้งแรกที่มีเพศสัมพันธ์ จำนวน 2 ใน 3 ป้องกัน โดยฝ่ายชายเตรียมถุงยางไว้ หลังจากนั้นทั้ง 3 ราย กินยาคุมกำเนิด แต่กินไม่ถูกต้อง ขาดยา กินยาหยุดๆ แพ้ยา ทำให้ตั้งครุภรณ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เรื่องที่นักเรียนที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ คนในครอบครัวทราบและเตือนให้ระวัง และมีการไปมาหาสู่กันที่บ้าน กลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่จะมีแฟนกัน ใครไม่มีก็จะถูกเพื่อนถาม บางคนก็จะเล่าเรื่องของกรมี่เอบกับแฟนให้เพื่อนในกลุ่มฟัง

ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียน ควรบูรณาการงานอนามัยเจริญพันธุ์โดยให้ความรู้และทักษะเพิ่มเติมแก่ครู พ่อแม่ และเพื่อน จึงควรสร้างความเข้าใจให้กับครูและผู้ปกครองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัยรุ่นมากขึ้นและเปิดใจรับรู้กับค่านิยมเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นในปัจจุบัน พร้อมทั้งจะพูดคุยและให้คำปรึกษาในเรื่องเพศมากขึ้น มีการรวมกลุ่มรวมตัวกันของผู้ปกครองที่จะช่วยกันป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างจริงจัง การพัฒนาสื่อ โมเดล ช่วยในเรื่องของการเรียนการสอน การสอนควรเริ่มตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป และควรมีการจัดบริการข้อมูลชุดความรู้เรื่องเพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นผ่านช่องทางสื่อที่เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้ง่าย เป็นที่น่าสนใจ ไม่เป็นทางการ เป็นลักษณะของเพื่อน พูดคุยถามตอบให้คำปรึกษาได้ทุกประเด็นปัญหาที่เขายกมา ซึ่งอาจดำเนินการโดย แกนนำของกลุ่มวัยรุ่นเอง และวัยรุ่นที่มีประสบการณ์และพร้อมที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่รุ่นน้อง ผู้มีความรู้ หรือ ความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ คอยให้คำแนะนำ อาจจะเป็นช่องทาง สื่อในสถานศึกษาและสถานที่ทั่วไป

คำสำคัญ พฤติกรรมที่ส่งผล, การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนสตรี, จังหวัดลพบุรี, พ.ศ. 2548-2554

วารสารโรคเอดส์ 2555; 24 : 81-90

บทนำ

สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นไทยพบว่าแนวโน้มอายุน้อยลงเรื่อยๆ และปัจจุบันวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุระหว่าง 13-15 ปี และยังคงพบว่าการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ในจังหวัดลพบุรี วัยรุ่นยอมรับว่าเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.42 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 20.91 อาชีวศึกษา ร้อยละ 40.05 และอุดมศึกษาร้อยละ 18.31 และยอมรับการอยู่ก่อน

แต่ง ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.92 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 52.89 อาชีวศึกษาร้อยละ 57.58 และอุดมศึกษาร้อยละ 70.72 และจากการศึกษารูปแบบกิจกรรมการแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นของจังหวัดลพบุรี พบว่าสาเหตุของปัญหาคือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นของจังหวัดลพบุรีแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มระดับประถมศึกษาคือ การมีแบบอย่างที่ไม่ดี มากที่สุด รองลงมาเป็นเรื่องการพัฒนา



ตามวัย มีการอยากรู้อยากลอง เกิดอารมณ์ทางเพศ และการที่จะพาตัวเองเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ตั้งครรภก่อนวัยอันควร แต่ในกลุ่มระดับมัธยม อาชีวศึกษา อุดมศึกษา และการศึกษานอกโรงเรียน มีมุมมองว่า วัยรุ่นในจังหวัดลพบุรีเกิดความอยากรู้อยากลองมากขึ้นและมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม สาเหตุหลักมีอยู่ 2 ประการ คือตัววัยรุ่นเองและสิ่งแวดล้อม สรุปว่ากลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดลพบุรีมีความอยากรู้อยากลองมากขึ้นและมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และในปี 2552 จังหวัดลพบุรีมีมารดาคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 1650 ราย ร้อยละ 21.63 ติดอันดับ 5 ของประเทศ⁽¹⁾

ข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีนักเรียน ซึ่งเก็บข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์มือถือเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือเป็นประโยชน์ต่อการติดตามสถานการณ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽²⁾ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีนักเรียนสตรีของจังหวัดลพบุรี มาวิเคราะห์เพื่อศึกษาสถานการณ์แนวโน้ม และศึกษาเพิ่มเติมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มที่คลอดแล้วเพื่อทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาปรับแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และงานอนามัยเจริญพันธุ์จังหวัดลพบุรี ให้บรรลุเกณฑ์ตัวชี้วัดการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดลพบุรี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาและติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้สารเสพติดที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนสตรี จังหวัดลพบุรี ระหว่าง

พ.ศ. 2548-2554

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytical epidemiology) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนสตรีจังหวัดลพบุรี ระหว่าง พ.ศ. 2548-2554 โดยใช้โปรแกรม Epi Info version 3.5.1 สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บเพิ่มเติม พ.ศ. 2555

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษากลุ่มนักเรียนสตรี ม.2 ม.5 และปวช.2 ที่เก็บข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ (เครื่องปาล์ม) ในสถานศึกษาพื้นที่จังหวัดลพบุรีระหว่างพ.ศ. 2548-2554 และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมพ.ศ.2555 ในนักเรียนสตรี จำนวน 5 คน ได้แก่ นักเรียนสตรี ม.2 และ ม.5 ชั้นปีละ 1 คน นักเรียนที่กำลังตั้งครรภ์ 1 คน และนักเรียนที่คลอดแล้ว 2 คน

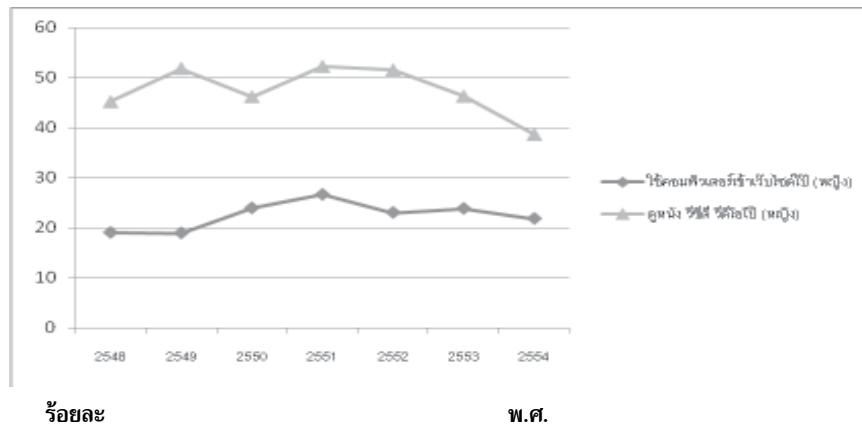
นิยามศัพท์

นักเรียนสตรี หมายถึง นักเรียนสตรี ม.2 ม.5 และปวช.2 ที่ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ (เครื่องปาล์ม) ในสถานศึกษาพื้นที่จังหวัดลพบุรี

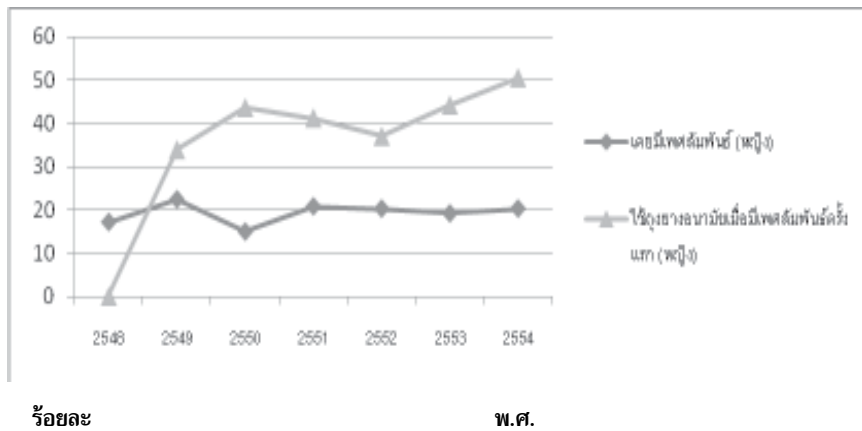
ผลการศึกษา

กลุ่มนักเรียนสตรีใช้คอมพิวเตอร์เข้าเว็บไซต์ปี มากกว่าดูหนัง วีซีดี วีดีโอไอพี แนวโน้มกลุ่มนักเรียนสตรีใช้คอมพิวเตอร์เข้าเว็บไซต์ปี และดูหนัง วีซีดี วีดีโอไอพี ลดลง (รูปที่ 1)

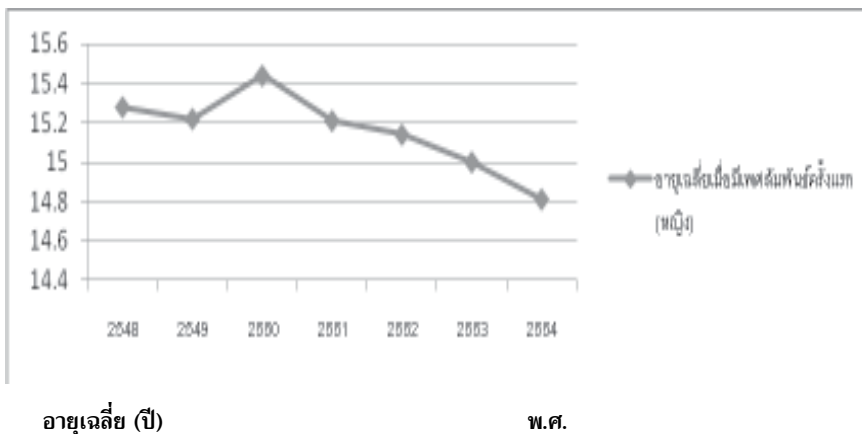
กลุ่มนักเรียนสตรีมีเพศสัมพันธ์ครั้งที่ตั้งแต่ พ.ศ.2551-2554 ร้อยละ 20 และกลุ่มนักเรียนสตรี



รูปที่ 1. ร้อยละนักเรียนสตรีใช้คอมพิวเตอร์เข้าเว็บไซต์ไป และดูหนัง วิซีดี วีดีโอไป พ.ศ.2548- 2554



รูปที่ 2. ร้อยละนักเรียนสตรีเคยมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พ.ศ.2548- 2554



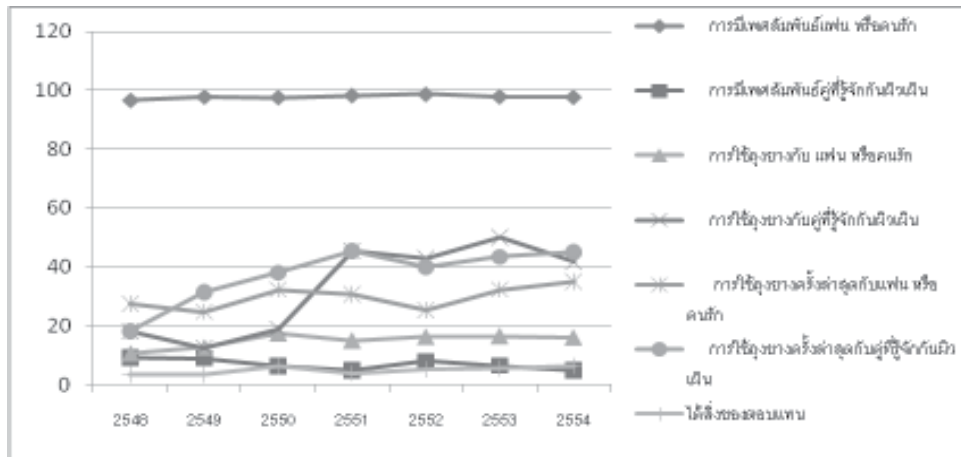
รูปที่ 3. อายุเฉลี่ยกลุ่มนักเรียนสตรีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พ.ศ. 2548- 2554



ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแนว
โน้มสูงขึ้น (รูปที่ 2)

เมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์
ครั้งแรก แนวโน้มลดลงจากอายุ 15 ปี เป็นอายุ 14
ปี (รูปที่ 3)

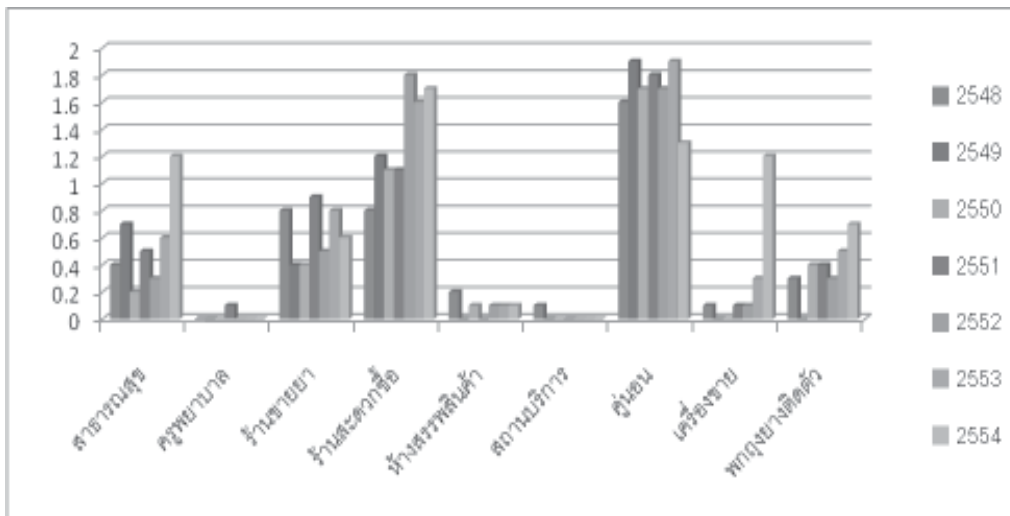
เมื่อพิจารณาตามประเภทคู่นอน พบส่วน
ใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก เมื่อพิจารณาการ
ใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับคู่นอนประเภทต่างๆ
พบ มีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก ใช้ถุงยางอนามัย
ครั้งล่าสุดเฉลี่ยร้อยละ 25-48 พบแนวโน้มการใช้



ร้อยละ

พ.ศ.

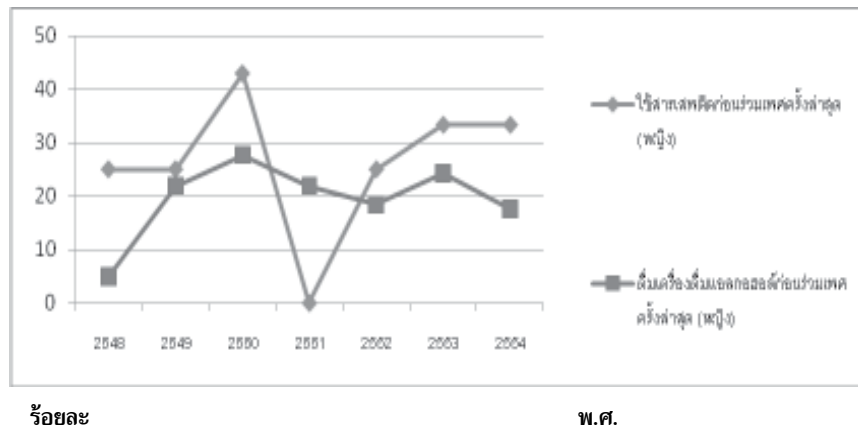
รูปที่ 4. ร้อยละการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทต่างๆ และการได้รับสิ่งของตอบแทนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2548-2554



ร้อยละ

ประเภทแหล่ง

รูปที่ 5. ร้อยละของนักเรียนสตรีที่ได้รับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่างๆ พ.ศ. 2548- 2554



รูปที่ 6. ร้อยละการใช้สารเสพติดของนักเรียนสตรีก่อนร่วมเพศครั้งสุดท้าย และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนร่วมเพศครั้งสุดท้าย พ.ศ.2548- 2554

ตารางที่ 1. ร้อยละของ นักเรียนสตรี ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคเอดส์ได้ถูกต้อง จังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2548-2554

ความรู้เรื่องโรคเอดส์	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
การใช้ถุงยางอนามัยป้องกันเอดส์ได้	93.9	91.7	95.2	91.2	95.5	94.3	94.3
การมีคู่นอนคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีป้องกันเอดส์ได้	79.9	76.5	79.9	78.4	81.0	79.0	78.5
ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวีได้	45.9	42.5	43.8	43.3	44.8	47.5	51.4
กินอาหารร่วมกันติดเชื้อเอชไอวีได้	36.4	37.3	40.5	43.2	48.9	51.1	56.1
คนมีสุขภาพแข็งแรงเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้	80.2	81.4	82.0	83.2	81.0	81.3	78.3
การใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน ทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้	98.0	97.8	98.1	98.2	98.8	96.9	97.6
มียายับยั้งเชื้อเอชไอวี(ต้านไวรัส)ได้	50.4	43.9	62.1	62.4	59.3	65.3	64.1
ตอบข้อที่ 1-5 ได้ถูกต้อง	24.6	25.1	24.9	22.5	22.4	19.8	14.3

ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน ผิดเพิ่มขึ้นในพ.ศ.2553และลดลงเล็กน้อยใน พ.ศ. 2554 เมื่อพิจารณาเมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วได้ สิ่งตอบแทนพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ร้อยละ 3.4- 6.3

ร้อยละการได้รับถุงยางอนามัยจากแหล่ง ต่างๆ พบส่วนใหญ่ได้จากร้านสะดวกซื้อ รองลงมา

ได้จากคู่นอน จากเครื่องจำหน่ายถุงยาง และจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพ.ศ. 2554 พบแนวโน้ม นักเรียนสตรี ได้รับถุงยางอนามัยจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ได้จากเครื่องจำหน่ายถุงยางและมีการ พกถุงยางอนามัยติดตัวเพิ่มขึ้น (รูปที่ 5)

เมื่อพิจารณาการใช้สารเสพติดของนัก เรียนสตรีก่อนร่วมเพศครั้งสุดท้าย พบแนวโน้มการใช้



ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บเพิ่มเติมในนักเรียนสตรี จังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2555

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บเพิ่มเติมในนักเรียนสตรี

1. ความรู้

- 1.1 นักเรียนสตรีทั้งหมดไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสรีระร่างกายของตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรูปร่างภายนอกบ้าง
- 1.2 ทั้งหมดไม่รู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บอกไม่ได้ว่ามีโรคอะไรบ้าง
- 1.3 ทั้งหมดมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์อยู่บ้าง
- 1.4 ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องของการใช้ถุงยางบ้างแต่บางคนไม่รู้จัก
- 1.5 ทั้งหมดไม่มีความรู้เรื่องการกินยาคุมกำเนิด มีที่เคยเห็นมารดากินตามลูกศรบ้างแต่ไม่ทราบว่าจะต้องกินอย่างไร

2. ทักษะคติ

- 2.1 จำนวน 3 ใน 5 มีความเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเรียนเป็นเรื่องปกติ
- 2.2 ผลที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมดจะคิดถึงเรื่องของการท้องก่อน และจำนวน 2 ใน 3 ที่จะคิดถึงการติดโรค
- 2.3 จำนวน 4 ใน 5 คิดว่ามีความจำเป็นในการป้องกัน แต่มี 1 รายมีความคิดว่าไม่ท้องจึงไม่มีความจำเป็นต้องป้องกัน
- 2.4 จำนวน 3 ใน 5 คิดว่าป้องกันไม่ให้มีเรื่องเพศสัมพันธ์ในระหว่างเรียนไม่ได้ อีก 2 รายคิดว่าใช้ประสบการณ์ตัวเองบอกเพื่อเป็นตัวอย่าง
- 2.5 ส่วนใหญ่คิดว่าครูจะเป็นคนที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเรื่องเพศสัมพันธ์ในระหว่างเรียน มีพ่อแม่ เพื่อน บ้าง

3. พฤติกรรม

- 3.1 การใช้สื่อ ไม่เคยใช้สื่อเข้าไปดูหนังไปเอง มีเพื่อนหรือน้องเข้าไปดูแล้วได้ดูด้วย
- 3.2 คนที่ปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เป็นเพื่อน พ่อแม่
- 3.3 คนที่อยากให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ พ่อแม่
- 3.4 สิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์คือ การอยู่ด้วยกันสองต่อสอง ทั้ง 3 รายเป็นที่บ้านฝ่ายชายโดยไม่มีผู้ใหญ่อยู่บ้าน
- 3.5 พฤติกรรมการคุมกำเนิด ครั้งแรกที่มีเพศสัมพันธ์ จำนวน 2 ใน 3 ป้องกัน โดยฝ่ายชายเตรียมถุงยางไว้ หลังจากนั้นทั้ง 3 ราย กินยาคุมกำเนิด แต่กินไม่ถูกต้อง ขาดยา กินๆหยุดๆ แพ้ยา ทำให้ตั้งครรรค์

4. ครอบครัวและสังคม

- 4.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัว ทั้ง 3 คนที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์คนในครอบครัวทราบและเตือนให้ระวัง และมีการไปมาหาสู่กันที่บ้าน อาชีพแฟน 2 ใน 3 เป็นนักเรียน 1 ราย มีอาชีพรับจ้างวันละ 200-300 บาท
- 4.2 กลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่จะมีแฟน ใครไม่มีก็จะถูกเพื่อนถาม บางคนก็จะเล่าเรื่องของการมีอะไรกับแฟนให้เพื่อนในกลุ่มฟัง

สารเสพติดก่อนร่วมเพศครั้งล่าสุดเพิ่มขึ้น และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนร่วมเพศลดลง (รูปที่ 6)

เมื่อพิจารณาการตอบความรู้เรื่องโรคเอดส์ของ UNGASS นักเรียนสตรีตอบถูก 5 ข้อ มีแนวโน้มลดลง

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมในนักเรียนสตรี ม.2 และ ม.5 ชั้นปีละ 1 คน นักเรียนสตรีตั้งครรภ์ 1 คน และนักเรียนสตรีที่คลอดแล้ว 2 คน พบอาชีพแฟนส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักเรียนสตรีส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ย 3 ขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สื่อเข้าไปดูหนังสือ และความรู้เรื่องสรีระร่างกายมีบ้างแต่จำไม่ได้ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์บ้างและไม่มีความรู้เรื่องของการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเรียนเป็นเรื่องปกติ เป็นเรื่องห้ามยาก ส่วนใหญ่เห็นว่าครูพ่อแม่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเป็นผู้ให้การช่วยเหลือแก่เด็ก ส่วนใหญ่เห็นว่าคนที่อยากให้เป็นคนให้คำปรึกษาคือพ่อแม่ สิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์คือ การอยู่ด้วยกันสองต่อสอง ที่บ้าน ฝ่ายชายโดยไม่มีผู้ใหญ่อยู่บ้าน ระยะเวลาในการคบก่อนมีเพศสัมพันธ์ คือ 3-5 เดือน พฤติกรรมการคุมกำเนิด จำนวน 2 ใน 3 ป้องกันโดยฝ่ายชายเตรียมถุงยางไว้ หลังจากนั้นทั้ง 3 ราย กินยาคุมกำเนิด แต่กินไม่ถูกต้อง ทำให้ตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว นักเรียนที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์คนในครอบครัวทราบและเตือนให้ระวัง และมีการไปมาหาสู่กันที่บ้าน กลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่จะมีแฟนกัน ใครไม่มีก็จะถูกเพื่อนถาม บางคนก็จะเล่าเรื่องของสามีอะไรกับแฟนให้เพื่อนในกลุ่มฟัง (ตารางที่ 2)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบแนวโน้มนักเรียนสตรี

มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น อายุเฉลี่ยมีเพศสัมพันธ์ลดลง จาก สอดคล้องกับการศึกษาของกาสัก เตชะชั้นหมาก ที่พบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่พบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นและพบในอายุน้อยลง⁽¹⁾ และข้อมูลของจุฑาพร พันธุ์วัฒนา พบว่าครูผู้สอนขาดความรู้ทักษะการถ่ายทอดข้อมูลด้านเพศ⁽³⁾ จากการศึกษาพบกลุ่มนักเรียนสตรีใช้คอมพิวเตอร์เข้าเว็บไซต์ไปมากกว่าการดูหนังสือ วีซีดีไป วีดีโอไป ต่างกับการศึกษากีรติกานต์ กัลดสวัสดิ์ ที่พบข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2553 พบนักเรียนสตรีเคยใช้คอมพิวเตอร์เข้าเว็บไซต์ไปร้อยละ 16.9 และเคยดูหนังสือไป วีซีดีไป วีดีโอไป ร้อยละ 25.0 เฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนักเรียนสตรีเท่ากับ 13.0 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรักมากที่สุดนักเรียนสตรีมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 48.9 เมื่อพิจารณาตามประเภทคู่นอน พบส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก กลุ่มนักเรียนสตรีมีเพศสัมพันธ์ครั้งที่ตั้งแต่ พ.ศ. 2551-2554 ร้อยละ 20 และกลุ่มนักเรียนสตรีที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแนวโน้มสูงขึ้น⁽⁵⁾

เมื่อพิจารณาการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับคู่นอนประเภทต่างๆ พบ มีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก ใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดเฉลี่ยร้อยละ 25-48 พบแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนผิวเผินเพิ่มขึ้นในพ.ศ. 2553 และลดลงเล็กน้อยในพ.ศ. 2554 เมื่อพิจารณาเมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วได้สิ่งตอบแทนพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ระดับประเทศ นักเรียนสตรีมีสัดส่วนคงที่ร้อยละ 0.2 การได้รับถุงยางอนามัยจากแหล่งต่างๆ พบส่วนใหญ่ได้จากร้านสะดวกซื้อ รองลงมาได้จากคู่นอน จากเครื่องจำหน่ายถุงยาง และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพ.ศ.2554 พบแนวโน้ม



นักเรียนสตรี ได้รับถุงยางอนามัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้จากเครื่องจำหน่ายถุงยางและมีการพกถุงยางอนามัยติดตัวเพิ่มขึ้น นักเรียนสตรีส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของถุงยางอนามัยคือ คู่่นอนเตรียมมา รองลงมาคือ ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 28.7 และ 25.3 นักเรียนสตรี มีแหล่งที่มาของถุงยางอนามัยจากเครื่องขายแบบหยอดเหรียญ เพิ่มขึ้นจากปี 2551 และปี 2552 มาตรการและตัวชี้วัดการสร้างความรู้ ความตระหนักและทักษะการป้องกันและประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ต้องทบทวนนวัตกรรมใหม่เพื่อดำเนินงานในเด็ก เยาวชน⁽⁵⁾ นักเรียนสตรีใช้สารเสพติดก่อนร่วมเพศครั้งล่าสุด ร้อยละ 0.2 มีการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศครั้งล่าสุด ร้อยละ 0.3 พบว่าทั้งการใช้สารเสพติด และการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศ ของนักเรียนชายมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่นักเรียนสตรีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาการใช้สารเสพติดของนักเรียนสตรีก่อนร่วมเพศครั้งล่าสุด พบแนวโน้มการใช้สารเสพติดก่อนร่วมเพศครั้งล่าสุดเพิ่มขึ้น และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนร่วมเพศลดลง เมื่อพิจารณาการตอบความรู้เรื่องโรคเอดส์ของ UNGASS นักเรียนสตรีตอบถูก 5 ข้อมีแนวโน้มลดลงในขณะที่ข้อมูลในระดับประเทศ การตอบถูกทุกข้อ ของนักเรียนสตรีเพิ่มขึ้น⁽⁶⁾

ข้อมูลเพิ่มเติมในนักเรียนสตรีอาชีพแฟนส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักเรียนสตรีส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ย 3 ขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สื่อเข้าไปดูหนังโป๊เองและความรู้เรื่องสรีระร่างกายมีบ้างแต่จำไม่ได้ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์บ้างและไม่มีความรู้เรื่องของการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเรียนเป็นเรื่องปกติ เป็นเรื่องห้ามยาก เห็นว่าครูควรเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ

แก่เด็ก ส่วนใหญ่เห็นว่าคนที่อยากให้เป็นคนให้คำปรึกษาคือพ่อแม่ สิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์คือการอยู่ด้วยกันสองต่อสองโดยไม่มีผู้ใหญ่อยู่บ้าน พฤติกรรมการคุมกำเนิด แต่กินไม่ถูกต้อง ความสัมพันธ์ในครอบครัว นักเรียนที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์คนในครอบครัวทราบและเตือนให้ระวังและมีการไปมาหาสู่กันที่บ้านกลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่จะมีแฟนกันใครไม่มีก็จะถูกเพื่อนถามบางคนก็จะเล่าเรื่องของการมีอะไรกับแฟนให้เพื่อนในกลุ่มฟัง การทำงานกับเยาวชนจึงต้องค้นหาข้อมูลเชิงลึกเพื่อเข้าถึงประเด็นปัญหาที่เกิดกับเด็กและเยาวชนเพื่อลดปัญหาการติดเชื้อและการตั้งครรภ์ในเยาวชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเก็บข้อมูลเพิ่มเติมกลุ่มเป้าหมายนักเรียนสตรี ที่ตั้งครรภ์ หรือเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์และแปลผลเพิ่มขึ้น
2. ควรเพิ่มทักษะครู พ่อแม่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ด้านการปรึกษาแก่วัยรุ่น

ข้อจำกัด

ข้อมูลที่ได้จากเก็บเพิ่มเติมพ.ศ.2555 ในกลุ่มนักเรียน เก็บจากกลุ่มตัวอย่างเพียง 5 คน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณนางสาววรรณา ไพสิฐศรีสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และทีมงานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ที่กรุณาให้ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ในการศึกษารวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีได้เอ่ยถึง ที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษาคั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กาลัก เตชะชั้นหมาก .การศึกษารูปแบบกิจกรรมการแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นของจังหวัดลพบุรี;2552
2. ธนรัชต์ ผลิตพัฒน, กীরติกานต์ กลัดสวัสดิ์,สุภาภรณ์ จิยะพันธ์, ธรีรัตน์ เชนนะศิริ, สุพานีย์ การิกกาญจน์,แนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มนักเรียนโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ.พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: งานระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2552
3. จุฑาทพร พันธุ์วัฒนา, สุพจน์ แก้วจรัสฉายแสง, วรินทร์ ลวกุล. สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ “ห้องไม่พร้อม”ในกลุ่มวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี จังหวัดลพบุรีปี 2549-2553;2554
4. เพชรศรี ศิริจันทร์, วาสนา นิมวรพันธุ์, บรรณาธิการ. มติและประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยกาป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ การบูรณาการงานเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด ; 2554
5. กীরติกานต์ กลัดสวัสดิ์ .รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย [สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม พ.ศ.2555]; แหล่งข้อมูล: http://www.lpho.go.th/reports/file_up/risk_behavior54.doc
6. พนม เกตุมาน พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น.[สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม พ.ศ.2555]; แหล่งข้อมูล: http://www.psyclin.co.th/new_page_78.htm



ประสบการณ์การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัคร วัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษาโครงการวิจัยทาง คลินิกด้านโรคเอดส์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร[†]

พีระพร แก้วอ่อน*, มัลลิกา มัติโก**

Abstract

Experience on Poor Adherence of HIV-Infected Male Volunteer: A Case Study of the HIV Clinical Research Project in Bangkok

Peeraporn Kaewon*, Mullika Muttiko**

†

*The HIV Netherland Australia Thailand Research Collaboration.

**Department of Social and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University.

The aim of the research is to study experience on poor adherence of HIV-infected male volunteer which start from recognizing HIV-infection, entering the research project, and poor adherence. Collecting information by in-depth interviewing with 10 HIV-infected male teenager volunteers.

The result was found that when these young male volunteers noticed they had HIV and entered the cure by antiretroviral in the research project. The effect of taking this antiretroviral, its causes came from the project procedures which are very strict. For instance, appointments, drug accountability to measure consistency in more than 95 percent, and so on. Moreover, relation forms between Research clinical staffs and volunteers in the research project which emphasize the efficiency on medicine research. Even sometimes the situation make volunteers think that staffs in the project concern with taking medications correctly and consistently. On the opposite, the poor adherence also caused from volunteers. For examples, their medication time did not according with their everyday life schedules such as working, studying, having activities with friends and so on. Furthermore, facing with side effects of antiretroviral in 2 weeks period has effected to adaptation and endurance in taking the medication consistently. However, taking antiretroviral brings a positive result, but it is still necessary to do it consistently, whole amount and punctual as biomedical framework, the volunteers are excellent

[†]บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล

*ศูนย์ประสานความร่วมมือไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยด้านโรคเอดส์

**ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

one, but in reality, each of them is yet a drug resistance and also resist to the cure system. It is because taking antiretroviral consistently is a medical choice, while this only choice makes volunteers consider how they will consume the medicine regularly.

Key Words: Poor Adherence, Experience, Male Volunteer, HIV
Thai AIDS J 2012; 24 : 91-101

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี ที่เริ่มตั้งแต่การรับรู้การติดเชื้อเอชไอวี การเข้าสู่โครงการวิจัย และการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 คน ผลการศึกษา พบว่าเมื่ออาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีรับรู้การติดเชื้อเอชไอวีและเข้าสู่การรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัสในโครงการวิจัย ส่งผลต่อการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอนั้น มีสาเหตุมาจากการดำเนินโครงการวิจัยที่มีระเบียบเคร่งครัด ได้แก่ การนัดหมาย การตรวจสอบจำนวนยาที่กินเพื่อวัดค่าพฤติกรรมมารกินยาสม่ำเสมอที่ร้อยละ 95 เป็นต้น นอกจากนี้รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรคลินิกวิจัยและอาสาสมัครในโครงการวิจัยที่เน้นประสิทธิภาพการวิจัยยา จนบางครั้งทำให้อาสาสมัครคิดว่าบุคลากรในโครงการวิจัยให้ความสำคัญกับการกินยาตรงเวลาและถูกต้องตามจำนวน ในทางตรงข้ามการกินยาไม่สม่ำเสมอก็มีสาเหตุมาจากอาสาสมัครด้วยเช่นกัน ได้แก่ เวลาในการกินยาไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การเรียน และการมีกิจกรรมกับเพื่อน เป็นต้น นอกจากนี้การต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส ในช่วง 2 สัปดาห์แรก มีผลต่อการปรับตัวและความอดทนในการกินยาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามแม้ว่าการกินยาต้านไวรัสจะส่งผลดี จำเป็นต้องกินอย่างสม่ำเสมอ ครบตามจำนวน และตรงเวลา ตามกรอบขอชีวิตการแพทย์ที่มองว่าเป็นอาสาสมัครที่ดี แต่ในความเป็นจริงชีวิตอาสาสมัครแต่ละคนยังมีตัวตนเป็นทั้งผู้ต้องยาและต้องต่อระบบการรักษา เนื่องจากการกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอคือทางเลือกทางการแพทย์ ขณะที่ยังมีทางเลือกอื่นทำให้อาสาสมัครต้องกลับมาคิดทบทวนว่าจะกินยาสม่ำเสมอได้อย่างไร

คำสำคัญ การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ, ประสบการณ์, อาสาสมัครวัยรุ่นชาย, เอชไอวี
วารสารโรคเอดส์ 2555; 24 : 91-101

บทนำ

จากการที่โรคเอดส์ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้มีการพบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น แม้ว่าหน่วยงานภาครัฐจะใช้มาตรการการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดแต่ก็เป็นเพียงการชะลอการเพิ่มจำนวนของผู้ติดเชื้อเท่านั้น จากสถิติของกรมควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มเยาวชน นิสิต นักศึกษา อายุระหว่าง 15-24 ปี มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น โดยวัยรุ่นชายมีอัตราการติดเชื้อมากกว่าวัยรุ่นหญิง (กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สํารวจเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2553)⁽¹⁾

เมื่อวัยรุ่นชายรับรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี แต่ละคนมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้การเจ็บป่วย

แตกต่างกัน บางคนปฏิเสธ ไม่ยอมรับผลการตรวจในครั้งแรกและไปตรวจเพื่อยืนยันผลอีกครั้ง แต่สุดท้ายเมื่อทุกคนยอมรับได้ว่าตนเองติดเชื้อ ทุกคนเริ่มแสวงหาการรักษาเพื่อให้ตนเองใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ⁽²⁾ การเข้าสู่โครงการวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การที่วัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีต้องเข้าโครงการวิจัย เนื่องจากความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในช่วงวัยที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อชีวิตของวัยรุ่นชายที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องแบ่งเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง การเรียน และการทำงาน ซึ่งมีความยุ่งยากและอึดอัดใจมากในช่วงเวลาที่ต้องกินยาเพราะเมื่อ



เข้าสู่โครงการวิจัยแล้ว การคิดและการกระทำคือ ประสบการณ์ในชีวิตของการเป็นอาสาสมัคร การต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการมีประสบการณ์การเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาจทำให้อาสาสมัครวัยรุ่นชายต้องตกอยู่ในสถานการณ์ของความไม่แน่ใจ การต้องปกปิดว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือขาดกำลังใจในการกินยา

ผลจากการประเมินอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีของโครงการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอเกิดขึ้นในระยะแรกของการเข้าโครงการวิจัย โดยเฉพาะ การเกิดผลข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัส ในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก ทำให้เกิดอาการมึนงง สับสน นอนไม่หลับ ผื่นร้าย มีอาการประสาทหลอน คลื่นไส้ อาเจียน ส่งผลให้อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีหยุดกินยาต้านไวรัสได้ นอกจากนี้อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีบางคน ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง เช่น มีผื่นขึ้นตามตัว ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และไม่กล้าที่จะกินยาต้านไวรัสต่อไป แต่ในทางตรงข้ามจากข้อมูลเบื้องต้นของโครงการวิจัยพบว่า มีอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีปฏิเสธการกินยาต้านไวรัสต่างๆ ที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสหรือมีบ้างเล็กน้อย รวมทั้งไม่มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา

ความเบื่อหน่ายต่อรูปแบบการรับประทานยาที่หลากหลายชนิดในแต่ละช่วงเวลา ของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีที่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี หรือเรียกว่ากลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีกิจกรรมที่สัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างตลอดเวลา เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ครู อาจารย์และเพื่อนร่วมงาน ลักษณะการทำงานเป็นกะ และความจำเป็นที่ต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงครอบครัวและตนเอง ทำให้อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีกินยาไม่สม่ำเสมอ ขณะที่อาสาสมัครวัยรุ่นชาย

ติดเชื้อเอชไอวีคนอื่นๆกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีรับรู้จากระบบการแพทย์ว่าการกินยาต้านไวรัสเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดในการช่วยยับยั้งการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวี⁽³⁾ แต่การที่อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีกินยาไม่สม่ำเสมอ อาจเกิดจากการที่อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีต้องนำเสนอตัวตนเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งในสังคม ครอบครัว และผู้ร่วมงาน เพื่อให้ทุกคนยอมรับตัวตนของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีเป็นสมาชิกในสังคม อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตัวที่ต่างออกไปจากปกติเพื่อรักษาภาพลักษณ์ที่ปกติไว้ และเพื่อรักษาไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัว สังคม หลีกเลี่ยงการถูกตีตราด้วยโรคเอดส์ การถูกแบ่งแยก กีดกัน เลือปฏิบัติ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังเมื่อเขาต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสถานการณ์ต่างๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี ที่เริ่มตั้งแต่การรับรู้การติดเชื้อเอชไอวี การเข้าสู่โครงการวิจัย และการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

วิธีการศึกษา

รูปแบบวิธีการศึกษาใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) คือ ศูนย์ประสานความร่วมมือไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์

(HIV-NAT) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง คือ อาสาสมัครวัยรุ่นชายที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมโครงการวิจัยของศูนย์ประสานความร่วมมือไทยออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวินิจฉัยทางคลินิกต้านโรคเอดส์ (HIV-NAT)⁽⁴⁾ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี และมีประวัติการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอมาแล้ว 1 ครั้ง จำนวน 10 คน ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์อาสาสมัครโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-40 นาที โดยการสนทนาสัมภาษณ์เป็นเสมือนการพูดคุยทั่วไป มีแนวทางที่เป็นหัวข้อสนทนาตามแบบสัมภาษณ์ที่จัดเตรียมไว้ คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลการเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย ข้อมูลการให้ความหมายยาต้านไวรัส และข้อมูลการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ โดยทุกคำถามเป็นคำถามปลายเปิด รวมทั้งผู้วิจัยได้สัมภาษณ์แพทย์ พยาบาล ผู้ปกครองที่ดูแลอาสาสมัครโดยตรง อย่างไรก็ตามไม่เป็นทางการ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวิเคราะห์ โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดลเรียบร้อยแล้ว จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่ออธิบายประสพการณ์การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี โดยวิเคราะห์ประสพการณ์การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มตั้งแต่การรับรู้การติดเชื้อเอชไอวี การเข้าสู่โครงการวิจัย และการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ

1. ประสพการณ์การเจ็บป่วยของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี
2. ประสพการณ์การเข้าสู่โครงการวิจัยทางคลินิกต้านโรคเอดส์
3. ประสพการณ์การให้ความหมายยาต้านไวรัส
4. ประสพการณ์การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี

1. ประสพการณ์การเจ็บป่วยของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี

อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการรับทราบผลตรวจเลือดแตกต่างกัน ทั้งตกใจ เสียใจ ลับสน มึนงง ไม่คาดคิดว่าจะติดเชื้อ ปฏิเสธผลการตรวจ ยอมรับไม่ได้ เครียด เป็นต้น ในช่วงแรกที่รับทราบผลการตรวจเลือด อาสาสมัครที่ติดเชื้อต้องใช้เวลาในการยอมรับผลการตรวจต้องปรับสภาพจิตใจและยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น ต่อมาจึงมีการจัดการตนเองโดยการหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ติดเชื้อ และแนวทางการรักษา

อาสาสมัครที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องปรับพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันหลายอย่าง รวมทั้งความรู้สึกที่ต้องปกปิดการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้อาสาสมัครที่ติดเชื้อเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกจากสังคม ต้องระมัดระวังตนเองมากขึ้นไม่ได้รับเชื้อเพิ่มและแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ประสพการณ์การเจ็บป่วยของอาสาสมัครติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างมากในชีวิตของอาสาสมัครที่ติดเชื้อเอชไอวี

อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีมีประสพการณ์การเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน โดยแบ่งประสพการณ์การเจ็บป่วยของอาสาสมัครวัยรุ่นชาย



ติดเชื่อเอ็ชไอวี ตามสาเหตุการติดเชื่อ คือ

1.1 อาสาสมัครที่ติดเชื่อจากการถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารก

อาสาสมัครที่ติดเชื่อจากการถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารก พ่อแม่ หรือผู้ปกครอง มักจะปกปิดสถานะการติดเชื่อเอ็ชไอวีไม่ให้อาสาสมัครทราบ เมื่อเจ็บป่วยอาสาสมัครก็ได้รับการรักษาตามอาการ โดยไม่ทราบว่าเกิดจากเชื่อเอ็ชไอวี ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครจึงเป็นการรับรู้ผ่านการบอกเล่าของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ซึ่งบางครั้งบิดเบือนจากความจริง จนกระทั่งอาสาสมัครเจ็บป่วยมากขึ้นจึงได้รับทราบความจริงว่าตนเองติดเชื่อเอ็ชไอวี หรือบางคนทราบจากการได้ยินเพื่อนบ้าน หรือแพทย์พูดคุยกับ พ่อแม่ ผู้ปกครอง

1.2 กลุ่มอาสาสมัครที่ติดเชื่อจากการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน

อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื่อเอ็ชไอวีมีการประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายตัวเอง คือ มีผื่นขึ้นตามร่างกาย เป็นหวัด ไม่สบายบ่อย ท้องเสีย ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เมื่ออาสาสมัครเริ่มมีอาการป่วยหรืออาการแสดงต่างๆ เกิดขึ้น ประกอบกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นอาการเรื้อรัง ไม่หายขาด ทำให้อาสาสมัครเกิดความคับข้องใจในอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จึงแสวงหารักษาตรวจรักษาเพื่อให้ทราบสาเหตุการเจ็บป่วยของตนเอง เมื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยทำให้อาสาสมัครทราบว่าตนเองติดเชื่อเอ็ชไอวี อาสาสมัครมีการทบทวนถึงเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ผ่านมา

1.3 กลุ่มอาสาสมัครที่ติดเชื่อจากการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ต่างเพศ

อาสาสมัครวัยรุ่นชายที่มีอาการผิดปกติทางร่างกาย ซึ่งเป็นอาการแสดงของผู้ที่ติดเชื่อเอ็ชไอวี มักมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในช่วงวัยที่

ผ่านมา เมื่อเริ่มมีอาการแสดงทางร่างกายอาสาสมัครจะนึกย้อนไปถึงพฤติกรรมความเสี่ยงของตนเอง เพื่อเชื่อมโยงกับอาการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองอาจติดเชื่อเอ็ชไอวี จึงไปตรวจเพื่อยืนยันผลเลือดของตนเอง ทำให้ทราบว่าตนเองติดเชื่อเอ็ชไอวี

2. ประสบการณ์การเข้าสู่โครงการวิจัยทางคลินิกด้านโรคหลอดเลือด

เมื่ออาสาสมัครทราบว่าตนเองติดเชื่อเอ็ชไอวี แต่ละคนมีแนวทางในการเผชิญกับความเจ็บป่วยแตกต่างกัน บางคนอาจปฏิเสธ ไม่ยอมรับผลเลือดในช่วงแรกและไปตรวจเพื่อยืนยันผลอีกครั้ง แต่สุดท้ายเมื่อทุกคนยอมรับว่าตนเองติดเชื่อเอ็ชไอวี ทุกคนยอมแสวงหารักษาทางการแพทย์ เพื่อให้ตัวตนยังคงอยู่และใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

การเข้ามาเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัยมีความแตกต่างกัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. การตรวจเลือดที่คลินิกนิรนาม เนื่องจากมีอาการผิดปกติทางร่างกายและสงสัยว่าตนเองอาจติดเชื่อเอ็ชไอวีจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จึงมาตรวจที่คลินิกนิรนามเพื่อให้แน่ใจว่าตนเองติดเชื่อหรือไม่ เมื่อผลเลือดแสดงว่าติดเชื่อเอ็ชไอวีอาสาสมัครเหล่านี้จึงได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่คลินิกนิรนามให้มาเข้าร่วมโครงการวิจัยด้านโรคหลอดเลือด

2. การส่งต่อการรักษามาจากแพทย์หรือโรงพยาบาลอื่น สำหรับอาสาสมัครกลุ่มนี้เมื่อไม่สบาย ตามปกติแล้วจะรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาที่ตนเองมีอยู่ แพทย์ผู้ดูแลจะเป็นผู้พิจารณาส่งตัวมารักษาต่อที่โครงการวิจัยเมื่อทราบว่ามีการวิจัยที่เหมาะสมและเป็นผลดีต่ออาสาสมัคร

3. บุคคลต่างๆ แนะนำให้เข้ามาเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย การเข้ามาเป็นอาสาสมัครของคนกลุ่มนี้เกิดขึ้นหลังจากที่ทราบว่าเป็นตนเองติดเชื้อเอชไอวี จึงมีการแสวงหาแนวทางการรักษาโรค โดยการหาข้อมูลจากที่ต่างๆ ทั้งจากบุคคลที่รู้จัก จากแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลรักษา บางคนทราบว่าตนเองติดเชื้อเมื่อมาตรวจเลือดที่คลินิกนิรนาม และได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่คลินิกนิรนาม บางคนสืบค้นข้อมูลจากทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งเมื่ออาสาสมัครได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและพิจารณาข้อดี ข้อเสียของโครงการวิจัยแล้ว จึงตัดสินใจเข้ามาเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย

3. ประสพการณ์การให้ความหมายยาต้านไวรัส

3.1 การให้ความหมายยาต้านไวรัสของอาสาสมัครวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี

อาสาสมัครวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีให้ความหมายของยาต้านไวรัสแตกต่างกันไปตามประสพการณ์ การรับรู้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และจากสื่อต่างๆ โดยจำแนกความหมายของยาต้านไวรัสแบ่งตามกลุ่มสาเหตุการติดเชื้อของอาสาสมัคร คือ

3.1.1 กลุ่มอาสาสมัครที่ติดเชื้อจากการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก

การให้ความหมายยาต้านไวรัสของอาสาสมัครกลุ่มนี้เป็นการรับรู้ผ่านการบอกกล่าวจากแพทย์ พยาบาล หรือผู้ปกครองที่ดูแลอาสาสมัครอาสาสมัครให้ความหมายของยาต้านไวรัสว่าเป็นยาฆ่าเชื้อโรค ช่วยลดปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายเพิ่มขึ้น เป็นเสมือนยาชูกำลังที่ทำให้ร่างกายแข็งแรง และยาต้านไวรัสเป็นเหมือนผู้คอยควบคุมให้อาสาสมัครกินยาสม่ำเสมอ

3.1.2 กลุ่มอาสาสมัครที่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน

อาสาสมัครกลุ่มนี้ให้ความหมายของยาต้านไวรัสว่าเป็นยาฆ่าเชื้อโรค ช่วยลดปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายเพิ่มขึ้น ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน ยาต้านไวรัสเป็นยาชูกำลัง และยาต้านไวรัสเปรียบเสมือนก้อนหินที่กดทับเชื้อโรค และยาต้านไวรัสคืออาหารที่ต้องกินเป็นประจำทุกวัน ไม่สามารถขาดได้ เป็นอาหารที่น่าเบื่อ

3.1.3 กลุ่มอาสาสมัครที่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ต่างเพศ

อาสาสมัครกลุ่มนี้ให้ความหมายของยาต้านไวรัสว่าเป็นยาฆ่าเชื้อโรคช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อไวรัสเพิ่มมากขึ้น ยาต้านไวรัสเป็นผู้คุ้มครองร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น การที่อาสาสมัครต้องกินยาสม่ำเสมอเพื่อป้องกันร่างกายจากเชื้อไวรัส ถ้าไม่กินยาต้านไวรัสหรือกินไม่สม่ำเสมอก็จะไม่มีภูมิคุ้มกัน ร่างกายก็อ่อนแอ

4. ประสพการณ์การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี

ประสพการณ์ของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีในฐานะผู้กินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอเกิดจากความขัดแย้งกันระหว่างการใช้ชีวิตเฉกเช่นวัยรุ่นทั่วไปที่มีทั้งเพื่อนและความสนุกสนานกับการเป็นผู้ติดเชื้อที่ต้องกินยาต้านไวรัสตลอดชีวิต การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชายมีตัวกำหนดสำคัญ 2 ประการ คือ

4.1 ตัวกำหนดด้านโครงสร้าง

เมื่อวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่การเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย ซึ่งโครงการวิจัยมุ่งเน้นที่ความสำเร็จของการวิจัยจนถึงตัวตนของอาสาสมัคร ทำให้เกิดความขัดแย้งในการดำเนินชีวิตของอาสาสมัคร ทำให้อาสาสมัครมีพฤติกรรมการกินยาไม่สม่ำเสมอ ตัวกำหนดด้านโครงสร้างที่ส่งผลต่อการกินยาไม่สม่ำเสมอ คือ



4.1.1 การสื่อสารที่มุ่งให้ความรู้ อย่างเดียว

การที่แพทย์ พยาบาลใช้คำศัพท์ทางการแพทย์หรือที่อาสาสมัครเรียกว่า “ภาษาหมอ” ทำให้อาสาสมัครไม่เข้าใจสิ่งที่แพทย์พูด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการรักษา รวมทั้งการที่แพทย์ พยาบาลไม่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสและการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส ทำให้อาสาสมัครไม่สามารถผ่านพ้นอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ จนนำไปสู่การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

4.1.2 วัน เวลา นัดหมาย

อุปสรรคในเรื่องของวัน เวลา ในการนัดหมายให้มาพบแพทย์ ที่คลินิกวิจัย ตรงกับวันที่อาสาสมัครต้องทำงาน หรือเรียนหนังสือ ส่งผลให้ต้องขาดงานหรือขาดเรียน ทำให้ส่งผลกระทบต่อ การประเมินผลงานหรือทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน บางครั้งวันที่นัดหมายให้มาพบแพทย์แต่อาสาสมัครมีธุระ ติดงาน ก็ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตรงตามนัด

อาสาสมัครบางคนทำงานรับจ้างรายวัน ซึ่งการหยุดงานมาพบแพทย์ตามนัดทำให้ต้องสูญเสียรายได้ในวันนั้น แต่อาสาสมัครก็ไม่มีทางเลือกอื่นเพราะคิดว่าการรักษาตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่สุด บางคนต้องยอมถูกตัดเงินค่าจ้างเพราะไปทำงานสายเนื่องจากต้องมาพบแพทย์ก่อนที่จะไปทำงานตามปกติ ในการมาพบแพทย์แต่ละครั้งต้องใช้เวลาทั้งการพบแพทย์ พยาบาล รอเจาะเลือด รอรับยา และในบางครั้งยังต้องทำแบบสอบถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยเพิ่มเติมด้วย ทำให้ใช้เวลาในการมาคลินิกนาน ทำให้ไปทำงานไม่ทัน

4.1.3 ความถี่ในการมาพบแพทย์

การมาพบแพทย์บ่อยเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการเข้ามาเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย

โดยในระยะแรกของการเริ่มกินยาต้านไวรัส แพทย์จะนัดให้มาคลินิกบ่อย ประมาณทุก 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง และทุก 1 เดือน จนกระทั่งกินยาครบ 3 เดือน จึงนัดมาพบแพทย์ทุก 3 เดือน เพื่อประเมินผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส การที่ต้องมาพบแพทย์บ่อยทำให้อาสาสมัครไปทำงานสาย ถูกตำหนิจากหัวหน้างาน หรือบางครั้งต้องขาดงานหรือขาดเรียน ส่งผลให้ต้องสูญเสียรายได้

4.1.4 การตรวจสอบการกินยาต้าน ไวรัส

การที่เจ้าหน้าที่คลินิกวิจัยมุ่งเน้นที่ผลสำเร็จของการวิจัยโดยประเมินจากการวัดค่าพฤติกรรมกรรมการกินยาของอาสาสมัครต้องไม่น้อยกว่า 95 %⁽⁵⁾ การให้ความสำคัญสอบถามเรื่องจำนวนยาที่กินอย่างถูกต้องมากกว่าการสอบถามผลกระทบบของการกินยาต้านไวรัสและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัคร ทำให้อาสาสมัครเกิดความคับข้องใจจนนำไปสู่การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

4.2 ตัวกำหนดด้านบุคคล

ความหลากหลายของรูปแบบการติดเชื้อ การกินยาที่ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ทั้งเรื่องเรียน การทำงาน การมีกิจกรรมกับเพื่อน และการปรับตัวไม่ได้กับผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างการใช้ชีวิตเฉกเช่นวัยรุ่นทั่วไปที่มีทั้งเพื่อนและความสนุกสนานกับการเป็นผู้ติดเชื้อที่ต้องกินยาต้านไวรัสตลอดชีวิต ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ โดยมีตัวกำหนดด้านบุคคล คือ

4.2.1 ความมุ่งหวังในชีวิตต่อการ เป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยขัดแย้งกับการ ดำเนินชีวิต

อาสาสมัครที่เข้าสู่โครงการวิจัยมุ่งหวังว่าโครงการวิจัยจะทำให้มีอายุยืนยาว ได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาล ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ในการรักษา และทำให้ตัวตนมีคุณค่า

สำหรับอาสาสมัครที่ติดเชื้อเอชไอวี จากการถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารก การตัดสินใจเข้าโครงการวิจัยเป็นการตัดสินใจของพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง ทำให้ความมุ่งหวังสำหรับอาสาสมัครกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันไป อาสาสมัครกลุ่มนี้มุ่งหวังต่อการเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัยเพราะต้องการเป็นเด็กดีที่ทำตามความต้องการของพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ขอเพียงมีสถานที่ที่จะรักษาตนเอง และประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งค่ารักษาและค่ายา

เมื่ออาสาสมัครเข้าสู่โครงการวิจัย การต้องปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์ของโครงการอย่างเคร่งครัด การถูกตรวจสอบการกินยาโดยผู้วิจัยมุ่งให้ความสำคัญกับการวัดค่าพฤติกรรมกรรมการกินยา การที่ผู้วิจัยมุ่งเน้นประสิทธิผลของการวิจัยมากกว่าการคำนึงถึงตัวตนของอาสาสมัคร ทำให้ความมุ่งหวังของอาสาสมัครขัดแย้งกับการดำเนินชีวิตจริงส่งผลให้อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

4.2.2 บริการที่ไม่ประทับใจ

ประสพการณ์ที่ไม่ประทับใจในเรื่องการให้บริการของเจ้าหน้าที่คลินิกวิจัย ทั้งแพทย์พยาบาล ในเรื่องเกี่ยวกับการสื่อสาร แพทย์จะใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ซึ่งอาสาสมัครเรียกว่า “ภาษาหมอ” ทำให้อาสาสมัครไม่เข้าใจ แพทย์มีความเชื่อมั่นในสรรพคุณของยาจนลืมนึกถึงตัวตนของอาสาสมัคร เมื่อแพทย์เชื่อว่ายาเป็นสิ่งที่ดีที่สุดก็จะให้อาสาสมัครกินยาตามที่แพทย์สั่ง อาสาสมัครต้องยอมจำนนต่อบทบาทของแพทย์

เรื่องที่ทำให้การให้บริการของเจ้าหน้าที่คลินิกวิจัย พบว่าเจ้าหน้าที่คลินิกวิจัยแสดงท่าทีที่ไม่ดีกับผู้ป่วย อาสาสมัครคิดว่าการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้สภาพจิตใจของตนเองไม่ดีอยู่แล้ว รู้สึกว่าตนเองอยู่ในสถานะที่ต่ำกว่าคนอื่น เมื่อเจอ

เจ้าหน้าที่แสดงท่าทีที่ไม่ดี ทั้งการพูดจา น้ำเสียงที่ใช้พูดกับอาสาสมัคร จึงทำให้อาสาสมัครรู้สึกไม่ประทับใจ

4.2.3 การเผชิญกับผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส

ถึงแม้ว่าอาสาสมัครจะทราบว่าการกินยาต้านไวรัสช่วยควบคุมไม่ให้ปริมาณไวรัสในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่อีกมุมมองหนึ่งของอาสาสมัครที่ต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส ความรู้สึกทุกข์ทรมานที่ได้รับจากการกินยาต้านไวรัส ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของอาสาสมัคร เป็นสิ่งที่ทำให้อาสาสมัครไม่สามารถทนกินยาได้ต่อไป จึงนำไปสู่การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

ประสพการณ์การกินยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส นั้น อาสาสมัครส่วนใหญ่มักจะเผชิญกับผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสแตกต่างกันไป บางคนอาจเผชิญกับอาการข้างเคียงเล็กน้อย ระยะเวลาไม่นานอาการข้างเคียงก็ดีขึ้น บางคนอาจเผชิญอาการข้างเคียงที่รุนแรงหรือส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจหยุดยาต้านไวรัส ประสพการณ์การเผชิญกับผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสแบ่งเป็น

4.2.3.1 ประสพการณ์การเผชิญกับผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตเล็กน้อย

อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีที่เผชิญกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่ คือ อาสาสมัครที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารก ทำให้เกิดอาการมีนงง คลื่นไส้ เล็กน้อย และเป็นอยู่ในระยะเวลาไม่นาน ไม่ได้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของอาสาสมัครมากนัก ทำให้อาสาสมัครยังคงกินยาต้านไวรัสต่อไปได้



4.2.3.2 ประสบการณ์การเผชิญกับผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตมาก

อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีที่เผชิญกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสรุนแรง คือ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก มึนงง มีผื่นขึ้นตามร่างกาย น้ำหนักลดลงผิดปกติ อาการที่เกิดขึ้นนี้ทำให้อาสาสมัครรู้สึกทุกข์ทรมาน กังวลใจ ประกอบกับความผิดปกติที่เกิดกับร่างกายทำให้อาสาสมัครรู้สึกว่าตนเองอัปลักษณ์ แปรจากคนอื่น ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมและการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ผลข้างเคียงของยาส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่ออาสาสมัครในการประกอบอาชีพ เช่น บางคนต้องขับรถไปทำงานต่างจังหวัด เมื่อกินยาต้านไวรัสแล้วทำให้มึนงง มองไม่แจ่มใสอาจเกิดอันตรายได้ ดังนั้นบางครั้งอาสาสมัครจึงต้องเลือกความปลอดภัยของตนเองในการทำงาน โดยการไม่กินยาต้านไวรัสเมื่อต้องขับรถไปทำงานเป็นระยะทางไกลๆ

แม้ว่าอาสาสมัครแต่ละคนต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสแตกต่างกัน แต่อาสาสมัครก็พยายามจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสอาสาสมัครมีวิธีการจัดการแตกต่างกันออกไป เช่นการนอนพัก ดูแลตนเองตามอาการ และหยุดยาด้วยตนเอง

4.2.4 ด้านการเดินทาง

การเดินทางมาคลินิกเป็นตัวกำหนดหนึ่งที่เป็นอุปสรรคของอาสาสมัครเนื่องจากระยะทางจากบ้านของอาสาสมัครและคลินิกวิจัยอยู่ห่างไกลกัน การเดินทางมาคลินิกต้องใช้เวลาในการเดินทางนาน บางครั้งมีปัญหาสภาพการจราจรติดขัด สภาพอากาศไม่ดี มีฝนตก มีความลำบากกว่าจะมาถึงคลินิกวิจัย เมื่อมาถึงซักรั้วก็ต้องใช้เวลารอ

พบแพทย์นานขึ้น และกว่าจะเสร็จขั้นตอนการตรวจก็ใช้เวลานานกว่าจะได้กลับบ้าน ทำให้อาสาสมัครรู้สึกเบื่อหน่ายการมาคลินิกวิจัย

4.2.5 การถูกบังคับควบคุมตามตารางเวลา

สำหรับอาสาสมัครการที่ต้องกินยาต้านไวรัสตลอดชีวิต เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานเนื่องจากผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส และการที่ต้องกินยาตรงเวลาทุกวันทำให้อาสาสมัครรู้สึกว่าตัวเองถูกควบคุม ไม่มีความเป็นอิสระ ต้องคอยกังวลกับเวลาการกินยา รวมทั้งอาสาสมัครบางคนก็ติดเชื้อจากการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกและเข้าโครงการวิจัยตั้งแต่ยังเด็ก บางคนขณะที่เข้าโครงการวิจัยยังไม่รู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี การตัดสินใจเข้าโครงการวิจัยเป็นการตัดสินใจของพ่อ แม่ ผู้ปกครอง โดยที่อาสาสมัครอยู่ในภาวะจำยอมเนื่องจากความเป็นเด็ก ความไม่รู้ และการถูกปิดบังความจริงจากผู้ปกครอง อาสาสมัครถูกบอกให้กินยาโดยที่ไม่รู้ว่าเป็นยาต้านไวรัส ถูกบังคับ ควบคุมให้กินยาให้ตรงเวลาและต้องกินทุกวัน โดยไม่รู้ว่าเมื่อไรจะหยุดกินยาได้ การรู้สึกว่าตนเองถูกบังคับควบคุมเป็นความทุกข์ของการเข้ามาเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย

ความขัดแย้งกันระหว่างการใช้ชีวิตเฉกเช่นวัยรุ่นทั่วไปที่มีทั้งเพื่อนและความสนุกสนานกับการเป็นผู้ติดเชื้อที่ต้องกินยาต้านไวรัสตลอดชีวิต ส่งผลให้อาสาสมัครมีการประเมินตนเองจากประสบการณ์ของการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและในฐานะอาสาสมัครของโครงการวิจัยที่มีการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ปรากฏภาพตัวตนจากการประเมินตนเองของอาสาสมัคร คือ การกลายเป็นคนดื้อยาและต้องต่อระบบการรักษา และการเป็นอาสาสมัครที่ไม่ดี

อภิปรายผล

ประสบการณ์การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีอธิบายได้ใน 2 ระดับคือ ระดับโครงสร้างและระดับบุคคล

1. ระดับโครงสร้าง

โรคเอดส์ยังเป็นโรคที่ถูกครอบงำหรือถูกจัดการโดยวิถีทางการแพทย์ที่มุ่งฆ่า ทำลายเชื้อโรค ทำให้ตัวตนของอาสาสมัครวัยรุ่นชายหายไป เป็นตัวตนที่ถูกดูดกลืนเข้าไปอยู่ในโครงการวิจัย ซึ่งมุ่งเน้นที่ประสิทธิภาพของการวิจัย มุ่งให้ความรู้โดยใช้ภาษาทางการแพทย์ กระบวนการรักษาที่ประกอบด้วยสูตรยาต่างๆ จนนำไปสู่การตีความในความหมายทางการแพทย์ การมองไม่เห็นชีวิตของอาสาสมัครที่ต้องมีหลายบทบาทกระทบต่อวิถีคิดในการประเมินตัวเองว่าเป็นอาสาสมัครที่ไม่ดี ทั้งๆ ที่พวกเขาพยายามกินยาเพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาวเช่นกัน แม้ว่าอาสาสมัครติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าการกินยาต้านไวรัสคือทางเลือกเดียวของการแพทย์ แต่อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีในโครงการวิจัยก็มีทางเลือกที่จะอยู่กับคนในสังคมอย่างไม่ถูกรังเกียจเช่นกัน

2. ระดับบุคคล

เนื่องด้วยบุคคลมีความหลากหลายของการติดเชื้อเอชไอวี กล่าวคือ การติดเชื้อจากการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก การติดเชื้อจากหญิงบริการ และการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน ส่งผลต่อการเข้าสู่โครงการวิจัยที่มีลักษณะของความเต็มใจกับถูกบังคับทำให้มาตรวจวินิจฉัย ซึ่งการเข้าสู่โครงการวิจัยมีความมุ่งหวังที่จะได้ประโยชน์จากโครงการวิจัย เช่น ได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าชดเชยรายได้ในการเข้าโครงการ โดยแลกเปลี่ยนกับการกินยาต้านไวรัสเมื่อเขาได้กลายเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย เขามี

การประเมินผ่านประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมว่าการกินยาต้านไวรัสไม่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เขาตัดสินใจกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

จากการศึกษาตัวตนของอาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้กรอบแนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ของ Mead⁽⁶⁾ พบว่าอาสาสมัครวัยรุ่นชายมีตัวตนที่แสดงบทบาทไปตามบรรทัดฐานของสังคม เช่น การปฏิบัติตัวเพื่อเป็นผู้ป่วยที่เชื่อฟังในโครงการวิจัย อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีก็มิได้เป็นแบบแผนเดียวกันหมด เนื่องจากอาสาสมัครบางคนเลือกการกระทำบางอย่างที่คิดว่าตัวเองได้ประโยชน์ ทำให้ส่งผลต่อการกินยาไม่สม่ำเสมอ แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาสาสมัครมีการคิดทบทวนถึงตัวตนของอาสาสมัครจำเป็นต้องเป็น Me ตามที่สังคมคาดหวัง ในการที่พวกเขาต้องรวมบทบาทผู้ป่วยที่ต้องไปพบแพทย์ตามนัด ต้องกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อมีการครองตัวตนตามที่สังคมกำหนดแล้ว จึงทำให้เกิดตัวตนใหม่ที่เชื่อว่าตัวเองน่าจะมีชีวิตที่ยืนยาว หากรู้จักจัดการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมที่เสี่ยง ร่วมกับการกินยาต้านไวรัส

การที่อาสาสมัครวัยรุ่นชายติดเชื้อเอชไอวีกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอเกิดจากตัวตนของอาสาสมัครพิจารณาไตร่ตรองผ่านประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและประสบการณ์จากการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม ทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการกินยาต้านไวรัสซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาไตร่ตรองแล้วจึงเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเองคือการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

1. โครงการวิจัยควรจัดให้มีกิจกรรมเพื่อ



เป็นการเปิดพื้นที่ให้อาสาสมัครได้มีส่วนร่วมในการ
พูดคุย สื่อสารที่คำนึงถึงชีวิตส่วนตัว การดำรงชีวิต
ท่ามกลางอคติทางสังคมต่อโรคเอดส์ที่ยังคงติดแน่น
ถาวรอยู่กับคนในสังคม และช่วยรณรงค์ให้ความรู้
เรื่องการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ
คนในสังคมเพื่อเป็นการลดอคติของคนในสังคม

2. โครงการวิจัยควรให้ความสำคัญกับ
กลุ่มผู้ติดเชื้อจากการถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารก

ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยการให้ความรู้กับ
ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กในเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อให้
สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งควร
มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ
เพื่อให้การดูแลเด็กที่ติดเชื้อให้ได้อย่างต่อเนื่อง
สามารถเติบโตอย่างมีคุณภาพ และดำเนินชีวิตได้
เหมือนเด็กปกติทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. การคาดประมาณแนวโน้มเอดส์. www.aidsthai@aidsthai.org . 28 กุมภาพันธ์ 2553
 2. สุทธิชัย ปัญญาโรจน์. ปัญหาเอดส์ ปัญหาวัยรุ่น กับสังคมไทย. www.sex.sanook.com.
 3. การดูแลตนเองและสังคมเมื่อรักษาด้วยยาต้านไวรัส. AIDS Access Foundation : www.aidsaccess.com
 4. ประพันธ์ ภานุภาค. การก่อตั้งศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก
ด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT). เอกสารรายงาน:ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษา
วิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์(HIV-NAT); 2548.
 5. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการติดตามและส่งเสริม
การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
 6. เทพินทร์ พัชรานุกฤษ. สังคมวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ:โอ.เอส.พรินติ้ง เฮ้าส์; 2548.
-

คุณภาพบริการคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อรุณวรรณ วัฒนพงศ์ชาติ*, บุรินทร์ ต.ศรีวังษ์**

Abstract

Service Quality of Antiretroviral Clinic Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province

Aroonwan Wattanapongchat*, Burin T. Sriwong**

*Pharmacy Department Phrachomklao Hospital

**Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

The objectives of this study were to evaluate service quality of antiretroviral clinic Phrachomklao hospital, Phetchaburi province in a view of patients and healthcare providers. Self-administered questionnaires were used for patients service quality evaluation. Five hundred and forty patients from total of eight hundred and fifty four patients(63.23%) participated in the survey during the collection period from 1st June until 31st August 2011. For healthcare providers, semi-structured interview composed of three parts of Structure, Process and Outcome were used.

Results showed that the average patient's expected service was 4.29 and patient's perceived service was 4.44. In a view of healthcare providers on antiretroviral clinic; 1) Structure: specialized clinic, numbers and knowledgeable of the clinic staffs were appropriate; 2) Process: operation time, medical history record, problem evaluation and follow-up, patient orientation and counseling, and miss-appointed patients follow up were appropriate; 3) Outcomes: Percentage of annual CD4 report for patients who got twice and viral load once check-up equaled to 87.63% and 98.53% respectively.

In summary, it showed that patients perceived service higher than what they expected. For healthcare providers most service provided in antiretroviral clinic were appropriate.

Key Words: Service Quality and Antiretroviral Clinic

Thai AIDS J 2012; 24 : 102-112

*กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

**คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร



บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพบริการคลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ในมุมมองผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เครื่องมือส่วนของผู้รับบริการได้แก่แบบสอบถาม เก็บข้อมูลผู้รับบริการจำนวน 540 คน (ร้อยละ 63.23) จากจำนวนผู้รับบริการ 854 คน ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 สิงหาคม 2554 ผู้ให้บริการใช้แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง สัมภาษณ์ผู้ให้บริการใน 3 ด้านได้แก่ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

ผลการศึกษาพบว่า มุมมองผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยระดับบริการที่ต้องการได้รับเท่ากับ 4.29 ค่าเฉลี่ยระดับบริการที่ได้รับจริงเท่ากับ 4.44 มุมมองผู้ให้บริการ 1) ด้านโครงสร้างได้แก่ สถานที่ให้บริการเป็นคลินิกเฉพาะ จำนวนบุคลากรและความรู้ของบุคลากร มีความเหมาะสม 2) ด้านกระบวนการได้แก่ ระยะเวลาการให้บริการ การบันทึกประวัติการรักษา การประเมินปัญหาและติดตามผลการรักษา การเตรียมความพร้อม การให้คำปรึกษา และการติดตามผู้ป่วยขาดนัด มีความเหมาะสม 3) ด้านผลลัพธ์ ใน 1 ปี ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจ CD4 2 ครั้งเท่ากับ 87.63 ตรวจ Viral load 1 ครั้งเท่ากับ 98.53 จากการศึกษาพบว่าในมุมมองผู้รับบริการมีระดับบริการที่ได้รับจริงสูงกว่าระดับบริการที่ต้องการได้รับ และในมุมมองผู้ให้บริการการให้บริการในคลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่มีความเหมาะสม

คำสำคัญ คุณภาพบริการ และคลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวี

วารสารโรคเอดส์ 2555; 24 : 102-112

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย จากรายงานสำนักกระบาดวิทยาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมตั้งแต่ปีพ.ศ. 2527 จนถึงปีพ.ศ. 2552 จำนวน 368,560 ราย⁽¹⁾ และจากข้อมูลเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใหญ่ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวีอยู่ถึง 188,332 ราย⁽²⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มให้บริการยาด้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ป่วยโดยใช้สูตรยา 3 ชนิดพร้อมกันที่เรียกว่า HAART ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2543 และในปีพ.ศ. 2549 ได้จัดระบบการให้บริการยาด้านไวรัสเอชไอวีให้อยู่ในระบบบริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงยาด้านไวรัสเอชไอวีได้มากขึ้น⁽³⁾ ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวียังไม่สามารถกำจัดเชื้อเอชไอวีให้หมดไปจากร่างกายได้ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องได้รับการรักษาและการดูแลที่ต่อเนื่องในระยะยาว⁽⁴⁾ ซึ่งการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพจะส่งผลให้เกิดผลการ

รักษาที่ดี และผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังได้รับบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน⁽⁵⁾

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีได้เริ่มให้บริการยาด้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ปีพ.ศ.2546 จากข้อมูลสถิติการให้บริการพบว่าในปีงบประมาณ 2553 มีผู้มารับบริการจำนวน 871 ราย โดยแนวโน้มของผู้มารับบริการมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการให้การดูแลที่ไม่ครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับ การดูแลและติดตามผลการรักษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการรักษาและคุณภาพใจในการมารับบริการ ดังนั้นการประเมินคุณภาพจึงมีความสำคัญในการนำไปสู่กระบวนการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินคุณภาพบริการคลินิกยาด้าน

ไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เก็บข้อมูลระหว่าง 1 มิถุนายน ถึง 31 สิงหาคม 2554 กลุ่มผู้รับบริการได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ซึ่งเป็นผู้ที่อายุมากกว่า 18 ปี สามารถตอบแบบสอบถามได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ อายุรแพทย์จำนวน 4 คน (หมุนเวียนให้บริการ) เภสัชกรจำนวน 2 คน (ไม่รวมผู้วิจัย) และพยาบาลให้คำปรึกษาจำนวน 2 คน ที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ในกลุ่มผู้รับบริการได้แก่แบบสอบถามซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม PSQ-HAART ของซูเพ็ญ วิบูลสันติ และคณะ⁽⁶⁾ โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 ระดับบริการ จำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรม-ความเชื่อถือไว้วางใจ, ความมั่นใจต่อบริการ-ความเข้าใจใจและเห็นใจ, ความเข้าใจใจและเห็นใจ, การตอบสนองต่อผู้ป่วย I, การตอบสนองต่อผู้ป่วย-ความมั่นใจต่อบริการ, การตอบสนองต่อผู้ป่วย II

ตอนที่ 3 ความตั้งใจในการมารับบริการ จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจโดยรวม จำนวน 1 ข้อ

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะแสดงความคิดเห็น จำนวน 1 ข้อ

ทำการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

จากจากผู้รับบริการจำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนระดับบริการที่ต้องการได้รับเท่ากับ 0.97 ระดับบริการที่ได้รับบริการจริงเท่ากับ 0.95 และความตั้งใจในการมารับบริการเท่ากับ 0.74

ในกลุ่มผู้ให้บริการใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างทำการสัมภาษณ์ในด้านโครงสร้าง ได้แก่ สถานที่บริการของคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ความรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้านกระบวนการ ได้แก่ ระยะเวลาในการให้บริการ การบันทึกประวัติการรักษา การประเมินปัญหาและติดตามผลการรักษา การเตรียมความพร้อมก่อนการรักษา ขบวนการให้คำปรึกษา การติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัด ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจติดตาม CD4 และ viral load

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 ประชากรแบบจับคู่ (Paired t-test) ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

ผู้รับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีระหว่าง 1 มิถุนายน ถึง 31 สิงหาคม 2554 มีจำนวน 854 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนด และสามารถนำมาวิเคราะห์ผลได้จำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 63.23 ของผู้ที่มารับบริการในเวลาที่เก็บข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.77) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 49.63) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 46.85) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ



36.67) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 54.26) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 40.56) ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ (ร้อยละ 61.30) ระยะเวลาที่มารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 44.08)

จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวันอยู่ในช่วง 2-5 เม็ด (ร้อยละ 66.30) สูตรยาที่ได้รับขณะนี้ เป็นสูตรพื้นฐาน NNRTI base regimen (ร้อยละ 91.11) คุณภาพบริการคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีในมุมมองผู้รับบริการ

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=540)	ร้อยละ	หมายเหตุ
เพศ			
ชาย	234	43.33	
หญิง	306	56.77	
อายุ			
20-30 ปี	50	9.26	ค่าเฉลี่ย (Mean) 39.32 ปี ค่าต่ำสุด (Min.) 20 ปี ค่าสูงสุด (Max.) 67 ปี
31-40 ปี	268	49.63	
41-50 ปี	187	34.63	
มากกว่า 50 ปี	35	6.48	
อาชีพ			
รับจ้าง	253	46.85	
ค้าขาย	111	20.55	
เกษตรกร/ประมง	63	11.67	
แม่บ้าน/ว่างงาน	58	10.74	
ข้าราชการ/พนักงานบริษัท	55	10.19	
ระดับการศึกษา			
ประถมต้น	67	12.41	
ประถมปลาย	198	36.67	
มัธยมต้น	92	17.04	
มัธยมปลาย	82	15.18	
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	54	10.00	
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	47	8.70	
สถานภาพ			
โสด	64	11.85	
คู่	293	54.26	
หม้าย	110	20.37	
หย่า	73	13.52	

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=540)	ร้อยละ	หมายเหตุ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
ต่ำกว่า 5,000 บาท	219	40.56	
5,001-10,000 บาท	210	38.89	
10,001-15,000 บาท	72	13.33	
มากกว่า 15,000 บาท	39	7.22	
สิทธิการรักษา			
ประกันสุขภาพ	331	61.30	
ประกันสังคม	176	32.59	
เบิกต้นสังกัด/ชำระเงิน	33	6.11	
ระยะเวลาที่มารับบริการ			
น้อยกว่า 1 ปี	67	12.41	
1-3 ปี	238	44.08	
4-6 ปี	157	29.07	
7 ปีขึ้นไป	78	14.44	
จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน			
2-5 เม็ด	358	66.30	ค่าต่ำสุด (Min.) 2 เม็ด
6-10 เม็ด	139	25.74	ค่าสูงสุด (Max.) 21 เม็ด
มากกว่า 10 เม็ด	43	7.96	
สูตรยาที่รับประทานในขณะนี้			
NNRTI base regimen	492	91.11	
PI base regimen	48	8.89	

ระดับการให้บริการของคลินิกยาค้านไวรัสเอชไอวีพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับบริการที่ได้รับจริงโดยรวมเท่ากับ 4.44 โดยด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วย-ความมั่นใจต่อบริการของผู้ป่วย (Responsiveness-Assurance) มีค่าเฉลี่ยระดับบริการที่ได้รับจริงมากที่สุดมีค่าเท่ากับ 4.53 ค่าเฉลี่ยระดับบริการที่ต้องการได้รับโดยรวมเท่ากับ 4.29 โดยด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ-ความเชื่อถือไว้วางใจ (Tangibles-Reliability) และการตอบสนองต่อผู้ป่วย I (Responsiveness I) มีค่าเฉลี่ยระดับ

บริการที่ต้องการได้รับมากที่สุดมีค่าเท่ากับ 4.34 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับบริการที่ได้รับจริงและค่าเฉลี่ยระดับบริการที่ต้องการได้รับทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($P=0.05$)

ผู้รับบริการมีความคิดเห็นในส่วนของความตั้งใจในการมารับบริการโดยเรียงจากคะแนนเฉลี่ยมากไปน้อยดังนี้ การมารับบริการในคลินิกยาค้านไวรัสตามนัดหมายทุกครั้งเท่ากับ 4.78 การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาค้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง



ตารางที่ 2. เปรียบเทียบคุณภาพบริการตามค่าเฉลี่ยระดับบริการที่ได้รับจริงและค่าเฉลี่ยระดับบริการที่ต้องการได้รับของผู้รับบริการคลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวี จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

Dimension	ระดับบริการที่ได้รับจริง		ระดับบริการที่ต้องการได้รับ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความเป็นรูปธรรม-ความเชื่อถือไว้วางใจ	4.48	0.51	4.34	0.60	5.22	<0.001
ความมั่นใจต่อบริการ-ความเข้าใจและเห็นใจ	4.47	0.54	4.33	0.62	5.56	<0.001
ความเข้าใจและเห็นใจ	4.32	0.57	4.17	0.65	5.51	<0.001
การตอบสนองต่อผู้ป่วย I	4.51	0.52	4.34	0.65	6.43	<0.001
การตอบสนองต่อผู้ป่วย-ความมั่นใจต่อบริการ	4.53	0.54	4.33	0.68	7.14	<0.001
การตอบสนองต่อผู้ป่วย II	4.22	0.74	4.09	0.81	4.35	<0.001
รวม	4.44	0.49	4.29	0.59	6.19	<0.001

ตารางที่ 3. คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้รับบริการในส่วนความตั้งใจในการมารับบริการ

ความตั้งใจในการมารับบริการ	Mean	SD
1. การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง	4.76	0.47
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ให้บริการในคลินิกยาด้านไวรัสอย่างเคร่งครัด	4.74	0.49
3. การมารับบริการในคลินิกยาด้านไวรัสตามนัดหมายทุกครั้ง	4.78	0.46
4. การสื่อสารข้อมูลในทางที่ดีแก่ผู้อื่นเกี่ยวกับการให้บริการในคลินิกยาด้านไวรัส	4.64	0.56
รวม	4.73	0.40

เนื่องเท่ากับ 4.76 การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ให้บริการในคลินิกยาด้านไวรัสอย่างเคร่งครัดเท่ากับ 4.74 และการสื่อสารข้อมูลในทางที่ดีแก่ผู้อื่นเกี่ยวกับการให้บริการในคลินิกยาด้านไวรัสเท่ากับ 4.64 โดยมีค่าเฉลี่ยของความตั้งใจในการมารับบริการโดยรวมเท่ากับ 4.73

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงสุด โดยมีระดับความพึงพอใจโดยรวมเรียงจากมากไปน้อยดังนี้ ระดับสูงสุดร้อยละ 59.34 ระดับสูงร้อยละ 36.38 ระดับปานกลางร้อยละ 4.09 และ

ในระดับต่ำร้อยละ 0.19 โดยมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ 4.55 คุณภาพบริการคลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวีในมุมมองผู้ให้บริการ

1. ด้านโครงสร้าง

1.1 สถานที่ให้บริการ

คลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวี เป็นคลินิกเฉพาะแยกบริการจากผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป แต่มีปัญหาในเรื่องของสถานที่ที่คับแคบ และมีอากาศที่ถ่ายเทไม่ค่อยสะดวก

1.2 จำนวนบุคลากรที่ให้บริการใน

ตารางที่ 4. ความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการ

ระดับความพึงพอใจโดยรวม	จำนวน (n=514)	ร้อยละ	หมายเหตุ
ต่ำ	1	0.19	ค่าเฉลี่ย (Mean) 4.55
ปานกลาง/ไม่แน่ใจ	21	4.09	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 0.59
สูง	187	36.38	
สูงสุด	305	59.34	

คลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีประกอบด้วย อายุรแพทย์จำนวน 1 คน เภสัชกรจำนวน 3 คน พยาบาลให้คำปรึกษาจำนวน 2 คน อาสาสมัครผู้ติดเชื้อจำนวน 5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลจำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลจำนวน 1 คน ในส่วนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้นมีความเหมาะสมยกเว้นพยาบาลให้คำปรึกษาที่มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้มารับบริการ

1.3 ความรู้ของบุคลากร

ผู้ให้บริการให้ความเห็นว่า สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้อย่างเหมาะสมทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการปฏิบัติงานในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีได้อย่างเหมาะสม โดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลผ่านการประชุมทางวิชาการ ตำราหนังสือคู่มือวิชาการ และสัญญาณอินเทอร์เน็ตและคอมพิวเตอร์ในการหาข้อมูลผ่านทางสื่อออนไลน์

2. ด้านกระบวนการ

2.1 ระยะเวลาในการให้บริการ

ผู้ให้บริการให้ความเห็นว่าระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม โดยคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีให้บริการทุกวันพุธของสัปดาห์ แบ่ง

การให้บริการเป็น 2 ช่วงเวลาคือ 9.00–12.00 น. จะให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มารับยาเดิมและไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ โดยเป็นผู้ที่มารับบริการที่รับยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปีและไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากเวลาดังกล่าวไม่มีอายุรแพทย์ให้บริการตรวจ มีจำนวนผู้รับบริการประมาณ 30–40 คนต่อครั้ง ส่วนในช่วงเวลา 13.00–16.00 น. มีผู้รับบริการประมาณ 100–120 คนต่อครั้ง

2.2 การบันทึกประวัติการรักษา

ผู้ให้บริการให้ความเห็นว่า การบันทึกประวัติการรักษามีความเหมาะสมเนื่องจากการบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย จะบันทึกในแฟ้มประวัติ โดยมีแบบฟอร์มแยกเฉพาะของคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งแบบฟอร์มดังกล่าวเป็นลักษณะของการ checklist ทำให้มีความสะดวกต่อการบันทึกและได้ข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน

2.3 การประเมินปัญหาและการติดตามผลการรักษา

ผู้ให้บริการให้ความเห็นว่า การประเมินปัญหาและติดตามผลการรักษามีการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมโดยมีการประเมินปัญหาและติดตามผลการรักษาตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย พ.ศ.2553 และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด HIVQUAL-T



2.4 การเตรียมความพร้อมก่อนการรักษา

ผู้ให้บริการให้ความเห็นว่ากิจกรรมเตรียมความพร้อมมีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยกิจกรรมเตรียมความพร้อมจัดบริการเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันพฤหัสบดีที่ 2 ของแต่ละเดือน กิจกรรมดังกล่าวประกอบด้วยทำให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมแรงจูงใจในการรักษา การให้ความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอชไอวี ความร่วมมือในการรับประทานยา

2.5 ขบวนการให้คำปรึกษา

ผู้ให้บริการให้ความเห็นว่า สามารถปฏิบัติงานได้ตามแนวทางการให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม ในส่วนของด้านเศรษฐกิจ สังคม มีหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ

2.6 การติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัด

วิธีการติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัดจะใช้ช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์ และถ้าไม่สามารถติดต่อกับผู้รับบริการได้จะประสานกับกลุ่มอาสาสมัครผู้ติดเชื้อให้ตามไปเยี่ยมบ้าน

3. ด้านผลลัพธ์

3.1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจติดตาม CD4 / Viral load

ผู้ให้บริการให้ความเห็นว่าใน 1 ปี ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสควรได้รับการตรวจติดตามค่า CD4 2 ครั้งและได้รับการตรวจ Viral load 1 ครั้งควรมากกว่า 90 เนื่องจากการตรวจ CD4 และ Viral load เป็นค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญในการประเมินผลการรักษาทาง

คลินิก ซึ่งจากข้อมูลในปีงบประมาณ 2554 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจติดตาม CD4 2 ครั้งใน 1 ปี มีจำนวนร้อยละ 87.63 และร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจติดตาม Viral load 1 ครั้งใน 1 ปี มีจำนวนร้อยละ 98.53

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าในด้านโครงสร้างคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า มีการจัดสถานที่เป็นคลินิกเฉพาะแยกบริการจากผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไปแต่สถานที่ที่ให้บริการค่อนข้างคับแคบซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าทำให้บริการคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่จะจัดบริการเป็นคลินิกเฉพาะแต่มีปัญหาในเรื่องความคับแคบของสถานที่ให้บริการ จำนวนของบุคลากรที่ให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีค่อนข้างเหมาะสมแต่พยาบาลให้คำปรึกษามีจำนวนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับผู้มารับบริการ ส่วนในเรื่องความรู้ของบุคลากรนั้นผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ไม่ว่าจะเป็นการประชุมวิชาการ หนังสือคู่มือวิชาการ รวมทั้งสื่อออนไลน์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ และอัญชลี คำกำจร⁽⁸⁾ ที่พบว่ามีปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการและบุคลากรที่ให้บริการขาดความรู้ การอบรมทางวิชาการ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาทั้ง 2 การศึกษาเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีการหมุนเวียนของบุคลากรทางการแพทย์บ่อย แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปมีการหมุนเวียนของบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่าโรงพยาบาลชุมชน และการศึกษาทั้ง 2 เป็นการศึกษาในระยะแรกของการให้บริการยาต้านไวรัสในประเทศไทยซึ่งยังมีข้อมูลเรื่องยาต้านไวรัสที่จำกัด

และเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ยากกว่าในปัจจุบัน

ด้านกระบวนการในส่วนของระยะเวลา การให้บริการคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีให้บริการ ทุกวันพุธเวลา 9.00 ถึง 16.00 น. โดยในช่วงเวลา 9.00 ถึง 12.00 น. ให้บริการรับยาต่อเนื่องไม่มีอายุร แพทย์บริการตรวจ ซึ่งในมุมมองของผู้ให้บริการ เห็นว่าระยะเวลาการให้บริการมีความเหมาะสมแต่ ในมุมมองของผู้รับบริการได้เสนอแนะให้เพิ่มวันในการให้บริการมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจาก อายุรแพทย์ต้องหมุนเวียนให้บริการผู้ป่วยอายุร กรรมอื่น ๆ ซึ่งการเพิ่มวันในการให้บริการจะเป็นการ เพิ่มภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น แต่มีผู้ให้บริการ 1 คนให้ความเห็นว่าถ้ามีจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น และมีจำนวนอายุรแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ควรมีการเพิ่มวันในการให้บริการ

ในส่วนของการบันทึกประวัติการรักษา มีแบบฟอร์มเฉพาะของคลินิกซึ่งเป็นลักษณะ check list เพื่อสะดวกในการบันทึกและได้ข้อมูลจำเป็น ครบถ้วน การประเมินปัญหาและติดตามผลการ รักษาจะปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเอดส์/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทยพ.ศ.2553 การเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ โรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส ยาต้านไวรัสเอชไอวี การเสริมแรงจิตใจ ในการรักษา การติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัดจะใช้ช่องทางสื่อสารทางโทรศัพท์และถ้าไม่สามารถติดต่อได้ จะประสานกับกลุ่มอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเพื่อไป เยี่ยมบ้าน ซึ่งระบบการให้บริการดังกล่าวสอดคล้อง กับการศึกษาของรัตนา พันธุ์พานิช และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่ากระบวนการให้บริการของคลินิกยาต้านไวรัส เอชไอวีของแต่ละโรงพยาบาลจะมีแบบบันทึก เฉพาะที่จัดทำขึ้น มีการประเมินปัญหาและติดตาม ผลการรักษาซึ่งจะปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการ ปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดกิจกรรม

เตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยก่อนเริ่มยาต้านไวรัส เอชไอวี รวมทั้งใช้วิธีการสื่อสารทางโทรศัพท์และ การเยี่ยมบ้านโดยกลุ่มอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเพื่อ ติดตามผู้ป่วยกรณีขาดนัด ในส่วนของขบวนการให้ คำปรึกษาจะปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการด้าน การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวมซึ่ง ครอบคลุมในเรื่องการส่งเสริมเพศสัมพันธ์ที่ ปลอดภัย และการวางแผนครอบครัว ในด้านสังคม และเศรษฐกิจจะส่งต่อผู้รับบริการไปยังหน่วยงาน สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ซึ่งไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของ รัตนา พันธุ์พานิช และคณะ ที่ พบว่าคลินิกให้คำปรึกษาจะให้บริการปรึกษาด้าน การเจ็บป่วย การรักษา ด้านครอบครัว สังคมและ เศรษฐกิจ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า มีหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วย เหลือด้านสังคม เศรษฐกิจ แก่ผู้รับบริการและการ ปฏิบัติงานในรูปแบบดังกล่าวช่วยลดภาระงานของ พยาบาลให้คำปรึกษาที่มีจำนวนบุคลากรที่น้อยลงได้

ในด้านผลลัพธ์ในมุมมองผู้ให้บริการ ประเมินจากร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ ติดตาม CD4 และ viral load จากข้อมูลผลการ ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2554 พบว่าร้อยละของผู้ ที่ได้รับการตรวจติดตาม CD4 2 ครั้งใน 1 ปี มีจำนวนร้อยละ 87.63 และร้อยละของผู้ที่ได้รับการ ตรวจ viral load 1 ครั้งใน 1 ปี มีจำนวนร้อยละ 98.53 ทั้งนี้เนื่องจากการนัดตรวจ CD4 และ viral load จะไม่สัมพันธ์กับวันที่มารับยาต้านไวรัสทำให้ ผู้ป่วยบางรายไม่มาตรวจตามนัด

ส่วนในมุมมองผู้รับบริการ ประเมิน จากระดับการให้บริการพบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับ บริการที่ได้รับจริงทั้งโดยรวมและรายด้านมีค่าสูงกว่า คะแนนเฉลี่ยระดับบริการที่ต้องการได้รับทั้งโดยรวม และรายด้าน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูเพ็ญ วิบูลสันติ และคณะที่ศึกษาในโรงพยาบาล



ชุมชน 16 แห่งในจังหวัดเชียงราย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของระดับบริการที่ได้รับจริงต่ำกว่าระดับบริการที่ต้องการได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จะมีกิจกรรมการจัดประชุมประจำปี เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในเรื่องของปัญหาและอุปสรรคในการมารับบริการ ทำให้การให้บริการของคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีมีการปรับปรุงการให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. ควรเพิ่มจำนวนพยาบาลให้คำปรึกษาในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อลดระยะเวลาในการรอรับบริการและเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ เนื่องจากในปัจจุบันพยาบาลให้คำปรึกษาจำนวน 1 คน ต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเป็นจำนวนมากซึ่งทำให้ไม่สามารถใช้เวลาแก่ผู้รับบริการได้เป็นเวลานานอาจทำให้ไม่สามารถคัดกรองปัญหาของผู้รับบริการได้
2. การเพิ่มเวลาในการรับยาต่อเนื่องในกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่ต้องพบแพทย์เพื่อลดจำนวนของผู้รับบริการในแต่ละครั้งซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาในการรอรับบริการ
3. ควรมีการปรับปรุงสถานที่ให้บริการเนื่องจากสถานที่ในปัจจุบันค่อนข้างคับแคบเมื่อเทียบกับจำนวนของผู้มารับบริการ

4. ควรมีการนำคอมพิวเตอร์มาช่วยในการบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกและประมวลผลในส่วนของผลทางห้องปฏิบัติการ

5. มีระบบการนัดรับยาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันเดียวกันเพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับผู้รับบริการ

สรุป

คุณภาพบริการคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ในมุมมองผู้ให้บริการซึ่งประเมินในด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม ส่วนในมุมมองผู้รับบริการซึ่งประเมินในด้านผลลัพธ์พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับบริการที่ได้รับจริงสูงกว่าระดับบริการที่ต้องการได้รับ ซึ่งแสดงว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการมารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ตามความมุ่งหมายเนื่องจากการให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้สัมภาษณ์ของอายุรแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลให้คำปรึกษาในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีและผู้มารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เสียสละเวลาช่วยตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. พวงทิพย์ รัตนะรัต และสุวดี ตีวงษ์. (2552). สรุปรายงานสถานการณ์โรคเอดส์. เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2553. เข้าถึงได้จาก http://epid.moph.go.th/Annual/Total_Annual.html
2. สรภิจ ภาคิณีพ. (2554). “นโยบายการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.” เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรพื้นฐานด้านเภสัชบำบัดโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) 21 กุมภาพันธ์ 2554.

3. ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล. นโยบายโครงการสนับสนุนยาด้านเอชไอวีในประเทศไทย. ใน: ปรีชา มณฑานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, สุทธิพร ภัทรชยากุล, ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์, บรรณธิการ. คู่มือสำหรับเภสัชกรการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน, 2551: 7-9.
 4. ปวีณา สนธิสมบัติ. เภสัชบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์. ใน: ปรีชา มณฑานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, สุทธิพร ภัทรชยากุล, ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์, บรรณธิการ. คู่มือสำหรับเภสัชกรการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน, 2551: 58.
 5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานกรมควบคุมโรคด้านโรคเอดส์สำหรับสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2554 : 2-5.
 6. ชูเพ็ญ วิบุลสันติ, วัชรินทร์ ไชยถา, อัญชลี เพิ่มสุวรรณ, รัตนาภรณ์ อววิพันธ์, ชุณัฐฐา กิตติโสภี. การประเมินความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการ ความพึงพอใจ และความตั้งใจของผู้ป่วยในงานบริการเภสัชกรรมของโครงการยาด้านเชื้อไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย. CMU. Journal 2550; 1: 177-196.
 7. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, เพณณิมาท์ โอเบอร์ ดอร์เฟอร์, จิราพร สุวรรณธีรางกูร, ตาราวรรณ ต๊ะปันตา, ฟิลลิป เกส. ระบบบริการคลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาใน 4 จังหวัดภาคเหนือตอนบน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1: 132-144.
 8. อัญชลี คำกำจร. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาด้านไวรัสที่โรงพยาบาลเชียงคานจังหวัดเลย. รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
 9. รัตนา พันธุ์พานิช และคณะ. (2547). โครงการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการยาด้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย. เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2553. เข้าถึงได้จาก <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/1477>
-