



กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

วารสาร โรคเอดส์

ISSN 2651-0987

<http://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>

ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - กันยายน 2564

- คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อการจัดบริการและการกดไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับบริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คลินิกติดยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
- การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน
- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและรายงานผู้ป่วย 1 ราย
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชวชะภูเก็ท
- การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลสงขลา



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารโรคเอดส์

ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 มิ.ย.-ก.ย. 2564

สารบัญ

หน้า

คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อการจัดการบริการและการกดไวรัสในกระแสเลือด ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับบริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง ณ คลินิกเตมียา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นิตยา ดาววงศ์ญาติ	102
การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน สิริพร ภิชัยทัฬห์ นุชนารถ แก้วดำเกิง จุฑามาศ มากบุญชร ศิริกุล ชัยเจริญ เบญจมาศ ใจงาม เกติณี เขียนวารี	111
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่จอตาและรายงานผู้ป่วย 1 ราย จุฬานาด เกตุกำพู	123
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต กัญญา พงศ์สืบ	139
การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว ประจักษ์ เทิกขุนทด	151



Thai AIDS Journal

Volume 33 No. 3 Jun-Sep 2021

Page

QUALITY OF LIFE, SATISFACTION OF SERVICE AND VIRAL LOAD SUPPRESSION OF HIV INFECTED PATIENTS WITH DIFFERENTIATED CARE SERVICE AT REFIL CLINIC SUNPRASITTI PRASONG HOSPITAL

102

Nidtaya Dawvongyad

DEVELOPMENT OF MODEL OF SKILLS TRAINING ACTIVITY TO ENHANCE HEALTH LITERACY ABOUT HIV AND STIs TO PROMOTE THE USE OF CONDOM AMONG ADOLESCENTS AND YOUTHS

111

Siriporn Piyayothai, Nuchanart Kaeodumkoeng, Juthamat Makkunchorn, Sirikoon Chaijareern, Benjamard Jaingam, Kesinee Khainwaree

NURSING CARE OF PATIENTS INFECTED WITH CYTOMEGALOVIRUS RETINA (CMVR) AND REPORTED 1 CASE

123

Chulanart Ketkumpu

FACTORS RELATED TO THE ABSENCE OF TREATMENT APPOINTMENTS OF THE PATIENTS WITH HIV / AIDS IN VACHIRA PHUKET HOSPITAL

139

Kanya Phruetthisueb

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

151

Prajak Herkkhunthod

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ เผยแพร่โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และนักวิจัยได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงานวิชาการและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี อันเป็นแหล่งค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการต่อไป ซึ่งเนื้อหาบทความ/ผลงานวิจัย ที่ลงพิมพ์นำเสนอข้อมูลข่าวสาร วิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และส่งเสริมสนับสนุนองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

บรรณาธิการ	นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิศัลย์ มูลศาสตร์	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วิวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณดี	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลย์	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑินี วสันติอุบุโธการ	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	รศ.พญ.วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รศ.ดร.สุนธรา คงศีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มนีรัตน์ ธีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	อ.นันทวัน ยันตะดิลก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.ตุลิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	ผศ.ดร.รณภูมิ สามัคคีคารมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
	ผศ. ศักดิ์ชัย เดชตรียรัตน์	นักวิชาการอิสระ
	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	นักวิชาการอิสระ

ผู้จัดการ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สำนักงานผู้จัดการ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4

เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราคนราดูร ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

ผู้ประสานงาน นางสาวผกามาศ แดงคูหา โทร. 0 2590 3289, 3291

E-mail: aidsstijournal@gmail.com

ระบบรับ-ส่งบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>

กำหนดออก: ตุลาคม-มกราคม, กุมภาพันธ์-พฤษภาคม, มิถุนายน-กันยายน

Thai AIDS Journal

Thai AIDS Journal is an academic journal Published by Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Objective

To encourage workers Public health personnel and researchers have the opportunity to disseminate academic and knowledge works Associated with AIDS, tuberculosis, sexually transmitted diseases. And hepatitis B and C As a research source Further academic reference, Which content articles / research results That is published and presents information Advances in Health Sciences And to promote knowledge support for medical and public health personnel So that it can be applied to the public service In the prevention and treatment of AIDS and sexually transmitted diseases is the most beneficial.

Editor in chief:	Wiwat Rojanapithayakorn	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Editorial boards:	Taweasap Siraprasasi	Department of Disease Control
	Visal Moolasart	Department of Disease Control
	Pornsak Yoocharoen	Department of Disease Control
	Weerawat Manosuthi	Department of Disease Control
	Sumet Ongwandee	Department of Disease Control
	Rossaphorn Kittiyaowamarn	Department of Disease Control
	Monthinee Vasantiuppapokakorn	Department of Disease Control
	Parichart Chantcharas	Department of Disease Control
	Siriphan Saengaroen	Department of Medical Sciences
	Assoc. Prof. Wattana Sukeepaisarnjaroen	Faculty of Medicine, Khon Kaen University
	Assoc. Prof. Dr. Sukhontha Kongsin	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Assoc. Prof. Dr. Manirat Therawiwat	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Nunthawan Yuntadilok	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Asst. Prof. Dr. Dusita Phuengsamran	Institute for Population and Social Research, Mahidol University
	Asst. Prof. Dr. Sirima Mongkolsomlit	Faculty of Public Health, Thammasat University
	Asst. Prof. Dr. Ronnapoom Samakkeekarom	Faculty of Public Health, Thammasat University
Journal manager:	Akechitra Sukkul	The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) (HA)
	Asst. Prof. Sakchai Dettrairat	Academician
	Sombat Thanprasertsuk	Academician
Manager office:	Director, Division of AIDS and STIs Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health Department of Disease Control 2nd Building, 4th Floor, 88/21 Moo 4 Tumbol Talat Khwan, Amphoe Mueang Nonthaburi, Nonthaburi, Thailand. 11000 Tel. (+66) 2590 3289, 3291	
Cover designer:	Boonyarit Mabklang	
Journal Coordinator:	Phakamat Tangkuha E-mail: aidsstijournal@gmail.com Tel. (+66) 2590 3289, 3291	
Submit your articles:	https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index	
Publication schedule:	October-January, February-May, June-September.	

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ยินดีต้อนรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. ประเภทของบทความที่เผยแพร่โดยวารสารโรคเอดส์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า โดยใส่เลขหน้าบนมุมขวากำกับทุกหน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์สรุป โดยมีการอ้างอิงเอกสารที่เป็นปัจจุบันทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

รายงานผู้ป่วย บทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น และสรุป

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้นได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) และสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ในกรณีที่ผู้เขียนหลายคนควรระบุชื่อตามการมีส่วนร่วมในบทความ และมีการใส่เครื่องหมายดอกจันในรูปแบบ ด้วยกหลังนามสกุลของผู้เขียนทุกคน ซึ่งเชื่อมโยงกับหน่วยงาน สถาบัน หรือสังกัด ของผู้เขียนแต่ละคน

เนื้อเรื่อง ควรเป็นภาษาไทยให้มากที่สุดและภาษาที่ใช้ควรเข้าใจง่าย กระชับ และชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจ หากมีการใช้ตัวย่อควรใช้คำที่สมบูรณ์เป็นครั้งแรกในข้อความหลัก

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่เกิน 300 คำ และเขียนเป็นร้อยแก้ว มีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีการเอกสารอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ โดยบทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำผลไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. หากเป็นการอ้างอิงวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

หมายเหตุ: การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกต้อง จะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

การอ้างอิงเอกสารสำหรับวารสารโรคเอดส์ ผู้เขียนควรอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ ในกรณีที่เอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ผู้เขียนใส่วงเล็บหลังการอ้างอิงว่า In Thai (in Thai)

3.1 บทความวารสาร (Articles in Journals)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).
ในกรณีที่ผู้แต่งมากกว่า 6 คน จะมีรายชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma-,) ตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009; 361:1529-38.
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

1. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

2. รังสรรค์ ปัญญาญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

ข.การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ /editor(s).ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราภรณ์, ประอร ขวลิธธำรง, พิกพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology.Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15–19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Bengtsson S, Solheim BG.. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561–5.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปี ที่ได้ปริญญา.
ตัวอย่าง

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.
2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปี พิมพ์
[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://>.

ตัวอย่าง

1. Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick-In-terpretation/dp/3540777717#reader_3540777717
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

ในกรณีที่เป็นการบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal)
[ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้
จาก/Available from: <http://>.

ตัวอย่าง

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

4.การส่งต้นฉบับ

4.1 การพิมพ์

- ◆ พิมพ์โดยใช้โปรแกรม MS-Word แบบอักษรควรเป็น TH Sarabun New ขนาด 16 pt
- ◆ การใช้ทศนิยม สามารถใช้ทศนิยมหนึ่งหรือสองตำแหน่งได้ และใช้ให้เหมือนกันทั้งเอกสาร
- ◆ ข้อมูลอ้างอิงควรเป็นภาษาอังกฤษ
- ◆ ภาพประกอบ แผนภาพ หรือรูปภาพควรเป็นภาพที่มีความคมชัดสูง คำอธิบายควรเขียนแยกกัน ไม่ควรเขียนไว้บนภาพ
- ◆ รูปแบบตารางต้องสร้างขึ้นใหม่ในโปรแกรม MS-Word ไม่ควรใช้เป็นตารางที่เป็นรูปภาพ

4.2 การส่ง

- ◆ ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความฯ ของตนเอง ผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/index>
- ◆ ดำเนินการลงทะเบียน สมัครสมาชิก (Register)
- ◆ ดำเนินการ log in เข้าสู่ระบบ เลือก “ส่งบทความใหม่” กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกขั้นตอน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)
- ◆ ผู้เขียนจะได้รับ Email ยืนยัน การส่งต้นฉบับ จากระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 ต้นฉบับที่ผู้เขียนส่งมา วารสารโรคเอดส์จะดำเนินการส่งต่อให้ Peer reviewer อย่างน้อย 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 วารสารโรคเอดส์ จะดำเนินการแจ้งผลการพิจารณา ตอบรับ หรือมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขปรับปรุง/ปฏิเสธ การเผยแพร่บทความฯ ในวารสารโรคเอดส์ ผ่านระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์

5.3 เรื่องที่ผ่านการพิจารณา และตอบรับการเผยแพร่บทความฯ วารสารโรคเอดส์จะแจ้งและเผยแพร่ไฟล์บทความฯ ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ให้แก่ผู้เขียนและผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดได้ ระบบ ThaiJO 2.0 วารสารโรคเอดส์ (รายฉบับ)

ความรับผิดชอบ

บทความที่เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย และการวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)

จริยธรรมการตีพิมพ์

จรรยาบรรณการเผยแพร่วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ (Thai AIDS Journal) ได้รับการเผยแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันและเผยแพร่ความก้าวหน้าในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบ และภัยคุกคามต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคไวรัสตับอักเสบบ และใช้เป็นเวทีในการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างบุคคลที่สนใจ นักวิชาการและผู้ที่มีส่วนร่วมในการควบคุมโรค

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การเผยแพร่บทความ ควรขึ้นอยู่กับเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารโรคเอดส์ และมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้เพื่อให้แน่ใจว่าบทความที่เผยแพร่ในวารสารไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่นต้องดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้เขียนบทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้น ๆ
2. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีการศึกษาที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือสมควร เผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์หรือไม่
3. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความและผู้เขียนในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียน
4. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
5. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประโยชน์ของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่ผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความและผู้เขียน
6. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ
7. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารโรคเอดส์อย่างเคร่งครัด
8. บรรณาธิการต้องรักษามาตรฐานของวารสารโรคเอดส์ รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยเสมอ
9. ทำการชี้แจง การแก้ไขด้วยความเต็มใจ การทำให้เกิดความกระจ่าง การถอน และการขออภัย หากจำเป็น

บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้เขียนต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์แล้ว

2. ผู้เขียนจะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
3. ชื่อคณะผู้เขียนที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวคิดการออกแบบการศึกษา/วิจัย การดำเนินการ และการวิเคราะห์ ตีความผลการศึกษา/วิจัย ที่นำไปสู่บทความ
4. หากบทความที่เสนอพิจารณาเผยแพร่ในวารสารโรคเอดส์มีความเกี่ยวกับในเรื่องมนุษย์ ผู้เขียนจะต้องระบุหลักฐานว่าโครงร่างการวิจัยดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว
5. ผู้เขียนจะไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาบทความของตนเอง
6. ผู้เขียนจะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพหรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ทางวารสารโรคเอดส์ จะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)
7. ในบทความ ผู้เขียนจะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จหรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือเลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป
8. หากเป็นไปได้ ผู้เขียนจะต้องขออนุญาต จากผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษา ก่อนที่จะระบุชื่อไว้ในกิตติกรรมประกาศ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่าตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้ใดที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารโรคเอดส์ทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความและไม่นำข้อมูลบางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ คุณภาพของการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงานหรือระบุผลงานวิจัยที่สำคัญ ๆ และสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน และผู้ประเมินไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือนหรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องดำเนินการแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารโรคเอดส์กำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อการจัดบริการและการกดไวรัสในกระแสเลือด
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับบริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง
ณ คลินิกเติมยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

QUALITY OF LIFE, SATISFACTION OF SERVICE AND VIRAL LOAD
SUPPRESSION OF HIV INFECTED PATIENTS WITH DIFFERENTIATED
CARE SERVICE AT REFILL CLINIC SUNPRASITTHIPRASONG HOSPITAL

นิตยา ดาววงศ์ญาติ

Nidtaya Dawwongyad

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

Sunprasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani Province

Received: 03/04/2021

Revised: 11/05/2021

Accepted: 20/05/2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อระบบบริการ และการกดไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับบริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง (Differentiated Care Service) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการ ณ คลินิกเติมยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 9-THAI และความพึงพอใจด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 470 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม-30 พฤศจิกายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.19 มีคะแนนสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.48 ± 13.54 และร้อยละ 79.57 มีคะแนนสุขภาพทางใจอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.25 ± 16.63 ความพึงพอใจต่อการให้บริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.44 มีความพอใจมากถึงมากที่สุด และสามารถกดไวรัสในกระแสเลือดได้ร้อยละ 99.15

สรุปผลการศึกษา การบริการรูปแบบให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลางเป็นการบริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยให้กดไวรัสในกระแสเลือดได้

Abstract

This research aimed to study the quality of life (QOL), satisfaction of service and viral load suppression of HIV infected patients after The Differentiated care service was operated. The sample of HIV infected patients at refill clinic in Sunpasitthiprasong hospital. The cross sectional descriptive study collected quality of life data by 9-items Thai Health status Assessment Instrument and satisfaction of service data by questionnaires from 470 subjects who selected by simple random between 1 August-30 November 2018. Descriptive statistics was used for data analysis.

The results revealed that 93.19 % of subjects had physical health score at good level in average at 43.48 ± 13.54 , 79.57 % had mental health score at good level in average at 32.25 ± 16.63 that meant they had physical and mental health liked healthy thai people. The satisfaction of services study revealed that 97.44 % of subjects answered satisfied plus very satisfied and they could suppress viral load at 99.15 %

The conclusion is the differentiated care service was the service that HIV infected patients were satisfied, had good quality of life and could suppress viral load.

คำสำคัญ

การบริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ ปริมาณไวรัส

Keywords

The differentiated care service,
Quality of life, Satisfaction, Viral load

บทนำ

เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 เป็นเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ และประเทศไทยได้นำมาใช้เป็นเป้าหมายของประเทศ ระยะแรกวางเป้าหมายในปี พ.ศ. 2563 ไว้ 3 เป้าหมาย คือ ร้อยละ 90 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับทราบ สถานการณ์ติดเชื้อ ร้อยละ 90 ของผู้ที่มีผลเลือดบวก ได้รับการรักษา และร้อยละ 90 ของผู้ที่ได้รับยาต้าน เอชไอวีสามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ และตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี พ.ศ.2560⁽¹⁾ แนะนำให้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศรวมทั้ง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีจำนวนมากและมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี ในขณะที่ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนบุคลากรจำกัดซึ่งอาจ ผลกระทบถึงคุณภาพบริการ ภาระงาน และความ พึงพอใจของผู้รับบริการ เช่น ระยะเวลาในการรอรับ บริการนาน ด้านผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ค่าเดินทาง ต้องหยุดงานไม่ได้มาทำงานในวันที่มาโรงพยาบาล ในปี 2558⁽²⁾ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้เสนอแนะและสนับสนุนให้ หลายประเทศให้นำรูปแบบให้ความสำคัญกับผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง (Differentiated Care Service) ไปปรับ

ระบบบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ รูปแบบที่ได้ดำเนินการ⁽³⁾ เช่น การจ่ายยาต้านไวรัส นาน 6 เดือน (6-Month Multi-Month Dispensing: MMD) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาการคงที่มารับยาเพิ่ม จากเดิมทุกเดือนเปลี่ยนมาเป็นทุก 6 เดือน การมารับยา เพิ่มโดยช่องทางด่วน (Fast-Track Refills) โดยมารับ ยาทุก ๆ 3-6 เดือน โดยไม่พบแพทย์ทุกครั้งจะเข้า ช่องทางด่วนรับยากับเภสัชกรหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ โดยตรง ทำให้ไม่ต้องเสียเวลารอคอยนาน การให้บริการ ยาต้านไวรัสโดยกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการ นัดพบติดตามการรักษา การมารับยาเพิ่มและการให้ คำปรึกษาในชุมชน เป็นต้น รูปแบบ Differentiated Care ต่าง ๆ เหล่านี้ได้มีการศึกษาในประเทศแอฟริกา⁽⁴⁻⁶⁾ ได้รับการยอมรับว่า ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการคงอยู่ ในการรักษาและการกินยาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้ง ลดภาระงาน ลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ แต่ในแง่ของ ผู้รับบริการที่เรายึดเป็นศูนย์กลางยังไม่มีมารายงาน ว่าเป็นเช่นไร ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยนี้ขึ้นมา เพื่อดูผลในแง่ของผู้รับบริการว่าหลังจากโรงพยาบาล มีการปรับบริการแบบให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง โดยจ่ายยาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ นานขึ้นจากทุก 2-3 เดือน มาเป็น 4 เดือน ผู้รับบริการ มีคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อการบริการเป็นอย่างไร และในด้านผลการรักษาผู้รับบริการมีการควบคุมปริมาณ

ไวรัสในกระแสเลือดเป็นอย่างไร โดยเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย และเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศไทยใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่กลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อระบบบริการและการกดไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Differentiated Care Service)

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – sectional descriptive study)

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการที่คลินิกเติมยา (Refill clinic) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม-30 พฤศจิกายน 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า-ออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
2. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกยาต้านไวรัส ที่เคยได้รับการจ่ายยานานประมาณ 4 เดือน มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี
5. รับประทานรายละเอียดของการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ที่มีความพิการด้านสายตาไม่สามารถมองเห็นตัวหนังสือได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยสูตร

คำนวณโดยสูตรของ Taro Yamane (ทาโร ยามาเนะ):

$$n = N \div (1 + Ne^2)$$

n คือ จำนวนแบบสอบถามที่ต้องการเก็บ

N คือ จำนวนผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในคลินิกยาต้านไวรัส ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2561 ซึ่งมีจำนวน 1,672 ราย

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อน โดยงานวิจัยนี้ใช้ค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05

$$n = 1,672 / (1 + 1,672 * 0.05^2)$$

$$= 1,672 / 5.18 = 330 \text{ ชุด เพื่อสูญเสีย}$$

เอกสาร 40 % คือ 140 ชุด

รวมเก็บแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 470 ชุด

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากจากประชากร จำนวน 1,672 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิต 9-THAI และแบบสอบถามความพึงพอใจ โดยทำการประเมินหลังจากโรงพยาบาลมีการปรับการให้บริการไปแล้ว 1 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างกรอกด้วยตัวเอง ส่วนการกดไวรัสในกระแสเลือด จะนำผลการตรวจครั้งล่าสุดหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการจ่ายยานาน 4 เดือนมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจคุณภาพชีวิต 9-THAI⁽⁷⁾

จำนวน 9 ข้อ

คือ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 9-THAI (9-items Thai Health status Assessment Instrument) ประกอบด้วย มิติด้านสุขภาพกาย 4 ข้อ มิติด้านสุขภาพใจ 3 ข้อและคำถามประเมินภาพรวมอีก 2 ข้อดังนี้

1. การเคลื่อนไหว (mobility) 2. การดูแลตนเอง (self-care) 3. การทำงานนอก/ในบ้าน (usual work) 4. ความเจ็บป่วยไม่สบาย (illness/discomfort) 5. ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า (anxiety/depressed) 6. สังคม (social)

functions 7. การมีสมาธิ/จดจำ (cognition) ส่วนที่เหลืออีก 2 ข้อ เป็นคำถามประเมินภาพรวมของสุขภาพทั่วไปที่ไม่นำมาคิดคะแนนคือ 8. เปรียบเทียบสุขภาพในปัจจุบันกับปีที่แล้ว และ 9. เปรียบเทียบตัวเองกับผู้อื่นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเช่นเดียวกัน แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง รุนแรงมาก 2 คะแนน หมายถึง รุนแรง 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย สำหรับการแปลผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อ้างอิงการแปลผลจากการศึกษา ของวัลลี ระวีวรรณ⁽⁸⁾ และอารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา ตรุณี จันทรเลิศ⁽⁹⁾ ซึ่งจัดระดับการแปลผลได้ดังนี้

- คะแนนคุณภาพชีวิตทางกาย >20 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี อยู่ในช่วงเดียวกับคนไทยปกติ สุขภาพดีในเพศและอายุเดียวกัน ไม่พบปัญหาสุขภาพกายที่รุนแรง

- คะแนนคุณภาพชีวิตทางกาย 0-20 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนไทยปกติสุขภาพดี ในเพศและอายุเดียวกัน ควรเฝ้าระวังความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น

- คะแนนคุณภาพชีวิตทางกาย <0 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตแย่

- คะแนนคุณภาพชีวิตทางใจ >20 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี อยู่ในช่วงเดียวกับ คนไทยปกติสุขภาพดีในเพศและอายุเดียวกัน ไม่พบปัญหาสุขภาพใจที่รุนแรง

- คะแนนคุณภาพชีวิตทางใจ 0-20 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนไทยปกติสุขภาพดี ในเพศและอายุเดียวกัน ควรเฝ้าระวังความรุนแรงของปัญหาสุขภาพใจที่เกิดขึ้น

- คะแนนคุณภาพชีวิตทางใจ <0 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตแย่

สำหรับคุณสมบัติของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตนี้ จากการศึกษาของวัลลี ระวีวรรณ⁽⁸⁾ พบว่าเครื่องมือนี้มีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1 ผลทดสอบความสอดคล้องภายในของ

เครื่องมือ (Internal consistency) ได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98 และจากการศึกษาของอารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา⁽⁹⁾ พบว่าเครื่องมือนี้มีความตรงตามเกณฑ์ชนิดทำนาย (predictive criterion validity)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ (ปรับจากแบบสำรวจความพึงพอใจของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽³⁾)

ส่วนที่ 3 แบบเก็บข้อมูลปริมาณไวรัสในกระแสเลือด

จากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ OPServ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยจะเก็บข้อมูลจากผลการตรวจเลือดครั้งล่าสุดของปีงบประมาณ 2561

ระยะเวลาในการศึกษา

ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ วันที่ 1 สิงหาคม - 30 พฤศจิกายน 2561 โดยก่อนจะเริ่มเก็บข้อมูลได้ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์กับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้รับอนุมัติในวันที่ 19 กรกฎาคม 2561 รหัสเอกสารรับรองคือ 046/2561

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย และเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 49.37 และ 50.63 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานคือมีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี เฉลี่ย 44 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 35.96 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 44.04 อาศัยอยู่ภายในอำเภอเมือง ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในขณะที่ร้อยละ 55.96อยู่นอกเขตโรงพยาบาลต้องเดินทางมารับบริการในโรงพยาบาล และในจำนวนนั้นมีถึงร้อยละ 18.51 ที่ต้องเดินทางมาจากต่างจังหวัดเพื่อมารับยา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)(เฉลี่ย 43.93 ± 9.05 ปี)		
ต่ำกว่า 21 ปี	3	0.64
21-40	136	28.93
41-60	319	67.86
มากกว่า 60 ปี	12	2.57
เพศ		
หญิง	238	50.63
ชาย	232	49.37
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.43
ประถมศึกษา	169	35.96
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	88	18.72
มัธยมศึกษาตอนปลาย	99	21.06
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	37	7.87
ปริญญาตรี	63	13.40
สูงกว่าปริญญาตรี	12	2.56
ที่อยู่อาศัย		
อาศัยอยู่จริงในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี	207	44.04
อาศัยอยู่จริงในต่างอำเภอ เขต จ.อุบลราชธานี	168	35.74
อาศัยอยู่จริงในต่างจังหวัด	47	10.00
มีภูมิลำเนาใน อ.เมืองอุบลราชธานีแต่ทำงานต่างจังหวัด	18	3.83
มีภูมิลำเนาในต่างอำเภอ เขต จ.อุบลราชธานี แต่ทำงานต่างจังหวัด	22	4.68
อื่น ๆ	8	1.71

ส่วนในเรื่องคุณภาพชีวิต จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีคะแนนสุขภาพทางกายเฉลี่ยเท่ากับ 43.48 ± 13.54 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี อยู่ในช่วงเดียวกับคนไทยปกติ สุขภาพดี ในเพศและอายุเดียวกัน ไม่พบปัญหาสุขภาพกายที่รุนแรง และส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตทางกายอยู่ในระดับดีร้อยละ

93.19 ส่วนคะแนนสุขภาพทางใจเฉลี่ยเท่ากับ 32.25 ± 16.63 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี อยู่ในช่วงเดียวกับคนไทยปกติ สุขภาพดีในเพศและอายุเดียวกัน ไม่พบปัญหาสุขภาพใจที่รุนแรง และส่วนใหญ่ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านใจอยู่ในระดับดีร้อยละ 79.57 (ตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพกาย		
ระดับ ดี	438	93.19
ระดับ ต่ำ	23	4.89
ระดับ แย่	9	1.92
สุขภาพใจ		
ระดับ ดี	374	79.57
ระดับ ต่ำ	76	16.17
ระดับ แย่	20	4.26

ตารางที่ 3 คะแนนสุขภาพกายและใจ

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคุณภาพชีวิต
คะแนนสุขภาพกาย	43.48	13.54	ดี
คะแนนสุขภาพใจ	32.25	16.63	ดี

ส่วนผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มพบว่า ส่วนมาก มีความพอใจมากถึงมากที่สุดต่อการให้ตัวอย่างต่อบริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นบริการแบบนี้ ถึงร้อยละ 97.44 (ตารางที่ 4) ศูนย์กลางของคลินิกเดิมยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการบริการของคลินิกเดิมยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
พอใจมากที่สุด	341	72.55
พอใจมาก	117	24.89
ปานกลาง	7	1.49
ไม่พอใจ	3	0.64
ไม่พอใจมาก	2	0.43

การมารับยาเพิ่มโดยช่องทางด่วน (Fast - Track Refills) โดยไม่ต้องพบแพทย์ทุกครั้ง ทางคลินิกเดิมยาได้ดำเนินการแนะนำให้มีการจ่ายยาด้านไวรัสนาน 6 เดือน (6 - Month Multi-Month Dispensing: MMD) ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ แต่สุดท้ายทางคลินิกเดิมยา ได้ปรับระยะเวลาการจ่ายยาเป็นทุก 4 เดือน หลังจากที่มีการปรับการจ่ายยาจากเดิมที่จ่ายยาประมาณ ครั้งละ 2 - 3 เดือน มาเป็นครั้งละประมาณ 4 เดือน แม้จะมีการจ่ายยาให้นานขึ้น กลุ่มตัวอย่างยังสามารถกดระดับไวรัสในกระแสเลือดได้ดี (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละของการกดระดับไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load: VL)

การกดระดับไวรัสในกระแสเลือด	จำนวน	ร้อยละ
≤ 50 Copies/ml	466	99.15
> 50 Copies/ml	4	0.85

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีคะแนนสุขภาพทางกายเฉลี่ยเท่ากับ 43.48 ± 13.54 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี อยู่ในช่วงเดียวกับคนไทยปกติสุขภาพดีในเพศและอายุเดียวกัน ไม่พบปัญหาสุขภาพกายที่รุนแรง และใกล้เคียงกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติและสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศในปี 2546 ที่พบว่าคนไทยทั่วไปมีคะแนนสุขภาพทางกายเฉลี่ยเท่ากับ $45.61^{(7)}$ และสูงกว่าการศึกษาของนิตยา ดาววงศ์ญาติ⁽¹⁰⁾ ในปี 2554 ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในคลินิกเดมยาตอนนั้นมีคะแนนสุขภาพทางกายเฉลี่ยเท่ากับ 30.75 ทั้งนี้เนื่องจากในปี 2554 มีการจ่ายยารั้งละประมาณ 2-3 เดือน กลุ่มตัวอย่างครั้งนั้นต้องมียุงยากลำบากเห็นเหนื่อยในการเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในการศึกษาของวัลลี ระวีวรรณ⁽⁹⁾ พบผู้ป่วยโรคไตมีสุขภาพทางกายเฉลี่ยเท่ากับ 30.74 ± 22.83 ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีภาวะเจ็บป่วยจากโรคเอดส์ มีสุขภาพแข็งแรง ต่างจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการเสื่อมลงของไต ส่วนด้านสุขภาพทางใจกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.25 ± 16.63 ใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในการศึกษาของวัลลี ระวีวรรณ⁽⁹⁾ ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.07 ± 18.46 แต่ต่ำกว่า คนไทยทั่วไปจากผลสำรวจในปี 2546 ซึ่งมีคะแนนสุขภาพทางใจเฉลี่ยเท่ากับ $47.62^{(7)}$ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวียังคงมีปัญหาเรื่องการตีตราในสังคมไทย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนหนึ่ง

มีความวิตกกังวล/ซึมเศร้า (Anxiety/Depressed) ได้ โดยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนคนไทย ปี 2557 พบว่าคนไทยถึงร้อยละ 58.6⁽¹¹⁾ ยังมีทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของนิตยา ดาววงศ์ญาติ⁽⁹⁾ พบว่าในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาพใจสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในปี 2554 ที่มีคะแนนสุขภาพทางใจเฉลี่ยเพียง 18.51 ถือว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรปกติ ทั้งนี้ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีหลายปีผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจเริ่มปรับตัวได้ และสถานการณ์การตีตราในสังคมไทยดีขึ้นมีการวางแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ 2555-2559 ของประเทศไทย เพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าปัจจัยใดแนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านใจของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากไม่ได้มีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมีข้อด้อยเนื่องจากการนำแบบสำรวจคุณภาพชีวิต 9-THAI มาใช้ในการศึกษานี้ไม่ได้มีการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) และความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) กับประชากรที่ศึกษา

ส่วนการกดไวรัสในกระแสเลือด จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกดไวรัสในกระแสเลือดได้มากถึงร้อยละ 99.15 ถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาลจะได้ปรับบริการขยายการจ่ายยาให้นานมากขึ้นเป็น 4 เดือนตามหลักการของการให้บริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง และไม่แตกต่างจากผลการศึกษาของ Hagey JM, Li X, Barr-Walker J และคณะ⁽⁴⁾ และผลการศึกษาของ Mutasa-Apollo T และคณะ⁽⁵⁾ ที่ให้บริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง

เช่นเดียวกัน นอกจากด้านผลทางการรักษาแล้ว การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้สำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างด้วยพบว่าส่วนมากถึงร้อยละ 97.44 มีความพอใจมากถึงมากที่สุดต่อการให้บริการแบบนี้

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าการให้บริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Differentiated Care Service) เช่น การขยายเวลาการจ่ายยาให้นานขึ้น การจัดแยกกลุ่มคนไข้สุขภาพดีไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ออกจากคนไข้ที่เจ็บป่วยเป็นรูปแบบบริการที่ดีต่อผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีผลการรักษาที่ดีสามารถกดไวรัสในกระแสเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาผลของปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น เศรษฐฐานะทางสังคม การเป็นกลุ่มเพศทางเลือก ผู้ใช้สารเสพติด หญิงหรือชายให้บริการทางเพศ เป็นต้น เพื่อจะได้นำมาจัดบริการให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาด้าน Cost effectiveness ของการให้บริการแบบนี้ เพื่อที่จะได้มองเห็นผลที่ได้รับจากการให้บริการได้ครอบคลุมทุกมิติ
3. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรจะมีการศึกษาแบบเชิงทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ที่ได้รับบริการตามรูปแบบทั่วไป กับกลุ่มให้บริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Differentiated Care Service) เพื่อจะได้ทราบความแตกต่าง ข้อดี ข้อด้อย ของแต่ละระบบบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. Kiet Rakrngtham, Thanyawee Puthanakit, Opas Phuththacharoen, Kulkanya Chokephaibulkit, Winai Rattanasuwan, Sasisopin Kiatburanakul, et al. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2017. Sumet
2. Ongwande, Sasisopin Kiatburanakul, Anchalee Avihingsanon, Akechitra Sukkul, Rangsimalekha, Editors, Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand. Limited (TH); 2017. (in Thai)
3. World Health Organization. What's new in service delivery, Fact sheet: HIV treatment and care [Internet]. November 2015. [cited 2018 May 20]. Available from: <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv2015-service-delivery-factsheet/en/>
4. Rangsimalekha, Worawan Faikratok. Guide-line on Differentiated Care for Antiretroviral Treatment Service Delivery for Stable People Living with HIV in Thai Health Care Setting. Patcharaphon Phawaphutanon, Nuchanart Yimyai, Editor. Bangkok: Radiation Co., Ltd. (TH); 2020. (in Thai)
5. Hagey JM, Li X, Barr-Walker J, Penner J, Kadima J, Oyaro P, et al. Differentiated HIV care in sub-Saharan Africa: a scoping review to inform antiretroviral therapy provision for stable HIV-infected individuals in Kenya. AIDS Care. 2018; 30: 1477-1487.
6. Mutasa-Apollo T, Ford N, Wiens M, Socias ME, Negussie E, Wu P, et al. Effect of frequency of clinic visits and medication pick-up on antiretroviral treatment outcomes: A systematic literature review and meta-analysis. Journal of the International AIDS Society 2017; 20 (S4). 88-98.
7. Catherine Barker, Arin Dutta, Kate Klein. Can differentiated care models solve the crisis in HIV treatment financing? Analysis of prospects for 38 countries in sub-Saharan Africa. J Int AIDS Soc. 2017; 20(Suppl 4): 21648.

7. Wiroj Tangcharoensathien, Areewan Cheawchanwattana, Chulaporn Limwattananon, Jitpranee Vaswit, Sanguanluekiet Bundit, Chirawan Boonperm. Thai Health Status Report: Analysis of Data from Health and Welfare Survey 2003. *Journal of Health Science*. 2006; 15(4): 515-27.
8. Wanlee Rawiwan. Quality of Life among Hemodialysis Patients at Chalermprakiet Hemodialysis Unit Phang-Nga Hospital. *Southern Regional Primary Health Care Journal*. 2020; 34(2): 6-17.
9. Areewan Cheawchanwattana, Darunee Chunlertrith. Predictive Criterion Validity of a Health-Related Quality of Life 9-THAI by Predicting Survival Rates in Dialysis Patients. *Journal of Nurses' Association of THAILAND, North-Eastern Division*. 2012; 30(2): 23-31.
10. Nidaya Dawvongyad. Quality of life of HIV infected and AIDS patients receiving antiretroviral drugs in Sappasitthiprasong hospital, Ubonratchathani Province by 9-items Thai Health status Assessment Instrument. *The Office of Disease Prevention and Control 7th Journal*. 2015; 13(2) : 16-28.
11. HIV INFO HUB. HIV Stigma and Discrimination [Internet]. [cited 2020 Sep. 20] Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย
ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน

DEVELOPMENT OF MODEL OF SKILLS TRAINING ACTIVITY TO
ENHANCE HEALTH LITERACY ABOUT HIV AND STIs TO PROMOTE
THE USE OF CONDOM AMONG ADOLESCENTS AND YOUTHS

สิริพร ภัยโยทัย

Siriporn Piyayothai,

นุชนารถ แก้วดำเกิง

Nutchanart Kaedumkoeng,

จุฑามาศ มากบุญชร

Juthamat Makkunchorn,

ศิริกุล ชัยเจริญ

Sirikoon Chaijareen,

เบญจมาศ ใจงาม

Benjamard Jaingam,

เกศินี เขียนวารี

Kesinee Khainwaree

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs

Received: 16/04/2021

Revised: 27/05/2021

Accepted: 21/06/2021

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีการ 4 ขั้นตอน คือ 1. การศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 2. การสร้างรูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน 3. จัดกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน และ 4. การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 19 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired sample's t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ประกอบด้วยกิจกรรมฝึกทักษะ 5 กิจกรรม ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้โดยใช้กลวิธีต่าง ๆ คือ เทคนิคการใช้ภาพ ใช้เครื่องมือตรวจสอบและบันทึกคะแนน เทคนิคการสอนกลับ การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ การสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม การตรวจสอบตามรายการ และการใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้นจาก 132.63 คะแนน เป็น 155.58 คะแนน และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่ารูปแบบกิจกรรมนี้ สามารถพัฒนาทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Abstract

This study is a research and development study. Using a 4 step method 1. The study of basic data for the development of health literacy 2. Develop the skill training activity model for enhancing health literacy HIV&STIs to promote the use of condoms among adolescents and youths 3. Experiment the skills training activities to enhance health literacy. HIV&STIs to promote the use of condoms among adolescents and youth; and 4. Evaluation and improvement of activity patterns. The sample consisted of 19 high school students. Data were collected by questionnaires before and after participating in the activity. Data analysis with statistics Distribution of frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired sample's t-test.

The results of the study showed that activities for skills training to enhance health literacy HIV&STIs to promote the use of condoms among adolescents and youths it consists of 5 skill training activities. Including accessibility skills, Understanding skills, Questioning skills, Decision making skills, and applying skills by using various strategies which are Fotonovela Technique Checklist & Scorecards Teach-back Technique Show-me Shame - free Chunk & Check Methods and Ask me 3. After participating in the activity to develop skills to enhance health literacy HIV&STIs to promote the use of condoms among adolescents and youths. The target group has an average score on health literacy HIV&STIs increased from 132.63 points to 155.58 points and was statistically significant ($p < 0.05$). The results of the study show that this activity pattern able to develop skills to enhance health literacy HIV&STIs to promote the use of condoms among adolescents and youths effectively.

คำสำคัญ

ความรู้ด้านสุขภาพ

เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อู้งายอนามัย

Keywords

Health Literacy,

HIV&STIs, Condom

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเอชไอวี ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ จากรายงานของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ ปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั่วโลก 38 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งสิ้น 1.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 690,000 คน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย จากการคาดประมาณด้วย Spectrum-AEM 2019 พบว่าในปี พ.ศ. 2563 คาดว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 462,376 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 4,855 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 11,882 ราย⁽²⁾ ถึงแม้ว่าจำนวนคาดการณ์การติดเชื้อ

เอชไอวีโดยรวมนั้นมีจำนวนลดลงกว่าปีที่ผ่านมา แต่กลับพบอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก (ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน และ ฝีมะม่วง/กามโรคต่อมน้ำเหลือง) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 - 2562) โดยมีอัตราป่วยจาก 23.0 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 33.8 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2562 โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี พบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงสุดคือ 124.4 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ สาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยพบว่า ร้อยละ 90 ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย⁽³⁾

โดยข้อมูลจากรายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มนักเรียน ประเทศไทย พบว่านักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ทั้งชายและหญิงเคยมีประสบการณ์ทางเพศแล้วถึงร้อยละ 40 ที่อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพียง 15 ปี และไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกถึงร้อยละ 30⁽⁴⁾ แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นและเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กล่าวคือ เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย และขาดการป้องกันอย่างถูกวิธี พฤติกรรมดังกล่าว มีสาเหตุจากหลายปัจจัย ที่สำคัญคือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงยังขาดทักษะทางการรับรู้และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพที่ระบุว่า บุคคลที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำจะมีความลำบากในการทำความเข้าใจ จัดจำข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ⁽⁵⁻⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมทางเพศ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียน พบว่าการเกิดโรค Herpes simplex virus type 2 มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ การใช้ถุงยางอนามัยในระดับต่ำ และนักเรียนที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง มีแนวโน้มการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ และมีความชุกของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่ำ⁽⁷⁾ จากความสำคัญนี้ การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ควรมุ่งเน้นที่การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีรูปแบบกิจกรรมที่สามารถพัฒนาทักษะที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน

ขอบเขตและวิธีการศึกษา

ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี โดยศึกษาข้อมูลเบื้องต้น จากผลการดำเนินงานยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ดังกล่าว ของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาสุขภาพ กรมควบคุมโรค⁽⁸⁾ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบและพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะที่เกี่ยวข้อง โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R1)
เป็นการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารายละเอียดดังนี้

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ วัยรุ่นและเยาวชนที่มีอายุ 15-24 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่นำร่องยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 12 คน ที่ได้จากพื้นที่

ที่มีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster or Area Sampling) และใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive sampling)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) และชุมชนที่ศึกษา

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกแบบเจาะจงจำนวน 12 คน ที่เป็นนักเรียนแกนนำจาก 6 ตำบล ในอำเภอนาดี

2. ชุมชนที่ศึกษา เป็นชุมชนพื้นที่นาร่องยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2561 โดยเลือกแบบกลุ่ม (Cluster or Area Sampling) จำนวน 6 ชุมชน คือ ตำบลนาดี ตำบลลำพันตา ตำบลสะพานหิน ตำบลทุ่งโพธิ์ ตำบลแก่งดินสอ ตำบลบุพราหมณ์

วิธีดำเนินการ

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัย หลักการและวิธีการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

2. ศึกษาข้อมูลการดำเนินงานการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึก และเครื่องบันทึกเสียง

วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) เป็นการออกแบบและพัฒนา (Design and Development)

1. สร้างรูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ที่ได้จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัย ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง หลักการสำคัญของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงศึกษาข้อมูลจากชุมชนในพื้นที่นาร่องยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค จนได้ข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบ

2. ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ที่พัฒนาขึ้น โดยผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นที่ปรึกษา และคณะทำงานพัฒนาชุดความรู้เพื่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Health Literacy of HIV/STIs) กรมควบคุมโรค

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research: R2) นำรูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ไปทดลองใช้ (Implementation)

ประชากรและตัวอย่าง (Population and Samples)

ประชากร คือ วัยรุ่นและเยาวชนที่มีอายุ 15-24 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นและเยาวชนที่มีอายุ 15-24 ปี และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สถานศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 19 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive sampling)

วิธีดำเนินการ

1. เตรียมทีมวิทยากร โดยมีวิทยากรหลักและผู้ช่วยวิทยากรประจำกลุ่มในแต่ละกิจกรรมพัฒนาทักษะ

2. ประสานและจัดเตรียม กลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นและเยาวชน และผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา และครู โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม และประเด็นความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันความเสี่ยงใน 2 เรื่อง คือ

2.1 ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการส่งเสริมเรื่องเพศ โดยชี้แจงว่าการจัดกิจกรรมฝึกทักษะ มุ่งเน้นในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งกลุ่มเป้าหมายจะได้ฝึกทักษะต่างๆ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลเรื่องถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง

เข้าใจขั้นตอนการใช้อย่างถูกต้อง ฝึกการไต่ถามเพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงประเด็นตามความต้องการ ตัดสินใจเลือกทางที่เหมาะสมในการป้องกัน และนำวิธีการไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้ในอนาคต รวมถึงนำไปประยุกต์ใช้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นได้อีกด้วย

2.2 การเก็บรักษาความลับของกลุ่มเป้าหมาย โดยไม่มีการระบุและเปิดเผยชื่อของกลุ่มเป้าหมาย และเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง รวมถึงการวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล จะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นข้อมูลทางวิชาการเท่านั้น

มีการขอความยินยอมจากกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษาครั้งนี้ และกลุ่มเป้าหมายสามารถถอนความยินยอมจากการเข้าร่วมศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล

3. จัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์ สำหรับการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะ 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึง ได้แก่ สื่อออฟไลน์ สื่อออนไลน์ สื่อบุคลากร กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเคมี แบบบันทึกการค้นหากลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูล แบบรายการและเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูล 2) ทักษะการสร้างความรู้เข้าใจ ได้แก่ ถุงยางอนามัย อวัยวะเพศชายจำลอง แก้วน้ำ หมึกสี สารหล่อลื่นชนิดที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ วาสลีนหรือเบบี้ออยล์ กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเคมี 3) ทักษะการไต่ถาม ได้แก่ ใบงานการเตรียมคำถาม และการเลือกใช้คำถาม ใบงานการวิเคราะห์และประเมินการใช้คำถาม 4) ทักษะการตัดสินใจ ได้แก่ กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเคมี และตัวอย่างแผนผังแขนงกิ่งไม้ (Tree diagram) หรือ แผนผังก้างปลา (Fishbone diagram) 5) ทักษะการนำไปใช้ ได้แก่ บัตรเตือนการนำไปใช้ (Remind card) แกนนำบุคคลต้นแบบ หรือคลิปวิดีโอบุคคลต้นแบบ ใบกิจกรรมตารางสรุปประเด็นการเตือนตนเองและการจัดการตนเอง

4. จัดกิจกรรมฝึกทักษะ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน โดยมีกิจกรรมฝึกทักษะ 5 กิจกรรม คือ

1) ทักษะการ เข้าถึง 2) ทักษะการสร้างความรู้เข้าใจ 3) ทักษะการไต่ถาม 4) ทักษะการตัดสินใจ และ 5) ทักษะการนำไปใช้

5. ประเมินผล ความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อน-หลัง จัดกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ รูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และแบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตามหลักวิชาการ และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired sample's t-test

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development: D2) เป็นการประเมินผลและปรับปรุง (Evaluation)

วิธีดำเนินการ

1. After Action Review: AAR เป็นการทบทวนหลังจัดกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย

2. ปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมในประเด็นที่ได้เรียนรู้จากการทบทวนหลังจัดกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกกิจกรรมตามทักษะที่ได้เรียนรู้ มีการ

ประเมินกิจกรรมฝึกทักษะ และนำผลการประเมินมาใช้
พัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะ ประกอบด้วย ข้อดีและ
ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล
พื้นฐานเพื่อการพัฒนาารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการ
สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย
ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และหลักการ
เรื่องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง
ทักษะต่างๆ ทางกาารรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนด
แรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง
เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและ
ดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น⁽⁹⁾ ความรู้
ด้านสุขภาพจึงไม่ใช่ความรู้ แต่คือทักษะทางปัญญาและ
มีการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยการสร้างเสริมความรู้
ด้านสุขภาพ คือ การพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการ
มีพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) ทักษะ
การเข้าถึง คือสามารถค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูล
ข่าวสารความรู้ให้ตรงกับความต้องการและบอกได้ว่า
ข้อมูลสุขภาพมีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด 2) ทักษะ
การสร้างใจความเข้าใจ โดยสามารถจดจำ และทำความเข้าใจ
ข้อมูลสุขภาพได้ 3) ทักษะการติดตาม หมายถึง ความสามารถ
ในการสื่อสารเจรจาและมีทักษะในการใช้คำถามเพื่อให้
ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วน 4) ทักษะการ
ตัดสินใจ เป็นความสามารถและทักษะในการคิด วิเคราะห์
พิจารณาทางเลือก กำหนดทางเลือก และตัดสินใจ
ต่อข้อมูลที่ได้รับหรือประเด็นที่ต้องตัดสินใจ 5) ทักษะ
การนำไปใช้ คือการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติตัว
โดยมีวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเองอย่างเหมาะสม⁽¹⁰⁾
และที่สำคัญจะต้องกำหนดกลวิธีการสร้างเสริมความ

รอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลให้เหมาะสมกับพฤติกรรม
สุขภาพเป้าหมาย ซึ่งกลวิธีการสร้างเสริมความรู้
ด้านสุขภาพ ได้แก่ เทคนิคการใช้ภาพ (Fotonovela
Technique) เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back Tech-
nique) การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-me) วิธีการ
ตรวจสอบตามรายการ (Chunk & Check Methods)
เครื่องมือตรวจสอบและบันทึกคะแนน (Checklists &
scorecards) การใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ (Ask me 3) และ
การสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม (Shame-
free)⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 2 ศึกษาข้อมูลการดำเนินงานการสร้าง
เสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน
ในชุมชนพื้นที่นำร่องยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ
ในการป้องกันโรค

ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน การปฏิบัติตัว และปัจจัย
ด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ในเรื่องการ
ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ครอบคลุม 5 ประเด็น ได้แก่

1) การเข้าถึงข้อมูล โดยในพื้นที่ที่มีการ
ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ
เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลายรูปแบบ
ทั้งสื่อบุคคลผ่านเพื่อนแกนนำ คุณครู ผู้นำชุมชน หรือ
สื่ออื่นๆ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลจาก
สมาร์ตโฟนมากกว่าที่จะมาสอบถามจากแกนนำหรือ
คุณครู เนื่องจากเข้าถึงได้สะดวกและรวดเร็ว แต่จะนำ
ข้อมูลมาพูดคุยกับเพื่อน หรือบางประเด็นที่ยากทราบ
ข้อมูลที่ถูกต้องจะนำข้อมูลมาตรวจสอบกับคุณครู
โดยเชื่อถือข้อมูลที่ได้รับจากคุณครูมากกว่าเพื่อน

2) การสร้างความเข้าใจ พบว่า การฝึกปฏิบัติ
จากการจำลองสถานการณ์ ทำให้เกิดการจดจำมากกว่า
การบรรยาย อีกทั้งการใช้คำสำคัญมีผลต่อการจดจำและ
ทำให้เข้าใจในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี
มากยิ่งขึ้น คือ เลือก เก็บ ใช้ ทั้ง 4 เคล็ดลับ ในการใช้
ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ปลอดภัยหายห่วง

3) การติดตาม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนสำคัญ
ที่จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายกล้าที่จะถาม เนื่องจากประเด็น
เรื่องถุงยางอนามัย เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน ผู้ให้ข้อมูล

หรือวิทยากรอาจต้องใช้วิธีการกระตุ้นด้วยการยกตัวอย่างคำถาม จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดทักษะที่จะใช้คำถามเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองได้

4) การตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติตัว ส่วนใหญ่จะเป็นการตัดสินใจโดยการอิงกลุ่มเพื่อนเป็นหลัก ถึงแม้ว่าจะมีการตัดสินใจของตนเองโดยผ่านการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของทางเลือกที่ตนเองเลือกมาก่อนหน้าแล้วก็ตาม

5) การนำไปใช้ พบว่า มีบุคคลต้นแบบเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว และผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ จะมีแผนการจัดการตนเองล่วงหน้า

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ได้ออกแบบกิจกรรมดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน

ทักษะและวัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	กิจกรรมระดับบุคคล	กลวิธี	สื่อพัฒนาทักษะ
การเข้าถึง 1. เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะในการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี (วิธีการเลือกและวิธีการใช้) โดยแบ่ง 3 กลุ่ม (3 ฐานแหล่งข้อมูล ได้แก่ 1. สื่อต่าง ๆ ทั้งออนไลน์ และออฟไลน์ 2. เพื่อน 3. ครู) 1. ค้นหาข้อมูลจากช่องทางต่าง ๆ 2. กลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลในประเด็น มีแหล่งที่มาชัดเจน ค้นหาได้ตรงตามความต้องการ เป็นปัจจุบัน/ทันสมัย มีความถูกต้องสอดคล้องกับแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ และมีความสมเหตุสมผล	1. แหล่งข้อมูลและข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง (การเลือกและการใช้) 2. วิธีการค้นหาวิธีการกลั่นกรองและวิธีการตรวจสอบข้อมูล 3. ช่องทางการติดต่อสอบถามเพิ่มเติมที่น่าเชื่อถือ	ระยะเวลา: 1.30 ชั่วโมง ฝึกการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี (วิธีการเลือกและวิธีการใช้) โดยแบ่ง 3 กลุ่ม (3 ฐานแหล่งข้อมูล ได้แก่ 1. สื่อต่าง ๆ ทั้งออนไลน์ และออฟไลน์ 2. เพื่อน 3. ครู) 1. ค้นหาข้อมูลจากช่องทางต่าง ๆ 2. กลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลในประเด็น มีแหล่งที่มาชัดเจน ค้นหาได้ตรงตามความต้องการ เป็นปัจจุบัน/ทันสมัย มีความถูกต้องสอดคล้องกับแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ และมีความสมเหตุสมผล	1. เครื่องมือตรวจสอบและบันทึกคะแนน (Checklist & Scorecards) 2. เทคนิคการใช้ภาพ (Fotonovela Technique)	1. สื่อออนไลน์และระบบอินเทอร์เน็ต เพชบุ๊ก: Safe Sex Story เว็บไซต์กรมควบคุมโรค 2. สื่อออฟไลน์ เช่น อินโฟกราฟิก, คลิปวิดีโอ, โปสเตอร์, หนังสือ, แผ่นพับ คู่มือ 3. ใบงาน
การสร้างความรู้เข้าใจ 2. เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะในการจดจำ วิเคราะห์ และเปรียบเทียบการเลือกและวิธีการใช้ถุงยางอนามัย	1. การเลือกถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี 2. การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี	ระยะเวลา: 1.30 ชั่วโมง บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ เรื่อง การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี (วิธีการเลือกและวิธีการใช้) เน้นแบบไหนถูก แบบไหนผิด โดยมีกิจกรรม - 4 อย่างต้องรู้ เมื่อเลือกถุงยางอนามัย - ขั้นตอนการใช้ถุงยางอนามัย อย่างถูกวิธี	1. เทคนิคการใช้ภาพ (Fotonovela Technique) 2. เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back technique) หรือ 3. การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-me)	1. ชุดสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย 2. คลิปวิดีโอ 3. แผ่นพับและโปสเตอร์ 4. ใบความรู้ 5. ใบกิจกรรม

ตารางที่ 1 รูปแบบการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (ต่อ)

ทักษะและ วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	กิจกรรมระดับบุคคล	กลวิธี	สื่อพัฒนาทักษะ
การไต่ถาม 3. เพื่อพัฒนา ความสามารถใน การวางแผน จัดเตรียม วิธีการใช้คำถาม และประเมิน คำถามเกี่ยวกับการ เลือกและการใช้ ถุงยางอนามัย	กระบวนการใช้คำถาม 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1. การวางแผนการใช้ คำถาม 2. การจัดเตรียมคำถาม 3. การเลือกใช้คำถาม 4. การประเมินการใช้ คำถามเกี่ยวกับการเลือก และการใช้ถุงยางอนามัย	ระยะเวลา: 1.30 ชั่วโมง ทบทวน บรรยาย และจับคู่ฝึก 1. สอบถามการใช้คำถามในชีวิตประจำวัน และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ คำถาม 2. เตรียมคำถาม โดยทบทวน การตั้ง คำถาม และบรรยายการตั้งคำถามที่ดี 3. จับคู่ฝึกการตั้งคำถามการใช้คำถามตาม สถานการณ์สมมติ 4. ประเมินการใช้คำถาม และการตั้ง คำถามที่ดี	1. สร้าง บรรยากาศให้ เกิดความกล้าที่จะถาม (Shame - free) 2. การใช้คำถาม สำคัญ 3 ข้อ (Ask me 3)	1. สถานการณ์ของการ ใช้คำถาม 2. ใบงาน
การตัดสินใจ 4. เพื่อพัฒนา ความสามารถใน การระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืน ในการตัดสินใจ การตัดสินใจ ในสถานการณ์ที่มี การเลือกและใช้ ถุงยางอนามัย	การระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการ ตัดสินใจในสถานการณ์ ที่มีการเลือกและใช้ ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี (ปฏิเสธ/เจรจาต่อรอง/ มีทางเลือกที่เหมาะสม อย่างไร)	ระยะเวลา: 1 ชั่วโมง ฝึกทักษะการตัดสินใจ 4 ขั้นตอน 1. ฝึกระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ ในกรณี ที่อยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกและใช้ ถุงยางอนามัย 2. ฝึกกำหนดทางเลือกในประเด็นปัญหาที่ ต้องตัดสินใจ โดยกำหนด ทางเลือกให้ได้ มากที่สุดจากกิจกรรมกลุ่ม 3. ฝึกประเมินทางเลือก โดยการอภิปราย ทางเลือกที่คิดว่าดีที่สุด 2 ทางเลือก วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสีย 4. ฝึกแสดงจุดยืนในการตัดสินใจปฏิเสธ/ เจรจาต่อรอง/หาทางเลือก ที่เหมาะสม ในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูก วิธี (การเลือกและการใช้)	1. การตรวจสอบ ตามรายการ (Chunk & Check Methods) 2. การแสดงเพื่อ ให้ตรวจสอบ (Show - me)	1. สื่อแสดงตัวอย่าง สถานการณ์ต่างๆ ที่ ต้องการตัดสินใจ 2. แผนผังแขนงกิ่งไม้ (Tree diagram) หรือ แผนผังก้างปลา (Fishbone diagram)
การนำไปใช้ 5. เพื่อพัฒนา ความสามารถใน การกำหนดวิธี เตือนตนเองและวิธี จัดการตนเอง เกี่ยวกับการการ เลือก และใช้ถุงยาง อนามัยอย่างถูกวิธี	1.วิธีการเตือนตนเอง 2.วิธีการจัดการตนเอง	ระยะเวลา: 1 ชั่วโมง 1. วิพากษ์ทบทวนทักษะการเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ ของการนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวและเชิญ แกนนำบุคคลต้นแบบมาแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ เทคนิคในการเตือนตนเอง และจัดการตนเองในเรื่อง การเลือกและใช้ ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้ง	1. การแสดงเพื่อ ให้ตรวจสอบ (Show - me)	1. สื่อบุคคล/แกนนำ บุคคลต้นแบบ 2. บัตรเตือนการนำไป ใช้ (Remind card) 3. ใบกิจกรรม

ตารางที่ 1 รูปแบบการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (ต่อ)

ทักษะและ วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหา	กิจกรรมระดับบุคคล	กลวิธี	สื่อพัฒนาทักษะ
		2. ฝึกทักษะการเตือนตนเอง โดยเขียนวิธีการเตือนตนเองลงในบัตรเตือน การนำไปใช้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และ ออกแบบนวัตกรรม/วิธีการเตือนตนเอง 3. ฝึกการจัดการตนเอง โดยระบุการให้ รางวัล/ลงโทษ ตนเองกรณีที่ทำได้ และ ไม่สามารถปฏิบัติตามการตัดสินใจได้ 4. สรุปผลการเรียนรู้		

ขั้นตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบกิจกรรม พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับคะแนนความรู้ด้าน ฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง สุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการ เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2 ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ความรู้ด้านเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี	กลุ่มเป้าหมาย (n=19)	
	ก่อนทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	หลังทดลอง จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง (136 – 160 คะแนน)	7 (36.84)	19 (100)
ระดับปานกลาง (112-135 คะแนน)	11 (57.89)	0 (0)
ระดับต่ำ (40 – 111 คะแนน)	1 (5.26)	0 (0)
ค่าเฉลี่ย	132.63	155.58
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.41	6.48
คะแนนต่ำสุด	106	142
คะแนนสูงสุด	150	160

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้าน สุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ก่อนและหลัง

การเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วม กิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	132.63	11.41	7.195	18	< 0.001
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	155.58	6.48			

ขั้นตอนที่ 4 ผลการประเมินและทบทวน
หลังจัดกิจกรรม พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความ
พึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริม
ความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย
อย่างถูกวิธี โดยมีข้อเสนอแนะว่า ควรปรับเวลาในการเข้า
ฐานกิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึงเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เวลา
กลุ่มเป้าหมายได้ค้นหาข้อมูลอย่างครบถ้วน ครอบคลุม
และให้ความสำคัญในการกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูล
โดยเน้นเรื่องของความทันสมัยของข้อมูล ร่วมกับการ
เปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และช่วงฝึก
ค้นหาข้อมูลควรแยกฐานแหล่งข้อมูลจากสื่อออนไลน์และ
ออฟไลน์ออกจากกันเป็นคนละฐาน และในขั้นตอน
การฝึกใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี ในกิจกรรมฝึกทักษะ
การสร้างความรู้ความเข้าใจ โดยใช้วิธีเจาะประเด็นในการ
จับคู่ฝึกปฏิบัติ ทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะ
การใช้คำสำคัญ “ฉีกมุม บีบปลาย รูดสุด” เน้นย้ำ
ช่วงฝึกปฏิบัติ ทำให้กลุ่มเป้าหมายจดจำขั้นตอนการใส่
ถุงยางอนามัยได้อย่างถูกต้องมากขึ้น กิจกรรมฝึกทักษะ
การไต่ถาม ทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจกระบวนการเพิ่ม
ทักษะในการไต่ถามมากขึ้น และสามารถที่จะจัดเตรียม
คำถามได้ตรงวัตถุประสงค์มากขึ้น รวมทั้งขั้นตอนการ
ประเมินคำถามเป็นสิ่งที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้ทบทวนว่า
คำถามของตนเองนั้นเป็นคำถามที่ดีหรือไม่ และมี
ประโยชน์ต่อตนเองในการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย
อย่างถูกวิธีได้อย่างไร นอกจากนั้นในกิจกรรมฝึกทักษะ
การตัดสินใจ ที่มีการระบุปัญหาโดยกลุ่มเป้าหมายเอง
ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายประเมินทางเลือกได้ดียิ่งขึ้น และ
การฝึกแสดงจุดยืนในการตัดสินใจ ทำให้มีความมั่นใจ

มากยิ่งขึ้นที่จะปฏิบัติตามสิ่งที่ตัวเองได้ตัดสินใจ
มาแล้ว รวมถึงทำให้เห็นความสำคัญของการคิดก่อน
ตัดสินใจได้จริง สำหรับกิจกรรมฝึกทักษะการนำไปใช้
ในส่วนที่มีการฝึกการจัดการตนเอง ควรเพิ่มการระบุวิธี
การจัดการและวางแผนเพื่อนำไปสู่วิธีเตือนตนเองได้
สำเร็จ และปรับการกำหนดบทลงโทษตนเอง เป็นการ
ระบุว่าจะทำไม่ได้แล้วจะอย่างไรต่อไป เพื่อเพิ่ม
แรงจูงใจและมีทางเลือกให้กลุ่มเป้าหมายได้ทำพฤติกรรม
เป้าหมายได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

วิจารณ์และสรุป

กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้
ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ทำให้กลุ่มเป้าหมายมี
ความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง เอชไอวีและโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่าง
ถูกวิธี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดย
มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 132.63 คะแนน
เป็น 155.58 คะแนน ซึ่งเป็นผลมาจากรูปแบบกิจกรรม
ฝึกทักษะที่พัฒนาขึ้น 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรม
ฝึกทักษะการเข้าถึง เพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะ
ในการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการ
ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
2) กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อพัฒนา
ความสามารถและทักษะในการจดจำ วิเคราะห์ และ
เปรียบเทียบการเลือกและวิธีการใช้ถุงยางอนามัย
3) กิจกรรมฝึกทักษะการไต่ถาม เพื่อพัฒนาความ
สามารถในการวางแผน จัดเตรียมคำถาม วิธีการใช้คำถาม
และประเมินคำถามเกี่ยวกับการเลือกและการใช้

ถุงยางอนามัย 4) กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ เพื่อพัฒนาความสามารถในการระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนการตัดสินใจในสถานการณ์ที่มีการเลือกและใช้ถุงยางอนามัย และ 5) กิจกรรมฝึกทักษะการนำไปใช้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการกำหนดวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเองเกี่ยวกับการเลือก และใช้ถุงยางอนามัย อย่างถูกวิธี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภรกด สุฝน⁽¹²⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านเอดส์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกัน โดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 5 องค์ประกอบ คือ เข้าถึง เข้าใจ ได้ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. มีระดับความรู้โดยรวม ในระดับไม่พอเพียงมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.5 และระดับพอเพียง ร้อยละ 12.5 และหลังการอบรมตามโปรแกรม พบว่า อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรม มีระดับความรู้ดีขึ้น โดยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.5 และระดับพอเพียง ร้อยละ 57.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนารถ แก้วดำเกิง และคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการประเมินผลการเรียนรู้ตามกระบวนการ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายตามโมเดล Kirkpatrick ผลการศึกษาพบว่า การจัดการเรียนรู้ตามกระบวนการการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ ทักษะการได้ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น โดยหลังการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกัน เพิ่มสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p = 0.042$

ข้อเสนอแนะ

กลวิธีในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้รูปแบบกิจกรรม มีการฝึกทักษะที่เป็นรูปธรรมตามวัตถุประสงค์ และนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน รวมถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายด้านอื่นได้

รูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย อย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายอื่นๆ หรือตามบริบทของปัญหาในพื้นที่ได้

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำเป็นต้องมีการพัฒนา และส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านนโยบายและด้านทักษะส่วนบุคคล เพื่อให้บุคคลมีทักษะและสามารถประยุกต์ใช้แก้ปัญหาสุขภาพของตนเองได้ตามสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีการป้องกันและรักษาที่มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ. ดร. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ปรึกษาตลอดการศึกษา ขอขอบคุณชุมชนพื้นที่นำร่องยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ผู้อำนวยการโรงเรียนศึกษานารีวิทยา ที่สนับสนุนการศึกษา และขอขอบคุณนักเรียนทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. AIDS BY THE NUMBERS [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.unaids.org/en>

2. Division of AIDS&STIs. Estimated HIV infection, Thailand [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 1]. Available from <https://hivhub.ddc.moph.go.th> (in Thai)
3. National Committee on the Prevention and Solution of AIDS. Situations and actions to prevent and solve AIDS problems. National Strategy on Ending AIDS Problems 2017–2030. Bangkok: NC Concepts Company limited; 2017. p.3. (in Thai)
4. Bureau of Epidemiology. Results of behavioral surveillance associated with HIV infection. In the vocational education group, vocational certificate, year 2, Thailand, 2018. Report of behavioral surveillance associated with HIV infection Thailand student group, 2018. Bangkok: Aksorn Graphic and Design publishing limited partnership (TH); 2018. p.33–5. (in Thai)
5. Mc Carthy D, Waite K, Curtis L, Engel K, Baker D, Wolf D. What did the Doctor Say? Health Literacy and Recall of Medical Instructions Medicare. 2012; 50(4): 277–82.
6. Jordan J, Burchbinder R, Osborne R, Osborne R. Conceptualising health literacy from the patient perspective. Patient and Education Counseling. 2010; 79(1): 36–42.
7. Pariyanut Tangnorakul, Siriyupa Sananreangsak, Narumon Teerarungsikul. The Relationship between Sexual Health Literacy and Sexual Behavior among Middle School Female Students. Royal Thai Navy Medical Journal. 2019; 46(3): 607–20. (in Thai)
8. Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development. Annual report, 2018. Bangkok: Aksorn Graphic and Design publishing limited partnership (TH); 2018. p.43–4. (in Thai)
9. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health education and Health Promotion Unit, World Health Organization, Geneva: 1998. 1–10.
10. Kwanmuang Kaeodumkoeng. Health Literacy: functional interactive critical. 1st edition, Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public., Ltd (TH); 2019. (in Thai)
11. Kwanmuang Kaeodumkoeng. Health Literacy: access understand and application. 2nd edition, Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public., Ltd (TH); 2018. (in Thai)
12. Porakot Soofon. The result of HIV Literacy Program to promote behavior of living together without abhorrence among village health volunteers. Thai AIDS journal. 2020; 32(1): 1–4. (in Thai)
13. Nuchanart Kaeodumkoeng, Siriporn Piyayothai, Juthamat Makkunchorn, Sirikoon Chaijarern, Benjamard Jaingam, Kesinee Khainwaree. Evaluation of learning based on the process for enhancing health literacy on HIV and STIs (HIV and STIs Literacy) among men who have sex with men according to the Kirkpatrick model. Thai AIDS journal. 2020; 32(3): 114–31. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่จอตาและรายงานผู้ป่วย 1 ราย

NURSING CARE OF PATIENTS INFECTED WITH CYTOMEGALOVIRUS
RETINA (CMVR) AND REPORTED 1 CASE

จุฬานาถ เกตุกำพู

Chulanart Ketkumpu

สถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Received: 20/04/2021

Revised: 02/06/2021

Accepted: 21/06/2021

บทคัดย่อ

รายงานฉบับนี้เป็นการทบทวนความรู้และแนวทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่จอตา (Cytomegalovirus retinitis: CMVR) และรายงานผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษา 1 ราย เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้และแนวทางให้บุคลากรพยาบาลนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย CMVR อันจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เป็นส่วนสำคัญสู่ความสำเร็จของการรักษา และไม่เกิดภาวะตาบอด ซึ่งจะกลายเป็นความพิการถาวร กิจกรรมสำคัญในการรักษา ได้แก่ การฉีดยาแกนไซโคเวีย (Gancyclovir) เข้าสู่ช่องวุ้นตา ซึ่งในขั้นตอนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจะมีปฏิบัติการทางการพยาบาลทั้งก่อน ขณะ และหลังการฉีดยาเข้าวุ้นตา

ในรายงานผู้ป่วย 1 ราย เป็นชายไทย อายุ 42 ปี มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 พบติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมาก่อน ผลตรวจเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 = 11 เซลล์/ลบ.มม. ผู้ป่วยเริ่มได้รับประทานยาต้านไวรัส ในเดือนเดียวกัน และในเดือนถัดมา ผู้ป่วยมีอาการตาซ้ายเห็นเป็นหยากใยในลานสายตา แพทย์ตรวจวินิจฉัยพบเป็นโรคไซโตเมกะโลไวรัสที่จอตา จึงได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาแกนไซโคเวีย เข้าวุ้นตา ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 และได้รับการพยาบาลตามแนวทางและขั้นตอนต่าง ๆ มาเป็นลำดับ จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน จากองค์ความรู้ที่ทบทวนมาประกอบ การให้บริการทางการพยาบาลได้ช่วยให้การรักษาโรคไซโตเมกะโลไวรัสที่จอตาในผู้ป่วยรายนี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาเป็นอย่างมาก โดยผู้ป่วยจะต้องมีการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของตนเองเพื่อจะได้สามารถแจ้งแพทย์ที่ทำการรักษา ช่วยให้การรักษาทันท่วงทีและได้ผลดี ไม่เกิดความพิการ

Abstract

This report is a review of knowledge and nursing practice guideline for patient with cytomegalovirus retinitis (CMVR) infection with a report of a case of CMVR. The aim of this report is to provide nursing staff who will be nursing CMVR patients with knowledge and practice guidelines in caring the patients which will enable the patients and relatives to understand how to self-care of themselves. Key medical intervention in treating the patients was to inject gancyclovir into vitreous chamber. The role of nurses in caring patients who will undergo intravitreal chamber injection includes practices before, during and after injection.

In the case report, the patient was 42 years old male who was found to be HIV infected. He visited Bamrasnaradura Infectious Institute to receive treatment in September 2019. His CD4 count was 11 cells/cu.mm., and antiretroviral treatment was initiated at the same month. However, one month later, he complained of a floater in his left eye field and was diagnosed as cytomegalovirus retinal infection. He was then treated with ganciclovir intravitreal injection in October 2019. He also received nursing care according to the nursing practices guidelines, step by step. Treatment as well as nursing care was continued up to February 2020 and his visual acuity was improved. Based on the reviewed knowledge together with the nursing care provided to the patient, treatment of cytomegalovirus retinal infection in this case was successful. In addition, nursing care had promoted the understanding of the patient to be engaged in the treatment program. The patient was enabled to observe of abnormal symptoms and if occurred, he could notify to the doctors for prompt treatment which would prevent disability.

คำสำคัญ

การติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่จอตา, การพยาบาล

Keywords

Cytomegalovirus retinitis (CMVR), Nursing care

บทนำ

จากการคาดประมาณ Asian Epidemic Model (AEM) ระบุได้ว่าปี 2563 มีจำนวนคาดประมาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 351,352 ราย มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 18,594 ราย และจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 7,082 ราย⁽¹⁾ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรก ส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการผิดปกติทางการมองเห็น แม้ว่าการตรวจตาจะพบการเปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ แต่ผู้ป่วยมักมีอาการทางตาเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นเมื่อเข้าระยะช่วงที่ระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ลดต่ำลงมากหรือในระยะที่ป่วยด้วยอาการของโรคเอดส์แล้ว ความผิดปกติในการมองเห็นส่วนใหญ่เป็นอาการตามัว และเห็นหยากใยในลานสายตา⁽²⁾ โดยสาเหตุที่ทำให้ตามัวบ่อยที่สุดคือ การติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่จอตา (Cytomegalovirus Retinitis: CMVR)⁽²⁾ หรือโรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส

โรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส⁽²⁾ เป็นโรคติดเชื้อจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส ที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยเอดส์⁽³⁾ แต่พบได้ยากในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุอื่น ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนยาวขึ้น

และมีระดับภูมิคุ้มกันเสื่อมลงมาก จะมีโอกาสเกิดโรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสเพิ่มขึ้น

โรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส อาการมองเห็นหยากใยมักเริ่มจากจอตาโดยรอบ และเป็นกับตาข้างเดียว จากนั้นจะค่อยๆ ลุกลามขยายกว้างออกไปช้าๆ เกิดเนื้อตายบริเวณจอประสาทตา (necrotizing retinitis) และถ้าได้รับการรักษาไม่ทันทั่วทั้งที่ก็จะลามไปยังตาอีกข้างภายในเวลา 6-7 เดือน ผู้ป่วยอาจตาบอด ซึ่งเป็นความพิการถาวรได้เนื่องจากเกิดประสาทตาฝ่อหรือจอตาลอก ผู้ติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่จอตาส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแกนซีโคลเวีย (Ganciclovir) ค่อนข้างดี และอาจจำเป็นต้องให้ยาระยะยาว เพื่อยืดเวลาการลุกลามของโรคออกไปเนื่องจากโรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยเอดส์ได้บ่อย จึงมีคำแนะนำว่าในผู้ป่วยเอดส์ที่มีค่าเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม.⁽¹⁾ ให้เริ่มทำการตรวจคัดกรองโรค โดยการตรวจวัดสายตา (Visual Acuity Test) และการตรวจเช็กจอตา (Ophthalmoscopy) เพื่อตรวจหาการติดเชื้อที่ยังไม่ถึงขั้นแสดงอาการและเมื่อเซลล์เม็ดเลือดขาว

CD4 ต่ำกว่า 50 เซลล์/ลบ.มม. ให้ทำการตรวจคัดกรองโรคทุก 3 เดือน

ขอบเขตของเนื้อหาที่น่าสนใจในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสความร่วมมือในการรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา การประเมินความร่วมมือในการรักษา ต่อจากนั้นเสนอกระบวนการพยาบาล

รายงานผู้ป่วยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับบุคลากรพยาบาลในการให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว อันเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งผลสำเร็จต่อการรักษา ช่วยลดการเกิดความพิการจากการตาบอดได้

โรคติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส (Cytomegalovirus CMV infection)⁽²⁾

CMV เป็นเชื้อไวรัสสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคในผู้ป่วยเอดส์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 < 50 เซลล์/ลบ.มม. ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อได้บ่อยที่สุดคือ จอประสาทตา ตำแหน่งอื่นที่พบได้คือ ทางเดินอาหาร ระบบประสาท และปอด พบในผู้ป่วยเด็กน้อยกว่าในผู้ป่วยผู้ใหญ่ แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าหากเกิดการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสในผู้ป่วยเด็กจะพบอัตราความพิการและอัตราตายสูง โดยการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสในเด็กส่วนใหญ่จะเกิดในเด็กที่มีช่วงอายุน้อยกว่า 1 ปี การติดเชื้อในเด็กเกิดขึ้นโดยการสัมผัสน้ำลาย ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง นมแม่หรือได้รับเลือดและติดเชื้อจากแม่ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ (Congenital infection) การติดเชื้อสามารถทำให้เกิดโรคกับหลายอวัยวะ เช่น จอประสาทตาอักเสบ ปอดอักเสบ ลำไส้อักเสบ หลอดอาหารอักเสบ เป็นต้น ส่วนการติดเชื้อจากแม่ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ผู้ป่วยอาจมีอาการตั้งแต่วัยแรกเกิด เช่น น้ำหนักแรกเกิดน้อย ตับม้ามโต ศีรษะเล็ก (Microcephaly) การมีหินปูนในช่องกระดูกศีรษะ (Intracranial calcification) การกีดการทำงานของ

ไขกระดูก (Bone marrow suppression) หรืออาจไม่มีอาการใดๆ แต่พบหูหนวกในภายหลัง เมื่อมีการติดเชื้อครั้งหนึ่งแล้ว เชื้อจะอยู่ในร่างกายตลอดไป และเมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง เชื้อนี้จะกำเริบทำให้เกิดโรคต่างๆ ขึ้นได้อีก⁽³⁾

โรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสเป็นการติดเชื้อของตาที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะในรายที่มีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 < 50 เซลล์/ลบ.มม. ในระยะต้นอาจไม่แสดงอาการอะไร จนเมื่อเป็นมากขึ้นจึงมาพบแพทย์ด้วยอาการมองเห็น โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กเล็กที่มักไม่มีอาการ ซึ่งการวินิจฉัยจะสามารถทำได้จากการตรวจจอตา (Fundus) เท่านั้น จึงแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองหาโรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส โดยการตรวจจอประสาทตา โดยจักษุแพทย์ทุก 4-6 เดือน ในเด็กทุกรายที่มีอาการผิดปกติทางสายตา หรือในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ทุกราย ที่มีระดับร้อยละของเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 $\geq 5\%$ หรือเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 < 50 เซลล์/ลบ.มม. แม้ไม่มีอาการผิดปกติทางสายตา ส่วนเด็กโตที่มีอายุ ≤ 6 ปี ควรแนะนำให้สังเกตความผิดปกติของการมองเห็นหรือการเห็นหลวมๆ ถ้าพบว่าผิดปกติให้รีบทำการตรวจและให้การรักษาก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดจอตาติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส (CMV Iris) ที่อาการรุนแรงได้

สำหรับการป้องกันปฐมภูมิ (Primary prophylaxis) มี 2 วิธี คือ 1) เริ่มการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อนที่ระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 จะลดต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. จะทำให้ผู้ป่วยมีภูมิต้านทานหรือระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 เพิ่มขึ้น ส่งผลให้พยาธิสภาพของการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่ตาดีขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยยาที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสโดยตรงก็ตาม จึงแนะนำการป้องกันปฐมภูมิด้วยวิธีนี้ เพราะจะช่วยป้องกันการเกิดโรคนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้ยาแกนไซโคเวีย 2) การใช้ยาแกนไซโคเวีย มีแนวทางการรักษา คือ ใช้ยาแกนไซโคเวีย (Ganciclovir) ขนาด 5 มก./กก.

ทุก 12 ชม. หยอดทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 2-3 สัปดาห์ หรือจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือคงที่ ถ้ามีการติดเชื้อของระบบประสาท หรือทางเดินอาหารอาจต้องให้การรักษาในช่วงแรกนาน 3-6 สัปดาห์ ติดตามด้วยยาแวลแกนโซโคลเวีย (Valganciclovir) 900 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2-3 สัปดาห์

นอกจากนี้ยังสามารถเลือกรักษาโดยการฉีดยาแวลแกนโซโคลเวียเข้าสู่ช่องวุ้นตา (Ganciclovir intravitreal injection) โดยใช้ยาขนาด 2,000 ไมโครกรัมต่อครั้ง ($\mu\text{g}/\text{dose}$) โดยฉีด 1-2 สัปดาห์ต่อครั้ง จนกว่ารอยโรคจะสงบ สำหรับการรักษด้วยการฝังยาแวลแกนโซโคลเวีย (Ganciclovir implant) ด้วยการผ่าตัดสอดใส่ยาขนาด 4.5 mg เข้าไปในช่องวุ้นตา ยาจะค่อยๆ ถูกปล่อยออกมาอยู่ในช่องวุ้นตา และอยู่ได้นาน 6-8 เดือน การให้ยาแวลแกนโซโคลเวียแบบเฉพาะที่นี้ ใช้รักษาเฉพาะ Retinitis เท่านั้น ไม่สามารถใช้รักษาการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่อวัยวะอื่นได้ อย่างไรก็ตาม การให้ยาแวลแกนโซโคลเวียไม่ได้ช่วยให้พยาธิสภาพที่ตากลับมาเป็นปกติ แต่เป็นการป้องกันโรคไม่ให้ลุกลามมากขึ้น การป้องกันปฐมภูมิด้วยการใช้ยาแวลแกนโซโคลเวียนั้นไม่แนะนำ เนื่องจากยามีราคาแพง ประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคยังไม่ดีเท่าที่ควร และมีผลข้างเคียงมาก กรณีไม่มียาแวลแกนโซโคลเวียควรรับให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อเพิ่มระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 และลดปริมาณเชื้อเอชไอวีลงให้เร็วที่สุด

แนวทางการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ มีดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ มีหลักการเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่ตั้งครรภ์

2. ผู้ป่วยเด็ก ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสชนิดแพร่กระจาย รวมทั้งโรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส ใช้ยาแวลแกนโซโคลเวีย ขนาด 5 มก./กก./ครั้ง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชม. เป็นเวลา 2-3 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้ 5 มก./กก./ครั้ง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำวันละครั้ง 5-7 วันต่อสัปดาห์ เพื่อเป็น secondary prophylaxis สำหรับการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสจากแม่ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ที่มีอาการให้ยาแวลแกนโซโคลเวียขนาด 6 มก./กก./ครั้ง ฉีดเข้าหลอดเลือด

ดำทุก 12 ชม. (ยารักษานอกเหนือจากที่กำหนดให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ) ในการป้องกันทุติยภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสหลังจากรักษาแล้ว เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มียาที่ใช้ในการป้องกันได้แก่ ในผู้ใหญ่ใช้ยาแวลแกนโซโคลเวีย 900 มก. กินวันละ 1 ครั้ง ในเด็กใช้ยาแวลแกนโซโคลเวีย 5 มก./กก./ครั้ง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำวันละครั้ง 5-7 วันต่อสัปดาห์ โดยมียาทางเลือก คือ ในผู้ใหญ่ใช้ยาแวลแกนโซโคลเวีย 5 มก./กก./ครั้ง หยอดทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง หรือยาแวลแกนโซโคลเวีย ฉีดเข้าช่องวุ้นตา 2,000 ไมโครกรัม/ครั้ง ($\mu\text{g}/\text{dose}$) โดยฉีด 2-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ สำหรับในผู้ป่วยเด็กไม่มีคำแนะนำในการป้องกันทุติยภูมิ

สามารถหยุดให้ยาป้องกันในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ไม่มีอาการของจอตาอักเสบ (Retinitis) แล้ว หรือ อาการคงที่แล้ว และได้รับการรักษาโรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส นานกว่า 3-6 เดือน หรือเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจนระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว $\text{CD4} \geq 100$ เซลล์/ลบ.มม. แนะนำให้เริ่มยาป้องกันใหม่ สำหรับผู้ป่วยเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปที่มีเซลล์เม็ดเลือดขาว $\text{CD4} \geq 100$ เซลล์/ลบ.มม. และผู้ป่วยอายุ 1-5 ปีที่มีสัดส่วนร้อยละของเซลล์เม็ดเลือดขาว $\text{CD4} \geq 15\%$ นานกว่า 6 เดือน และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมานานกว่า 6 เดือน นอกจากนี้ ควรมีการติดตามตรวจจอประสาทตา ทุก 3-6 เดือน เพื่อให้สามารถวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำได้เร็ว

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส⁽⁴⁾

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. มีโอกาสติดเชื้อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ ซึ่งไซโตเมกะโลไวรัสก็เป็นหนึ่งในจำนวนเชื้อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสดังกล่าว อวัยวะที่มักติดเชื้อได้ง่ายคือจอตา (Retina) ทำให้เกิดเป็นแผลเป็น (Retina necrosis) ผู้ป่วยจะตามัวลงเรื่อยๆ จนมองไม่เห็นแสง ในที่สุด การรักษาเป็นเพียงการยับยั้ง ลดการลุกลามของโรค ยาที่ใช้ในปัจจุบันและได้ผลดี คือ แวลแกนโซโคลเวีย โดยให้ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชม. เป็นเวลานาน 14 วัน เนื่องจากยาดังนี้มีราคาแพงมาก จึงได้มีการใช้ยาดังกล่าว

ฉีดเข้าวุ้นตาโดยตรง ซึ่งผลของการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ประหยัดได้มากกว่า

แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาอักเสบจากไซโตเมกะโลไวรัส ประกอบไปด้วย

1. การประเมินสภาพการมองเห็นด้วยการอ่านแผ่นป้าย Snellen หรือ ETDRS
2. การขยายม่านตาด้วย มัยเดรียซิล (1% mydriacyl) และ เฟนิลเอเฟริน (10% phenylephrine)
3. การตรวจจอตาด้วยเครื่องตรวจจอตาแบบอ้อม (indirect ophthalmoscopy) หรือ ถ่ายรูปจอตา (fundus photography)
4. การฉีดยาแกนซีโคลเวียร์เข้าวุ้นตา (intra vitreal ganciclovir injection)
5. การนัดมาตรวจตามตารางนัด
6. การรักษาภาวะแทรกซ้อน

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนฉีดยาเข้าวุ้นตา

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยก่อนฉีดยาเข้าวุ้นตา เริ่มตั้งแต่ก่อนฉีดยา ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินสายตาก่อน โดยการวัดการมองเห็น (Visual acuity: VA) หลังจากนั้นตรวจวัดความดันลูกตา แพทย์ตรวจดูความผิดปกติต่างๆ ของตาจากเครื่องตรวจตา (Slit lamp) หลังจากแพทย์ตรวจเรียบร้อยแล้ว จะมีการตรวจจอตาโดยละเอียดอีกครั้ง การตรวจโดยละเอียด จะต้องมีการขยายม่านตาทั้ง 2 ข้าง โดยใช้ยานีโอไซเนฟีน (Neosynephrine) และมัยเดรียซิล หยอดตาสลับกันทุก 10 นาที จนม่านตาขยายประมาณ 8-10 มม. แพทย์จะตรวจดูตาโดยละเอียด เป็นการวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีอาการมากน้อยเพียงใด เพื่อประเมินผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยที่เคยฉีดยาแล้ว เป็นการประเมินอาการทุเลา หรือลุกลามมากขึ้น นอกจากนี้ยังดูความผิดปกติอื่น ๆ ด้วย

การพยาบาลผู้ป่วยขณะหยอดขยายม่านตา

1. ขณะหยอดขยายม่านตา ให้กดหัวตาทั้ง 2 ข้างไว้นานประมาณ 2 นาที เนื่องจากยาขยายม่านตาบางอย่าง เช่น นีโอไซเนฟีน มีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ผู้ป่วยอาจมีอาการหน้ามืดได้

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายม่านตา จะต้องมีการติดตามด้วย เพราะขณะขยายม่านตาผู้ป่วยจะมีอาการตาบวม และแพ้แสงแดดนานประมาณ 4-6 ชม. อาจเกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุแก่ผู้ป่วยได้

3. ยาหยอดขยายม่านตา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสบตา ขณะหยอดตาผู้ป่วยจะบิตา ทำให้ยาไหลออกจากตาหมด ม่านตาไม่ขยาย ผู้ป่วยเสียเวลา ดังนั้นขณะหยอดตาจำเป็นต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าขณะหยอดตาไม่ควรบิตา ควรหลับตาเบาๆ

4. ใช้สาลีสะอาดซับตาเบาๆ หลังหยอดตาเสร็จทุกครั้ง เพื่อซับน้ำตาและยาหยอดตาที่ไหลทะลักออกมา

การพยาบาลผู้ป่วยขณะฉีดยาเข้าวุ้นตา

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยขณะฉีดยาเข้าวุ้นตา เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจโดยละเอียด และพิจารณาให้ฉีดยาเข้าวุ้นตา การพยาบาลผู้ป่วยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมยา ยาแกนซีโคเวียร์ เป็นยาที่มีฤทธิ์เช่นเดียวกับยาต้านมะเร็ง ดังนั้น

ขณะเตรียมยา ผู้เตรียมยาต้องปฏิบัติเช่นเดียวกับการเตรียมยาด้านมะเร็งคือ ต้องสวมเสื้อกาวน์ ผูกผ้าปิดปากจมูก (mask) ใส่แว่นตา ต้องเตรียมยาในห้องที่มีอากาศสะอาดได้ดี (การผสมยาและเตรียมยาทุกขั้นตอนใช้หลักการปราศจากเชื้อ)

2. การเตรียมอุปกรณ์ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการฉีดยาต้องปราศจากเชื้อ เมื่อเตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆ พร้อมแล้วปฏิบัติดังนี้

- 2.1 อธิบายถึงความจำเป็นของการฉีดยาเข้าวุ้นตา ให้ผู้ป่วยเข้าใจ

- 2.2 อธิบายถึงขั้นตอนของการฉีดยาตา และวิธีปฏิบัติตัวขณะฉีดยาตา ให้ผู้ป่วยเข้าใจเพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และลดอันตรายอันอาจจะเกิดขึ้นขณะฉีดยา ขณะฉีดยาเข้าวุ้นตา ผู้ป่วยจะต้องไม่กรอกลูกตาไปมา เพราะเข็มอาจแทงถูกกระจกตา ทำให้ตาบอดได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังไม่ควรบิตา เพราะจะทำให้ยาที่ฉีดเข้าไปถูกบีบออกหมด และมีเลือดออกที่วุ้นตาได้

2.3 จัดทำนอน ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ศีรษะ
ไม่หนุนหมอน

2.4 หยอดยาชา และยาปฏิชีวนะ ตาข้างที่จะ
ฉีดยา

2.5 ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำยาเบตาดีนหมาด ๆ
เพื่อเตรียมบริเวณที่จะฉีดยา อยู่ชุบน้ำยาเบตาดีน จนชุ่ม
เกินไป เพราะจะทำให้หน้ายาเข้าตาผู้ป่วย เกิดอาการแสบ
ตา และระคายเคืองตาได้

2.6 ก่อนแพทย์ฉีดยาเข้าวันตา ควรหยอด
ยาชาอีก 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 หยด เพื่อลดความเจ็บปวด
ให้ผู้ป่วย

2.7 เมื่อแพทย์ฉีดยาเรียบร้อยแล้ว หยอดตา
ด้วยยาปฏิชีวนะอีกครั้ง

2.8 ให้ผู้ป่วยหลับตา ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำกลั่น
เช็ดคราบน้ำยาที่ทาไว้ให้สะอาด
การพยาบาลผู้ป่วยหลังฉีดยาเข้าวันตา

1. นัดผู้ป่วยมารับการฉีดยา ทุก 2 สัปดาห์
เนื่องจากยาที่ฉีดยานั้นจะออกฤทธิ์นานประมาณ 2 สัปดาห์

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงผลเสีย
ของการไม่มาตรวจตามนัด และเห็นความสำคัญของการ
มารับบริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. หลังฉีดยา ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกคล้ายกับ
มีอากาศ หรือน้ำลอยอยู่ในลูกตา เป็นอาการปกติ อาการ
จะทุเลาได้ เนื่องจากเป็นยาที่ฉีดเข้าไปลอยอยู่ในวันตา

4. หลังฉีดยาตาใหม่ๆ ไม่ควรขยี้ตา เพราะอาจ
จะทำให้เลือดออกในวันตา หรือทำให้ตาอักเสบได้

5. หลังฉีดยาควรนั่งพัก 10 นาที เพื่อสังเกต
อาการผิดปกติ

6. หลังฉีดยาหากมีอาการปวดตารุนแรง ตามัว
ลง ตาแดง มีขี้ตา ต้องมาพบแพทย์ทันที
แพทย์จะพิจารณาฉีดยาเข้าวันตาด้วยเหตุผลดังนี้

1. มีอาการลูกกลามมากขึ้น จนตามองไม่เห็น
แสงไฟ

2. มีการลอกของจอตา

3. มีการอักเสบของตา

รายงานผู้ป่วยโรคจอตาอักเสบ จากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติ
ไทย ศาสนาพุทธ อาชีพทำสวน การศึกษาชั้นมัธยมศึกษา
ปีที่ 6 ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยทราบผลการ
ตรวจเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวี จากโรงพยาบาลอื่นและ
ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส จึงขอมารับการรักษาที่สถาบัน
บำราศนราดูร แพทย์จึงได้ส่งปรึกษาและตรวจเลือดซ้ำ
เมื่อวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2562 ผลยืนยันว่าติดเชื้อ
เอชไอวี และตรวจพบเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 = 11
เซลล์/ลบ.มม. และแพทย์ได้เริ่มให้รับประทานยาต้านไวรัส
เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2562 เริ่มยาต้านไวรัส สูตร
ทีโนโฟเวียร์ (Tenofovir) 300 มก. ร่วมกับ เอ็มโทรซิตา
บิน (Emtricitabine) 200 มก. และ เอฟฟาเวเรนซ์
(Efavirenz) 600 มก. (Teevir®) และวันที่ 12 ตุลาคม
พ.ศ. 2562 เริ่มให้ยาโคไตรม็อกซาโซล (Trimethoprim/
Sulfamethoxazole) หรือ แบคทริม (Bactrim) วันละ
1 เม็ด ต่อมา เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในวันที่ 22
ตุลาคม พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยมีอาการตาซ้ายเห็นเป็น
หยากไย่ลอย แพทย์อายุรกรรมจึงได้ส่งปรึกษาจักษุแพทย์
ข้อมูลอาการสำคัญ พบว่า 3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล
ตาซ้ายเห็นเป็นหยากไย่ลอย ไม่มีแสงแวบ ไม่มีพริ้มมัว
ไม่มีอาการมองเห็นใกล้ไกลไม่ชัด และไม่มีภาพซ้อน
การวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยโรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโล
ไวรัส ร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี

หลังจากนั้น ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษา
และรับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนถึงเดือนกุมภาพันธ์
พ.ศ. 2563 โดยข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่พบ ผลการตรวจ
ร่างกาย การรักษา และการพยาบาลในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วย
มารับบริการ ได้แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลอาการที่พบ ผลการตรวจร่างกาย การรักษา และการพยาบาล ในการมารับบริการของผู้ป่วย ณ สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

วันที่	อาการ	การตรวจร่างกาย	การรักษา	การพยาบาล
22 ต.ค. 62	ตาซ้ายเห็นเป็นหยาก ไหล่ลอย ไม่มีแสงแวบ พร่ามัว มองใกล้ไกลไม่ชัด ไม่มีภาพซ้อน	เวลา 17.41 น. วัดระดับสายตา (Visual Acuity: VA) = -ข้างขวา (RE): VA = 20/20-1 วัดความดันตา (Auto Tension)= 14 -ข้างซ้าย (LE): VA = 20/200 ใช้อุปกรณ์บังตาชนิดมีรู (pinhole) = 20/20-2 วัดความดันตา (Auto Tension) = 20 -การวัดสายตาด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Auto refractor) -ตาข้างขวา สั้น 50 เอียง 50 องศา 96 -ตาข้างซ้าย สั้น 25 เอียง 275 องศา 60 -การถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) -ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE -การตรวจตาโดยแพทย์ (Cell): -ve, 2+ (Lens): clear, both (Vitreous): clear, clear (Retina): normal eye ground, cmv retinitis inferior temporal	ให้ยาไซมีวิน โดยมีสารสำคัญ ได้แก่ แกนโซโคโลเวีย (Ganciclovir sodium) รู้จักในชื่อการค้า: ไซมีวิน (Cymevene) 10 mg. (แบ่งฉีดตา) Intravitreal (IVT) การฉีดยาเข้าวุ้นตา 1 ขวด (vial) ฉีดยาเข้าตาข้างซ้าย ทุก 2 สัปดาห์	1. หลีกเลี่ยงการขยี้ตาและไม่ให้น้ำหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าตาข้างที่ฉีดยา 2. ทำความสะอาดใบหน้าโดยใช้ผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดหน้าแทนการล้างหน้า สามารถอาบน้ำและแปรงฟันได้ตามปกติ แต่ต้องระวังไม่ให้น้ำกระเด็นเข้าตา 3-5 วัน 3. แนะนำมาตรวจตามนัด

ตารางที่ 1 ข้อมูลอาการที่พบ ผลการตรวจร่างกาย การรักษา และการพยาบาล ในการมารับบริการของผู้ป่วย ณ สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (ต่อ)

วันที่	อาการ	การตรวจร่างกาย	การรักษา	การพยาบาล
1 พ.ย. 62	ตาซ้ายหลัง นิดยา มอง เห็นสว่างมากขึ้นกว่าเดิม	เวลา 10.43 น. วัดระดับสายตา (Visual Acuity: VA) -ข้างขวา (RE): VA = 20/20-1 วัดความดันตา (Auto Tension)=15 -ข้างซ้าย (LE): VA = 20/200 ใช้อุปกรณ์บังตาชนิดมีรู (pinhole) = 20/50+2 วัดความดันตา (Auto Tension)=17 -การถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) -ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE	ให้ยาไซมีวิน โดยมีสารสำคัญ ได้แก่ แกนโซโคโลเวีย (Ganciclovir sodium) รู้จักในชื่อการค้า: ไซมีวิน (Cymevene) 10 mg. (แบ่งฉีดตา) Intravitreal (IVT) การฉีดยาเข้าวุ้นตา 1 ขวด (vial) นิดยาเข้าตาข้างซ้าย ทุก 2 สัปดาห์	- หลังฉีดเสร็จหากมีอาการปวดรับประทาน ยาพาราเซตามอลขนาด 500 มก. ครั้งละ 1 เม็ด โดยควรรับประทานห่างกันประมาณ 4-6 ชม. หากรับประทานยาพาราเซตามอลแล้วประมาณ 2 ครั้ง แล้วอาการปวดไม่ทุเลา และมีอาการปวดร้าวมาที่ท้ายทอย คลื่นไส้ อาเจียน หรือหากตาข้างที่ได้รับการฉีดยา มีขี้ตาสีเขียว บวมแดงปวดตามาก มองเห็นแย่งลงกว่าก่อนฉีดยา หรือมีอาการแพ้แสงควรรีบมาพบจักษุแพทย์ทันที ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ - แนะนำมาตรวจตามนัด
15 พ.ย. 62	ตาซ้ายมอง เห็นดีขึ้น ชัดขึ้นกว่าเดิม	เวลา 09.24 น. วัดระดับสายตา (Visual Acuity: VA) -ข้างขวา (RE): VA = 20/20-1 วัดความดันตา (Auto Tension) =15 -ข้างซ้าย (LE): VA = 20/100 ใช้อุปกรณ์บังตาชนิดมีรู (pinhole) = 20/70+2 วัดความดันตา (Auto Tension)=15 -การถ่ายภาพจอประสาทตา	ให้ยาไซมีวิน โดยมีสารสำคัญ ได้แก่ แกนโซโคโลเวีย (Ganciclovir sodium) รู้จักในชื่อการค้า: ไซมีวิน(Cymevene) 10 mg. (แบ่งฉีดตา) Intravitreal (IVT) การฉีดยาเข้าวุ้นตา 1 ขวด (vial) นิดยาเข้าตาข้างซ้าย ทุก 2 สัปดาห์	-ไม่ให้น้ำหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าตาข้างที่ฉีดยา และทำความสะอาดใบหน้าโดยใช้ผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดหน้าแทนการล้างหน้า สามารถอาบน้ำและแปรงฟันได้ตามปกติ แต่ต้องระวังไม่ให้น้ำกระเด็นเข้าตา 3-5 วัน ตามที่แพทย์แนะนำ ซึ่งหลังฉีดยาเข้าวุ้นตาอาจเกิดอาการแทรกซ้อนบ้างแต่ไม่เป็นอันตราย เช่น มองเห็นจุดสีดำหรือฟองอากาศลักษณะกลมลอยไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลอาการที่พบ ผลการตรวจร่างกาย การรักษา และการพยาบาล ในการมารับบริการของผู้ป่วย ณ สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (ต่อ)

วันที่	อาการ	การตรวจร่างกาย	การรักษา	การพยาบาล
		(Fundus Camera) -ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE		มาในลานสายตาสว่างที่ฉีกขาด ซึ่งสามารถหายเองได้ภายใน 2-3 วัน เลือดออกที่เยื่อบุตาขาว ซึ่งสามารถหายได้เองภายใน 7-14 วัน
29 พ.ย. 62	ตาซ้ายมองเห็นดีขึ้นกว่าเดิม	เวลา 09.51 น. วัดระดับสายตา (Visual Acuity: VA) -ข้างขวา (RE): VA = 20/20-1 วัดความดันตา (Auto Tension) =13 -ข้างซ้าย (LE): VA = 20/200 ใช้อุปกรณ์บังตาชนิดมีรู (pinhole) = 20/30 -2 วัดความดันตา (Auto Tension)=13 -การถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) -ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE การตรวจตาโดยแพทย์ (Cell): -ve, trace (Lens): clear, both (Vitreous): clear, clear (Retina): normal eye ground, CMVR retinitis inferior temporal turn scar (Cornea): clear, diffuse kp	ให้ยาไซมีวิน โดยมีสารสำคัญ ได้แก่ แกนโซโคโลเวีย (Ganciclovir sodium) รู้จักในชื่อการค้า: ไซมีวิน (Cymevene) 10 mg. (แบ่งฉีดตา) Intravitreal (IVT) การฉีดยาเข้าวุ้นตา 1 ขวด (vial) ฉีดยาเข้าตาข้างซ้าย ทุก 2 สัปดาห์	- สังเกตตาข้างที่ฉีก หากมีอาการ ปวดตา ตาแดงร่วมกับตามัวลงมาก มีขี้ตาออก เยอะ ให้มาพบแพทย์ก่อนนัดทันที - ทำความสะอาดหน้าโดยการใช้น้ำสะอาดล้างหน้า เช็ดทำความสะอาด เข้า-เย็น และมาตรวจตามนัด

ตารางที่ 1 ข้อมูลอาการที่พบ ผลการตรวจร่างกาย การรักษา และการพยาบาล ในการมารับบริการของผู้ป่วย ณ สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (ต่อ)

วันที่	อาการ	การตรวจร่างกาย	การรักษา	การพยาบาล
13 ธ.ค. 62	ตาซ้ายหลัง ฉีดยาเริ่ม มองเห็น เพิ่มขึ้น น้ำหนักตัว เพิ่มขึ้นจาก 52 กก. เมื่อ เริ่มรักษา เป็น 55 กก.	เวลา 08.38 น. วัดระดับสายตา (Visual Acuity: VA) -ข้างขวา (RE): VA = 20/20-1 วัดความดันตา (Auto Tension)= 16 -ข้างซ้าย (LE): VA = 20/100 ใช้อุปกรณ์บังตาชนิดมีรู (pinhole) = 20/70 +2 วัดความดันตา (Auto Tension)=15 -การถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) -ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE การตรวจตาโดยแพทย์ (Eye ground): old retinal exudate + faint scar inferor-tem- poral LE with some angiitis เวลา 09.38 น.	ให้ยาไซมีวิน โดยมีสาร สำคัญ ได้แก่ แกนโซ โคเลเวีย (Ganciclovir sodium) รู้จักในชื่อการค้า: ไซมีวิน (Cymevene) 10 mg. (แบ่งฉีดตา) Intravitreal (IVT) การฉีดยาเข้าวุ้นตา 1 ขวด (vial) ฉีดยาเข้าตา ข้างซ้าย ทุก 2 สัปดาห์	- หลังฉีดเสร็จหากมีอาการ ปวด ทานยาลดอาการปวดได้ - ทำความสะอาดหน้าโดย การใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาดเช็ด ทำความสะอาด เข้า-เย็น ห้ามน้ำเข้าตา 3 วัน ตาข้างที่ฉีดอาจแดง เนื่องจากตอนฉีดอาจไปโดน เส้นเลือดฝอยในตา เลือด ออกที่เยื่อตาขาว ซึ่ง สามารถหายได้เองภายใน 7-14 วัน
27 ธ.ค. 62	ตาซ้ายมอง เห็นสว่างขึ้น	วัดระดับสายตา (Visual Acuity: VA) -ข้างขวา (RE): VA = 20/20-1 วัดความดันตา (Auto Tension)=13 -ข้างซ้าย (LE): VA = 20/70 ใช้อุปกรณ์บังตาชนิดมีรู (pinhole) = 20 /50 วัดความดันตา (Auto Tension)=13	ให้ยาไซมีวิน โดยมีสาร สำคัญ ได้แก่ แกนโซ โคเลเวีย (Ganciclovir sodium) รู้จักในชื่อการค้า: ไซมีวิน(Cymevene) 10 mg. (แบ่งฉีดตา) Intravitreal (IVT) การฉีดยาเข้าวุ้นตา 1 ขวด (vial) ฉีดยาเข้าตา ข้างซ้าย ทุก 2 สัปดาห์	- รับประทานยาให้ตรงเวลา และสม่ำเสมอ ห้ามขาดยา สังเกตตาข้างที่ฉีด หากมี อาการ ปวดตา ตาแดงร่วม กับตามัวลงมาก มีขี้ตาออก เยื่อ ให้มาพบแพทย์ก่อน นัดทันที - หลังฉีดเสร็จหากมีอาการ ปวด สามารถรับประทานยา ลดอาการปวดได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลอาการที่พบ ผลการตรวจร่างกาย การรักษา และการพยาบาล ในการมารับบริการของผู้ป่วย ณ สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (ต่อ)

วันที่	อาการ	การตรวจร่างกาย	การรักษา	การพยาบาล
		-การถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) -ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE การตรวจตาโดยแพทย์ (Eye ground) : old retinal exudate + faint scar inferi-or-temporal LE with some angiitis		- ทำความสะอาดหน้าโดยการใช้น้ำชุบน้ำบิดหมาดเช็ดทำความสะอาด เข้า-เย็น ห้ามน้ำเข้าตา 3 วัน ตาข้างที่ฉีดอาจแดงเนื่องจากตอนฉีดอาจไปโดนเส้นเลือดฝอยในตา อาการแดงจะหายไปเองภายใน 3-5 วัน
10 ม.ค. 63	ตาซ้ายเริ่มมองเห็นเพิ่มขึ้น	เวลา 09.03น. วัดระดับสายตา (Visual Acuity: VA) -ข้างขวา (RE): VA = 20/20-1 วัดความดันตา (Auto Tension)=16 -ข้างซ้าย (LE): VA = 20/70 ใช้อุปกรณ์บังตาชนิดมีรู (pinhole) = 20 /30 +2 วัดความดันตา (Auto Tension)=15 -การถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) -ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE	ให้ยาไซมีวิน โดยมีสารสำคัญ ได้แก่ แกนโซโคโลเวีย (Ganciclovir sodium) รู้จักในชื่อการค้า: ไซมีวิน (Cymevene) 10 mg. (แบ่งฉีดตา) Intravitreous (IVT) การฉีดยาเข้าวุ้นตา 1 ขวด (vial) ฉีดยาเข้าตาข้างซ้าย ทุก 2 สัปดาห์	- มาฉีดยาตามแพทย์นัด - รับประทานยาให้ตรงเวลา และสม่ำเสมอ ห้ามขาดยา - หลังฉีดเสร็จหากมีอาการปวดทนายาลดอาการปวดได้ - ทำความสะอาดหน้าโดยการใช้น้ำชุบน้ำบิดหมาดเช็ดทำความสะอาด เข้า-เย็น ห้ามน้ำเข้าตา 3 วัน - ตาข้างที่ฉีดอาจแดงเนื่องจากตอนฉีดอาจไปโดนเส้นเลือดฝอยในตา อาการแดงจะหายไปเองภายใน 3-5 วัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลอาการที่พบ ผลการตรวจร่างกาย การรักษา และการพยาบาล ในการมารับบริการของผู้ป่วย ณ สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 (ต่อ)

วันที่	อาการ	การตรวจร่างกาย	การรักษา	การพยาบาล
31 ม.ค. 63	ตาซ้ายมอง เห็นชัดขึ้น	การตรวจตาโดยแพทย์ (Cornea): clear, clear	try off ganciclovir	วันนี้ไม่ได้ฉีดยา
63	กว่าเดิม	(Cell): -ve, -ve	นัดติดตามการรักษา 2 สัปดาห์	- นัดติดตามการรักษา: วันที่ 14 ก.พ. 63
	ตาซ้ายยังมี	(Lens): clear, both		- การพยาบาลและคำแนะนำ: แนะนำการปฏิบัติตัว,
	พร่ามัวเป็น	(CD ratio): 0.3, 0.3		แนะนำการดูแลตนเอง,
	บางครั้ง	(Retina): normal eye ground , inactive retinitis		แนะนำมาตรวจตามนัด ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนนัด
14 ก.พ. 63	เวลา 09.15น. วัดระดับสายตา (Visual Acuity: VA)	เวลา 09.15น. วัดระดับสายตา (Visual Acuity: VA)	try off ganciclovir ต่อ	วันนี้ไม่ได้ฉีดยา
	-ข้างขวา (RE): VA = 20/20-1	-ข้างขวา (RE): VA = 20/20-1	นัดติดตามการรักษา 1 เดือน Dilate LE	- นัดติดตามการรักษา: วันที่ 13 มี.ค. 63
	วัดความดันตา (Auto Tension)=16	วัดความดันตา (Auto Tension)=16		(Next visit): Dilate LE
	-ข้างซ้าย (LE): VA = 20/70	-ข้างซ้าย (LE): VA = 20/70		(ขยายม่านตาข้างซ้ายก่อนพบแพทย์)
	ใช้อุปกรณ์บังตาชนิดมีรู (pinhole)	ใช้อุปกรณ์บังตาชนิดมีรู (pinhole)		- การพยาบาลและคำแนะนำ: แนะนำการปฏิบัติตัว,
	= 20 /40 -2	= 20 /40 -2		แนะนำการดูแลตนเอง,
	วัดความดันตา (Auto Tension)=13	วัดความดันตา (Auto Tension)=13		แนะนำมาตรวจตามนัด ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนนัด
	-การถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera)	-การถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera)		
	-ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE	-ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE		
	การตรวจตาโดยแพทย์ (Cornea) : clear, clear	การตรวจตาโดยแพทย์ (Cornea) : clear, clear		
	(Cell) : -ve, -ve	(Cell) : -ve, -ve		
	(Lens) : clear, both	(Lens) : clear, both		

ตารางที่ 1 ข้อมูลอาการที่พบ ผลการตรวจร่างกาย การรักษา และการพยาบาล ในการมารับบริการของผู้ป่วย ณ สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 (ต่อ)

วันที่	อาการ	การตรวจร่างกาย	การรักษา	การพยาบาล
		(Retina): normal eye ground, inactive retinitis เวลา 10.05 น. วัดระดับสายตา (Visual Acuity: VA) -ข้างขวา (RE): VA = 20/20-1 วัดความดันตา (Auto Ten- sion)=14 -ข้างซ้าย (LE): VA = 20/70 ใช้อุปกรณ์บังตาชนิดมีรู (pinhole) = 20/30 -2 วัดความดันตา (Auto Tension) =15 -การถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) -ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE -การวัดสายตาด้วยเครื่อง อัตโนมัติ (Autorefractor) -ตาข้างขวา เอียง 50 องศา 97 -ตาข้างซ้ายยาว 75 เอียง 3255 องศา 56 -การถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus Camera) -ขยายม่านตาทั้ง 2 ตา (Dilate): BE การตรวจตาโดยแพทย์ (Cornea): clear (Lens): clear (Retina): quiet		

การรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จักษุ สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่วันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2562 และมีการติดตามอาการเป็นระยะโดยเริ่มรับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเข้าวุ้นตา ตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษา หลังจากนั้นมีการติดตามการรักษาทุก 2 สัปดาห์ และมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งหยุดการฉีดยาเมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 ผลการรักษาโดยรวมพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

บทวิจารณ์

ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกระดับ CD4 ได้ใช้เกณฑ์การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพดีขึ้น จากการเข้าถึงยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์กลายเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จึงมีความสำคัญที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคงอยู่ในระบบการดูแลรักษา อย่างมีคุณภาพ (Treat & Retain)⁽⁸⁾ ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสนี้น้อยลงไปมาก ดังนั้น การทบทวนความรู้และการนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยและการนำแนวทางมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลที่อาจจะต้องดูแลผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยโรคนี้ โดยนำแนวทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ ทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาได้ดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้

ปัญหาที่ 1 ตาพร่ามัวเนื่องจากการอักเสบของจอตาจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส

ปัญหาเกิดจากเมื่อผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. ทำให้มีโอกาสติดเชื้อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ ซึ่งไซโตเมกะโลไวรัสก็เป็นหนึ่งในจำนวนเชื้อดังกล่าว อวัยวะที่มักติดเชื้อได้ง่ายคือจอตา (Retina) ทำให้เกิดเป็นแผลเป็น (Retina necrosis) ผู้ป่วยจะตามัวลงเรื่อยๆ จนมองไม่เห็นแสงในที่สุด

พยาบาลจะปฏิบัติตามแนวทางการรักษาจอตาอักเสบจากไซโตเมกะโลไวรัส ประกอบไปด้วย

1. การประเมินสภาพการมองเห็นด้วยการอ่านแผ่นป้าย Snellen หรือ ETDRS
2. การขยายม่านตาด้วย 1% mydriacyl และ 10% phenylephrine
3. การตรวจจอตาด้วยเครื่องตรวจจอตาแบบอ้อม (indirect ophthalmoscopy) หรือถ่ายภาพจอตา (fundus photography)
4. ถ้าอาการมากแพทย์ผู้รักษายาจทำการฉีดยาแก๊นซีโคลเวียร์เข้าวุ้นตา (intravitreal ganciclovir injection)

โดยพยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการสังเกตอาการตนเองให้ได้เพื่อจะได้มาทำการรักษาได้รวดเร็ว พร้อมทั้งให้คำแนะนำว่าการรักษาเป็นเพียงการยับยั้ง ลดการลุกลามของโรค

ปัญหาที่ 2 อาจเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการสูญเสียการมองเห็น (ตาพร่ามัว) จากการขยายม่านตา

ปัญหาเกิดจากเมื่อมาทำการรักษาฉีดยาแก๊นซีโคลเวียร์เข้าวุ้นตา จะต้องมีการเตรียมขยายม่านตาก่อน ฉีดยา เมื่อขยายม่านตาจะทำให้ตาพร่ามัวประมาณ 2 ชม. ทำให้การมองเห็นเปลี่ยนไป เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ พยาบาลจึงต้องแนะนำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พร้อมกับญาติเพื่อจะได้ช่วยดูแลหลังฉีดยาเสร็จ

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยเนื่องจากสูญเสียการมองเห็น

ปัญหาเกิดจากผู้ป่วยมีอาการป่วยจากการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่จอตา ทำให้การมองเห็นลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม พยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมกับการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้โรคลุกลามต่อไป

ปัญหาที่ 4 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับรักษาโดยการฉีดยาเข้าวุ้นตา

ปัญหาเกิดจากการได้รับฉีดยาแก๊นซีโคลเวียร์เข้าวุ้นตา อาจจะทำให้เกิดตาขังที่ฉีดยา เกิดอาการแดงขึ้นได้เนื่องจากตอนฉีดยาอาจไปโดนเส้นเลือดฝอยในตา

อาการแดงจะหายไปเองภายใน 3-5 วัน พยาบาลหลังฉีดเสร็จหากมีอาการปวดให้ทานยาลดอาการปวดได้ทำความสะอาดหน้าโดยการใช้น้ำสะอาดล้างตาทำความสะอาด เช้า-เย็น ห้ามน้ำเข้าตา 3 วัน สิ่งเหล่านี้นี้ พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

ข้อคิดเห็น

ด้านบริการ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและการให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งให้บริการอย่างเท่าเทียม

พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุดเพื่อลดโอกาสการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ ด้วย

ด้านบริหาร

ควรส่งเสริมการจัดการบริการในแผนกให้มีความคล่องตัว

ด้านวิชาการ

ควรฟื้นฟูความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่อาจจะมีโอกาสให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคนี้

สรุป

จากการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่จอตา (Cytomegalovirus retinitis: CMVR) ในการทบทวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ เป็นการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา รวมถึงการให้การพยาบาลเกี่ยวกับโรคนี้ โดยมีการศึกษาผ่านกรณีศึกษา จะเห็นได้ว่าการรักษาโรค Cytomegalovirus ที่ retina (CMVR) จะประสบความสำเร็จได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการรักษาเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องมีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของตนเอง เพื่อจะได้สามารถแจ้งแพทย์ที่ทำการรักษา ช่วยให้การรักษาทันท่วงทีและได้ผลดี ไม่เกิดความพิการ

เอกสารอ้างอิง

1. Family Health International (FHI) and Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025. Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, MOPH. 2008. (in Thai)
2. Bureau of AIDS TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Thailand National Guideline on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017. 1st edition. Bangkok. Printing House Agricultural Cooperatives of Thailand Limited. 2017. (in Thai)
3. Sookjai Phoiampaisathit. Cytomegalovirus or CMVR. 2019. [Internet]. [cited 2020 Jun 12]. Available from: <http://webdb.dmhc.moph.go.th/> (in Thai)
4. Nittaya Suttikul. Cytomegalovirus infectious (CMVR): symptoms, causes, treatment. [Internet]. [cited 2020 Jun 12]. Available from: <https://bupa.co.th/cytomegalovirus-cmvr-infection-0631/> (in Thai)
5. Pilaiphan Phutwattana. HIV and opportunistic infection. 1st edition. Bangkok. Augsornsamai (TH), 1998. (in Thai)
6. Krisada Hanbunjerd. Ocular manifestation in HIV/AIDS patients. 1st edition. Bangkok: Printing Office of National Buddhism, 2010. (in Thai)
7. Yaowarat Inthong. Manual of Nursing Practice for HIV / AIDS Patients. 2nd edition. Bangkok : JS.Printing (TH), 2001. (in Thai)

8. Bureau of AIDS TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health& Thai-US Cooperation Center on Public Health. Guideline on Differentiated Care for Antiretroviral Treatment Service Delivery for Stable People Living with HIV in Thai Health Care Setting. Bangkok: Radiation Printing (TH). 2020. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

FACTORS RELATED TO THE ABSENCE OF TREATMENT APPOINTMENTS OF THE PATIENTS WITH HIV / AIDS IN VACHIRA PHUKET HOSPITAL

กัญญา พฤทธิสืบ

Kanya Phruetthisueb

งานเอดส์งานผู้ป่วยนอก

ARV Clinic of Vachira Phuket Hospital

กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Received: 04/06/2021

Revised: 08/06/2021

Accepted: 23/07/2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดการรักษา และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านโครงสร้างสถานบริการ บุคคล ชุมชนที่มีผลต่อการขาดนัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป มีประวัติขาดนัดเกิน 1 สัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี จำนวน 349 คน และผ่านเกณฑ์สมัครใจในการทำแบบสอบถาม 67 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อหาความสัมพันธ์กับการขาดนัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดการรักษาเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 55.20 มีอายุระหว่าง 21-41 ปี ร้อยละ 53.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 52.20 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.80 และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านโครงสร้าง สถานบริการ บุคคล/ชุมชนที่มีผลต่อการขาดนัดไม่มาตามนัดพบว่า (1) ด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ มีระยะทางไกลจากบ้านพักหรือที่ทำงานพบมากที่สุด ร้อยละ 56.00 ไม่มีงานทำ ร้อยละ 32.00 และมีค่าเดินทางแพง ร้อยละ 16.00 (2) ด้านคุณภาพคลินิกพบว่า ไม่มีความเป็นส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 53.80 และกลัวถูกเปิดเผยเลือดให้ผู้อื่นรู้ ร้อยละ 30.80 (3) ด้านการทำงานและครอบครัวพบว่า ทำงานงานยุ่งพบมากที่สุด ร้อยละ 67.60 ต้องดูแลครอบครัว ร้อยละ 38.20 และสามีหรือภรรยาเสียชีวิต ร้อยละ 5.90 (4) ด้านสุขภาพพบว่า มียารับประทานเหลือพบมากที่สุด ร้อยละ 48.30 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 31.00 และไม่จำเป็นต้องกินยา ร้อยละ 3.40 และ (5) ด้านการรับรู้ข้อมูลอื่นๆ การย้ายกลับบ้านพบมากที่สุด ร้อยละ 100

Abstract

The objectives of this research the factors affecting the absence of appointments and missing treatment among the patients with HIV / AIDS and to study the relationship of the factors of individual / community service structure affecting the absence of appointments and missing treatment. Of HIV / AIDS infected who had been on antiviral drugs for 12 months or more, had a history of missed appointment and lack of treatment for at least 1 week in a year total 349 people and voluntarily take the questionnaire 67 people. Data were

collected by questionnaires the general information were analyzed by descriptive statistics, distribution of frequency, mean, percentage, standard deviation and Pearson's Correlation Coefficient.

The results of the research were as follows. The factors affecting the absence of treatment and missing appointments were mostly males 55.20%, age between 21-41 years 53.70%. Average monthly income was less than 15,000 baht 52.20%. And the education level was secondary level 44.80%. The factors related to the level of services and individual community structure affecting the absence of an appointment were as follows of (1) service access, the clinical distance is far away from home 56.00%, unemployment 32.00% and the travelling expenses were expensive 16.00%, (2) Clinical quality, no privacy; the most 53.80% followed by fear of disclosure of blood results to others 30.80%, (3) Work and family, the busiest working was 67.60%, followed by family care 38.20% and the least, the husband or wife passed away 5.90%, (4) In terms of health, there was enough medicine left the most 48.30% admitted in the hospital 31.00% and the least no need to take medicine 3.40, (5) On the other side of receiving the information, the relocation to the country was the most 100 percent.

คำสำคัญ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การขาดนัดการรักษา การคงอยู่ในระบบ

Keywords

HIV/AIDS patients,

Loss to follow-up, Retention

บทนำ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคม หากไม่ได้รับการรักษา หรือทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลงร่างกายไม่แข็งแรงมีโอกาสติดเชื้อโรคฉวยโอกาสและถ้าหากไม่ป้องกัน สามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้แก่บุคคลอื่นๆ และผลกระทบทางสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะปกปิดเป็นความลับ ไม่ให้คนอื่นทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี เช่น คนในครอบครัว เพื่อน บ้านและที่ทำงาน เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจ และให้เกิดการตีตราจากสังคม ทำให้ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจและความสัมพันธ์ความรู้สึกไว้วางใจกับบุคคลหรือคู่สัมพันธ์คนในครอบครัวหายไป⁽¹⁾ สาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มาตามนัดและขาดนัดทำให้การดูแลรักษาไม่ต่อเนื่องและจากข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมลดลงอยู่ที่

462,376 คน และประมาณ 375,000 คนได้รับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และคาดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 4,855 คน และผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากเอดส์ 11,882 คน โดยคาดประมาณว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และผู้เสียชีวิตจะลดลงอย่างต่อเนื่อง และจากข้อมูลการคงอยู่ในระบบการดูแลรักษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษาหลังเริ่มรับยาต้านที่ 12 เดือน 24 เดือน และ 60 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 92.00, 93.00 และ 93.00 ตามลำดับ⁽²⁾

สถานการณ์จังหวัดภูเก็ตมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่มีชีวิตอยู่และได้รับการวินิจฉัยจำนวน 5,712 คน ที่มีการกระจายตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ตามสิทธิ์การรักษาพบว่าโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตมีผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาส่งสุดเป็นอันดับ 1 รองลงมาโรงพยาบาลมิชชั่นภูเก็ตและโรงพยาบาลป่าตองตามลำดับ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 4,621 คน สูงสุดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ร้อยละ 87.00 และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับประทานยาต้านไวรัสและสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ

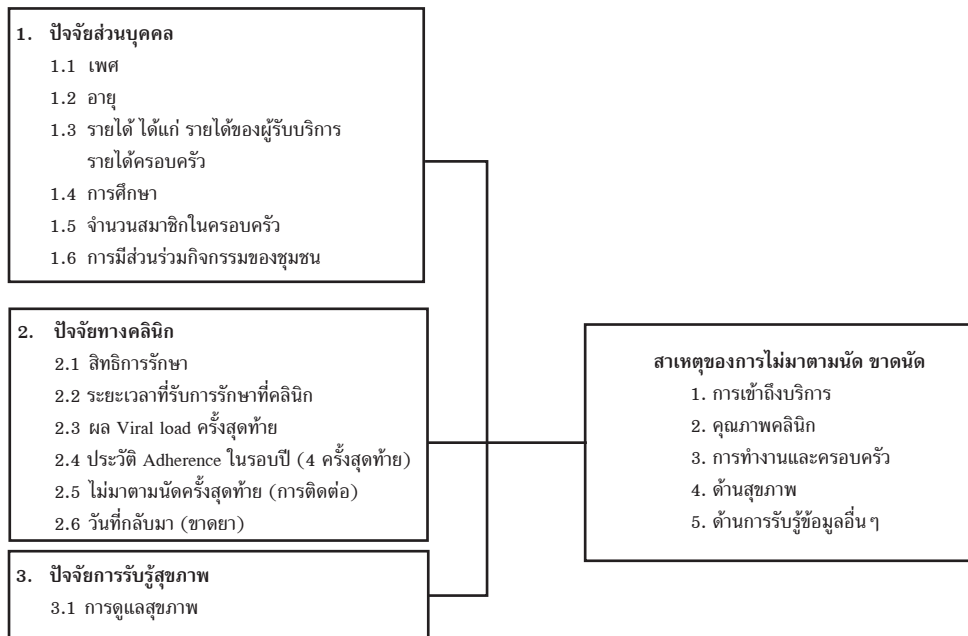
จำนวน 2,923 คน สูงสุดอยู่ที่โรงพยาบาลถลาง ร้อยละ 85.00⁽³⁾ สาเหตุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดภูเก็ตพบว่า ผลต่อการคงอยู่ในระบบของการดูแลรักษาต่อเนื่องของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การไม่มาตามนัด การขาดนัด การรักษาและการดูแลรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง มีเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลในคลินิกยาต้านไวรัสพบว่า มีจำนวนคนใช้ขาดนัดในปี 2562-2563 จำนวน 109 คน และ 204 คน ตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อปริมาณเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อ ทำให้ไม่สามารถกดจำนวนไวรัสให้อยู่ในปริมาณที่ไม่เกิดการถ่ายทอดเชื้อและเป็นผลเสียต่อสภาวะร่างกายของผู้ติดเชื้อได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของวิลาวัณย์ ชมาฤกษ์ ธนิตา ตั้งยิ่งยง และยงยุทธ วัฒนาไชย ด้านประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ พบว่า 1) ด้านกระบวนการในด้านบริการทางการแพทย์มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เข้าถึงระบบบริการมากขึ้นทำให้อัตราตายจากโรคเอดส์ลดลง 2) มีรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ชัดเจน ผู้ให้บริการมีการผ่านอบรมทักษะและความรู้ในการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และกลุ่มตัวอย่างได้รับบริการด้านสังคม สงเคราะห์ 3) ด้านผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบบริการ สามารถให้บริการครอบคลุมตามเป้าหมาย การพัฒนาส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประชนยาของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อยู่ในระดับที่สูงกว่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 100, 99.10 และ 99.30 ในปี 2553-2555 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตในช่วง 12 เดือนแรก หลังเริ่มยาต้านไวรัสลดลงจากร้อยละ 4.70 นอกจากนี้ มีระบบการรับและส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ระหว่าง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 21 แห่ง ดำเนินการได้ร้อยละ 100 ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความพึงพอใจต่อการจัดระบบ บริการและบุคลากรพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการในระดับมาก และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้

เท่าทันทางด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประชนยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยพบว่า มีความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และชั้นวิจารณ์ญาณในระดับดีมาก และมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประชนยาต้านไวรัสในระดับดีมาก จากการ วิเคราะห์เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้ เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยตรงจากเจ้าหน้าที่ ทางสุขภาพมากกว่าจากการอ่านเอกสารให้ความรู้ ด้วยตนเอง⁽⁴⁾

จากการวิจัยดังกล่าวเห็นความสำคัญของการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับ การดูแลรักษาในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลชิริะกุเกิด และความสำคัญของปัจจัยด้านสถานบริการ บุคคลชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา จำนวนสมาชิก และการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนที่มีผลต่อการไม่มาตามนัดและการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชิริะกุเกิดที่อาจมีความแตกต่างทางด้าน ครอบครัว สังคม และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เอง มีความเปราะบางในหลายประเด็น เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การเปิดเผยผลเลือดที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การรับประชนยาต้านไวรัส การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีการถูกตีตรา เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัย ที่ส่งผลต่อการไม่มาตามนัดและการขาดนัดการรักษาของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับการดูแลรักษาในคลินิกยา ต้านไวรัสโรงพยาบาลชิริะกุเกิด และศึกษาความสัมพันธ์ ของปัจจัยด้านระดับโครงสร้างสถานบริการบุคคลชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา จำนวนสมาชิก และการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนที่มีผลต่อการไม่มาตามนัดและการขาดนัดการรักษา

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design) การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ที่มุ่งศึกษาผลของการให้ข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย เพศหญิงที่ได้รับยาต้านไวรัสมาตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป มีประวัติไม่มาตามนัด และขาดนัดการรักษาเกินกว่า 1 สัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี ที่มารักษาในคลินิกยาต้านไวรัสโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตามเลขที่โครงการวิจัย VPH REC 029/2020 เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2563

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสมาตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป มีประวัติไม่มาตามนัด และขาดนัดการรักษาเกินกว่า 1 สัปดาห์อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี ที่มารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตั้งแต่ปี 2562-2563 มีจำนวน 349 คน โดยเริ่มทำการศึกษาดังแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563-เมษายน 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อกลับมาใช้บริการในรอบปีที่ผ่านมา จำนวน 79 คน มีผู้รับบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกสมัครใจให้เก็บ

แบบสอบถาม จำนวน 67 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสมาตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป
2. มีประวัติไม่มาตามนัด และขาดนัดการรักษาเกินกว่า 1 สัปดาห์ อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่แรก
2. ผู้ยินยอมตนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย แต่ต่อมาได้ปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเงื่อนไขของการศึกษาจำแนกแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลหรือระดับโครงสร้าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านคลินิก ได้แก่ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่รับการรักษาที่คลินิก ผล Viral load ครั้ง

สุดท้าย ประวัติ Adherence ในรอบปี การไม่มาตามนัด
ครั้งสุดท้ายและวันที่กลับมารับยา จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการรับรู้สุขภาพจำนวน
6 ข้อ มีระดับคะแนน 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์ให้
คะแนนเป็นลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า
ลิเคอร์ท (Likert scale) โดยมีระดับค่าคะแนน คือ
การแปลผล ไม่เห็นด้วย ระดับค่าคะแนน = 1 เห็นด้วย
น้อย ระดับค่าคะแนน = 2 เห็นด้วยปานกลาง ระดับค่า
คะแนน = 3 เห็นด้วยมาก ระดับค่าคะแนน = 4 และเห็น
ด้วยมากที่สุดระดับค่าคะแนน = 5 ผู้วิจัยได้นำคะแนน
ระดับความสำคัญมาพิจารณาเป็นเกณฑ์การให้คะแนน
ความสำคัญโดยใช้อันดับการขึ้นมาช่วยในการพิจารณา
โดยใช้สูตรดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับขั้น}} \\ &= \frac{5-1}{5} \\ &= 0.8 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ได้ช่วงคะแนน คือ 0.8 ใช้เกณฑ์
การประเมินระดับการดูแลด้านสุขภาพ ดังนี้

ระดับค่าเฉลี่ย	ระดับการดูแลสุขภาพ
1.00-1.80	หมายถึง ระดับการดูแลน้อยที่สุด
1.81-2.60	หมายถึง ระดับการดูแลน้อย
2.61-3.40	หมายถึง ระดับการดูแลปานกลาง
3.41-4.20	หมายถึง ระดับการดูแลมาก
4.21-5.00	หมายถึง ระดับการดูแลมากที่สุด

ผู้วิจัยได้นำระดับความสัมพันธ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	การแปลผลระดับความสัมพันธ์
0.00-0.20	ความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
0.21-0.50	ความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
0.51-0.80	ความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
0.81-1.00	ความสัมพันธ์ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 สาเหตุการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้าย
เป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการให้เลือกตอบ
กำหนดแบบสอบถามให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถ

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอ
อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายให้
กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอน
การเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการเข้าร่วมศึกษา

3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วย
ตนเอง ยกเว้นในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างบางคนมีปัญหาการ
อ่านหรือการมองเห็นผู้วิจัยอ่านให้ฟังที่ละข้อพร้อมบันทึก
คำตอบลงในช่องคำตอบ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์
ตามแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความ
สมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมา
วิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปใน
การวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ซึ่งใช้สถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive Statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่
(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Division) และหาค่า
ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคลหรือโครงสร้าง ได้แก่
เพศภาวะ อายุ รายได้ การศึกษา สมาชิกในครอบครัว
และการมีส่วนร่วมในชุมชน

2. ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่สิทธิการรักษา
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาการสนับสนุนทางสังคม
ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา และการขาดนัด
การรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์วิเคราะห์ข้อมูลด้วย
การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระปัจจัย
ด้านบุคคลและปัจจัยด้านคลินิกของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์
โรงพยาบาลชิริกะเก้ โดยใช้สถิติ Chi-square test โดย
ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคลของการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับการดูแลรักษาในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 67 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.20 มีอายุระหว่าง 21-41 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.70 ในครอบครัว

มีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 41.80 และสมาชิกในครอบครัวที่มีรายได้เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 38.80 ส่วนใหญ่เป็นรายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.20 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.80 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	55.20
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)/กลุ่มข้ามเพศ (TG)	6	8.96
หญิง	24	35.80
อายุ		
ช่วงอายุ 57-74 ปีขึ้นไป	2	3.00
ช่วงอายุ 42-56 ปี	25	37.30
ช่วงอายุ 21-41 ปี	36	53.70
น้อยกว่า 20 ปี	4	6.00
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมผู้ป่วย)		
จำนวน 1 คน	9	13.40
จำนวน 2 คน	16	23.90
จำนวน 3 คน	13	19.40
จำนวน 4 คนขึ้นไป	28	41.80
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีรายได้		
ไม่มีรายได้	4	6.00
จำนวน 1 คน	26	38.80
จำนวน 2 คน	16	23.90
จำนวน 3 คน	11	16.40
จำนวน 4 คนขึ้นไป	10	14.90
รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ย/เดือน		
ไม่มีรายได้	11	16.40
ต่ำกว่า 15,000 บาท	35	52.20
15,001-30,000 บาท	13	19.40
30,001-45,000 บาท	2	3.00
45,001 บาท ขึ้นไป	6	9.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	11	16.40
ระดับมัธยมศึกษา	30	44.80
ระดับอาชีวศึกษา	8	11.90
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	11	16.40
ไม่เปิดเผยข้อมูล	6	9.00

2. ปัจจัยด้านคลินิก

ข้อมูลปัจจัยด้านคลินิกพบว่า สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่คนไข้ใช้สิทธิสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.20 ส่วนใหญ่เป็นคนไข้รายเก่ารับยาต่อเนื่องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.10 ไม่เปิดเผยผลตรวจ CD4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.80 มีผลตรวจ CD4 มากกว่า 499 คิดเป็นร้อยละ 22.40 และมีผลการตรวจ Viral Load ครั้งสุดท้ายพบว่า มีค่า VL < 20 copies/ml (Target not detect: TND) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.70 และคนไข้ที่มีประวัติ Adherence ในรอบปี 4 ครั้งสุดท้ายพบว่า > 95%

และ Adherence 100% คิดเป็นร้อยละ 4 และไม่ระบุประวัติ Adherence สูงถึงร้อยละ 88.10 และมีประวัติการนัดหมาย พบว่า คนไข้ไม่มาตามนัดแต่มาวันอื่นภายใน 1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.00 นอกจากนี้พบว่า คนไข้ไม่ขาดยา คิดเป็นร้อยละ 46.30 และในรอบ 12 เดือน คนไข้เคยขาดยาหรือไม่พบว่า ไม่เคยขาดยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.70 และช่องทางในการติดต่อของเจ้าหน้าที่สามารถติดต่อได้พบว่า ติดต่อบ้างได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30 และในรอบปีคนไข้ได้เข้าร่วมกิจกรรมสำคัญในชุมชน พบว่า ไม่เคยเข้าร่วมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.70 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทางคลินิก

ด้านคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา ($\bar{X}$=1.552, SD=.657)		
สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.)	35	52.20
ประกันสังคม	28	41.80
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	4.50
จ่ายเอง	1	1.50
ระยะเวลาที่รับการรักษา ($\bar{X}$=3.313, SD=2.818)		
คนไข้รายใหม่	3	4.50
คนไข้รายเก่ารับยาต่อเนื่อง	51	76.10
ไม่เปิดเผยข้อมูล	13	19.40
ผลการตรวจ ระดับ CD4 (เซลล์/ลบ.มม.)		
< 200	13	19.40
200-349	5	7.50
350-499	6	9.00
มากกว่า 499	15	22.40
ไม่เปิดเผยข้อมูล	28	41.80
ผลการตรวจ Viral Load ครั้งสุดท้าย		
ค่า VL > 100,000 copies/ml	3	4.50
ค่า VL < 10,000 copies/ml	10	14.90
ค่า VL < 20 copies/ml (Target not detect: TND)	36	53.70
ไม่เปิดเผยผลการตรวจ	18	26.90
มีประวัติ Adherence ในรอบปี 4 ครั้งสุดท้าย		
> 95%	4	6.00
< 95%	0	0.00
100%	4	6.00
ไม่เปิดเผยประวัติ Adherence	59	88.10

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทางคลินิก (ต่อ)

ด้านคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
การนัดหมาย		
ไม่มาตามนัดนัด แต่มาวันอื่นภายใน 1 ปี	65	97.00
ไม่มาตามนัด ขาดนัดเกิน 1 ปี	2	3.00
การขาดยา		
ขาดยา	15	22.40
ไม่ขาดยา	31	46.30
ไม่เปิดเผยข้อมูล	21	31.30
ในรอบ 12 เดือน ท่านเคยขาดยาหรือไม่		
เคยขาดยา	29	4.30
ไม่เคยขาดยา	34	50.70
ไม่เปิดเผยข้อมูล	4	6.00
เจ้าหน้าที่สามารถติดต่อได้		
โทรศัพท์	26	38.80
ติดต่อไม่ได้	29	43.30
ไม่เปิดเผยการติดต่อ	12	17.90
ในรอบปี ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมสำคัญในชุมชน		
เคยเข้าร่วม	16	23.90
ไม่เคยเข้าร่วม	46	68.70
ไม่เปิดเผยข้อมูล	5	7.50

3. ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ

ข้อมูลด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.813$, $SD = 1.546$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เมื่อมีอาการผิดปกติท่านรีบปรึกษาแพทย์ มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.253$, $SD = 1.530$) และให้ความสำคัญต่อการรับประทายยา อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.238$, $SD = 1.457$) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

มีสุขภาพแข็งแรงพอที่จะทำงานและดูแลตนเองได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.014$, $SD = 1.581$) มีบุคคลใกล้ชิดให้การสนับสนุนท่านในการรับประทายยาต้านไวรัส อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.970$, $SD = 1.537$) มีความรู้เรื่องการรับประทายยาต้านไวรัส อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.791$, $SD = 1.451$) และมีการเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.611$, $SD = 1.722$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับการดูแลรักษา
ในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลชิริภูเก็

การรับรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการรับรู้
มีความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส	3.791	1.451	มาก
บุคคลใกล้ชิดให้การสนับสนุนท่านในการรับประทานยาต้านไวรัส	3.970	1.537	มาก
ให้ความสำคัญต่อการรับประทานยา	4.238	1.457	มากที่สุด
เมื่อมีอาการผิดปกติท่านรีบปรึกษาแพทย์	4.253	1.530	มากที่สุด
มีสุขภาพแข็งแรงพอที่จะทำงาน และดูแลตนเองได้	4.014	1.581	มาก
เข้าร่วมกิจกรรมสำคัญในชุมชน	2.611	1.722	ปานกลาง
รวม	3.813	1.546	มาก

4. สาเหตุของการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้าย ร้อยละ 50.70 รองลงมาด้านสุขภาพ ร้อยละ 43.30
สาเหตุของการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้าย การเข้าถึงบริการ ร้อยละ 37.30 การได้รับข้อมูลอื่น ร้อยละ
พบว่า มาจากการทำงานและครอบครัวมากที่สุด คิดเป็น 35.80 และคุณภาพคลินิก ร้อยละ 19.40 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของสาเหตุของการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้าย

สาเหตุของการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้าย	จำนวน	คิดร้อยละ
การเข้าถึงบริการ	25	37.30
คุณภาพคลินิก	13	19.40
การทำงานและครอบครัว	34	50.70
ด้านสุขภาพ	29	43.30
ได้รับข้อมูลอื่น	24	35.80

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับสาเหตุการ
ไม่มาตามนัดและการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลชิริภูเก็
ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ศึกษากับสาเหตุของ
การไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์ที่มารับการดูแลรักษาในคลินิกยาต้านไวรัส
โรงพยาบาลชิริภูเก็พบว่า เพศ อายุ รายได้ การศึกษา
และสถานภาพสมรสในครอบครัว ในภาพรวม
มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการไม่มาตามนัดและการนัด
การรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
(ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับสาเหตุการไม่มาตามนัดและการขาดนัดการรักษา
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ปัจจัยที่ศึกษา	สาเหตุของการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้าย					Chi-square	p-value
	การเข้าถึง บริการ	คุณภาพ คลินิก	การทำงานและ ครอบครัว	สุขภาพ	การรับรู้ ข้อมูลอื่น ๆ		
เพศ						0.28	0.48
ชาย	25 (67.60)	29 (78.40)	20 (54.10)	22 (59.50)	24 (64.90)		
หญิง	13 (66.70)	21 (87.50)	15 (62.50)	15 (62.50)	14 (58.30)		
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ ชาย/กลุ่มข้ามเพศ (TG)	4 (54.30)	4 (54.30)	3 (50.00)	3 (50.00)	5 (83.30)		
อายุ						0.43	0.52
ช่วงอายุ 57-74 ปีขึ้นไป	2 (100.00)	1 (100.00)	1 (50.00)	1 (50.00)	1 (50.00)		
ช่วงอายุ 42-56 ปี	19 (76.00)	24 (96.00)	15 (60.00)	17 (68.00)	15 (60.00)		
ช่วงอายุ 21-41 ปี	19 (76.00)	27 (75.00)	21 (58.30)	18 (50.00)	24 (66.70)		
น้อยกว่า 20 ปี	1 (33.30)	2 (66.70)	2 (66.70)	1 (100.00)	2 (66.70)		
รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ย/เดือน						0.73	0.38
ไม่มีรายได้	3 (75.00)	4 (100.00)	2 (50.00)	3 (75.00)	2 (50.00)		
ต่ำกว่า 15,000 บาท	16 (61.50)	20 (76.90)	14 (53.80)	15 (57.70)	18 (69.50)		
15,001-30,000 บาท	9 (56.30)	12 (75.00)	7 (43.80)	11 (68.80)	10 (62.50)		
30,001-45,000 บาท	8 (72.70)	9 (81.80)	4 (36.40)	5 (45.50)	8 (72.70)		
45,001 บาท ขึ้นไป	6 (60.00)	9 (90.00)	6 (60.00)	4 (40.00)	5 (50.00)		
ระดับการศึกษา						0.64	0.67
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	7 (63.60)	9 (81.80)	6 (54.50)	8 (72.70)	7 (63.60)		
ระดับมัธยมศึกษา	19 (63.30)	24 (80.00)	13 (43.30)	14 (46.70)	22 (73.30)		
ระดับอาชีวศึกษา	3 (37.50)	8 (100.00)	5 (62.50)	4 (50.00)	4 (50.00)		
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	8 (72.70)	6 (54.50)	4 (36.40)	6 (54.50)	7 (63.30)		
ไม่ระบุระดับการศึกษา	4 (66.70)	6 (100.00)	4 (66.70)	5 (83.30)	3 (50.00)		

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

การวิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลหรือปัจจัยโครงสร้างบริการของการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 67 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.20 มีอายุช่วงระหว่าง 21-41 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.70 ในครอบครัวมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 41.80 และสมาชิกในครอบครัวมีรายได้เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 38.80 ส่วนใหญ่เป็นรายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.20 และมี

การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.80 ด้านคลินิกส่วนใหญ่สิทธิหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) คิดเป็นร้อยละ 52.20 ส่วนใหญ่คนไข้รายเก่ารับยาต่อเนื่องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.10 และมีค่า CD4 มากกว่า 499 เซลล์/ลบ.มม. คิดเป็นร้อยละ 22.40 มีผลการตรวจ Viral Load ครั้งสุดท้ายอยู่ที่ค่า < 20 copies/ml. (Target not detect: TND) คิดเป็นร้อยละ 53.70 และผู้ติดเชื้อไม่ยอมเปิดเผยประวัติ Adherence มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.10 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดเชื้อไม่มาตามวันนัด แต่มาวินิจฉัยภายใน 1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.00 ซึ่งสาเหตุของการไม่มาตามนัดใน

ครั้งสุดท้ายอาจมาจากหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่มาตามนัด จากการศึกษาพบว่า สาเหตุของการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้ายมาจากการทำงานและครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.70 รองลงมาด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 43.30 การเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 37.30 การได้รับข้อมูลอื่น คิดเป็นร้อยละ 35.80 และคุณภาพคลินิก คิดเป็นร้อยละ 19.40 นอกจากนี้การรับรู้ด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญ ที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีความรู้ความเข้าใจที่จะมาพบแพทย์ตามนัด และจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X}$ =3.813, SD = 1.546) ในเรื่องของความรู้เรื่องการรับประทายาต้านไวรัสให้ความสำคัญ ต่อการรับประทายา และบุคคลใกล้ชิดให้การสนับสนุนให้ท่านในการรับประทายาต้านไวรัส เมื่อมีอาการผิดปกติท่านรีบปรึกษาแพทย์ และที่สำคัญ ผู้ติดเชื้อต้องหากมีสุขภาพ แข็งแรงพอที่จะทำงานและดูแลตนเองได้ด้วย นอกจากนี้ยังมีการเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญในชุมชนได้ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อมีการเข้าถึงการบริการและมีการให้ความรู้กับ ผู้ติดเชื้อ สอดคล้องกับแนวคิดของชนัญญา คุ่มครอง วันทนา มณีศรีวงศ์กุล พูลสุข เจนพานิชย์ ความสัมพันธ์ของความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้กล่าวว่าผู้ป่วยมีความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายา ต้านไวรัส ทางด้านสุขภาพโดยรวมในระดับดีมาก มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระดับดีมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยตรงจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพมากกว่าจากการอ่านเอกสารให้ความรู้ด้วยตนเอง⁽⁵⁾

ดังนั้นส่วนปัจจัยด้านบุคคลหรือปัจจัยด้านโครงสร้างฯ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้าย สามารถอธิบายโดยอ้างอิงจากทฤษฎี พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (Health Behavior) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกคนมีการรับรู้ของตนเองมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจึงมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้เพื่อใช้ในการดูแลตนเอง เช่น การไปพบแพทย์ กินยาตามกำหนด การออกกำลังกาย เมื่อระบบต่างๆ ดี จิตดีและทุกองค์ประกอบของร่างกายต้องป้องกันด้วยการส่งเสริมสุขภาพ⁽⁶⁾ ดังนั้น ความแตกต่างด้านเพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา จึงไม่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้าย

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ข้อเสนอที่ได้จากผลการศึกษาค้นครั้งนี้เพื่อนำไปปรับใช้ให้เป็นประโยชน์ในการออกแบบพัฒนางาน ติดตามผู้รับบริการให้คงอยู่ในระบบ การจัดระบบการบริการ การเข้าถึงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในสถานพยาบาลในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ ที่ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่ขาดนัดและได้รับการรับประทายอย่างต่อเนื่องมีการคงอยู่ในระบบการดูแลรักษาและอาจนำไปเป็นแนวทางขยายผลการพัฒนางานในระบบงานอื่นได้ รวมทั้งขยายผลไปโรงพยาบาลอื่นๆ ที่สนใจนำไปปรับใช้ในสถานบริการสุขภาพได้

2. ส่งเสริมให้คลินิกบริการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของโรงพยาบาล เพื่อการจัดการบริการที่เหมาะสมให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละบริบทของคลินิก

3. พัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในการดูแลและเข้าถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการ การเข้าถึงการบริการ สาเหตุที่แท้จริงของสาเหตุการไม่มาตามนัดในครั้งสุดท้ายหรือต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริการให้สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาลนั้นๆ พร้อมทั้งความต้องการของผู้รับบริการ

4. ควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สนับสนุนงบประมาณเพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ คลินิกอื่นๆ รวมทั้งให้มีการทบทวนสิทธิการรักษาให้เหมาะสมและง่ายต่อการเข้าถึงการบริการ และการส่งต่อการรักษาเพื่อตอบสนองนโยบาย Getting to Zero “ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา”

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เสียสละเวลาในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสเรียนรู้เห็นความสำคัญของปัญหาสาเหตุของการไม่มาตามนัดและความต้องการของผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มีการคงอยู่ในระบบการรักษาต่อไป และขอขอบพระคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องดังนี้

นายแพทย์เฉลิมพงษ์ สุคนธผล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

บุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดงานเอดส์งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตทุกท่านและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Infection, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017. 1st Edition, Bangkok: Agricultural Cooperative Society of Thailand Limited Printing House; 2017. (in Thai)

2. NAP Web Report [Internet]. Nonthaburi: National Health Security Office. c2016- [cited 2020 July 1]. Available from: <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>. (in Thai)
3. HIV INFO HUB [Internet]. Nonthaburi: Division of AIDS and Sexually Transmitted Infection, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. c2019-[cited 2020 July 1]. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/index.php>. (in Thai)
4. Vilawan Chamaleak, Thanida Tangyingyong, Yongyut Watanachai. Efficacy Study of HIV/AIDS Patient Care Development System. Ubon Ratchathani: Sapphasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province; 2013. (in Thai)
5. Chananya Kumkrong, Wantana Maneesriwongul, Poolsuk Janpanish. Relationships of Health Literacy and Knowledge about Antiretroviral Therapy to Medication Adherence among People Living with HIV. Kuakarun Journal of Nursing. 2014; 21(2): 211-28. (in Thai)
6. Aravan Mungvongsa. Health Behavior Modification. Faculty of Nursing Phetchaburi Rajabhat University [Internet]. [cited 2020 October 1] Available from: <http://nurse.pbru.ac.th/th/wp-content/uploads/2020/05>. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว

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

ประจักษ์ เหมขุนทด

Prajak Herkkhunthod

โรงพยาบาลส่องดาว

Song Dao Hospital

Received: 21/06/2021

Revised: 02/07/2021

Accepted: 27/07/2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก 12 คนและผู้รับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี 89 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย การระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาโดยใช้เทคนิคแผนที่ความคิด (Mind map) การสนทนากลุ่ม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารการปฏิบัติงาน แนวทางปฏิบัติ การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัยตีความหมาย สร้างข้อสรุป และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึง เมษายน 2564

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

Abstract

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

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

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

คำสำคัญ

การพัฒนา,
รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์,
โรงพยาบาลสงขลา

Keywords

Development,
Care model for HIV and AIDS patients,
Song Dao Hospital

บทนำ

เอดส์เป็นปัญหาที่กระทบต่อสังคมและการพัฒนาประเทศ ประเทศไทยมีบทเรียนประสบการณ์การต่อสู้กับปัญหาเอดส์นานกว่า 30 ปี การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้มีความมุ่งมั่นตั้งใจและความร่วมมือทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม เครือข่ายผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี และภาคประชาชนในการดำเนินงานและระดมทรัพยากร⁽¹⁾ โดยมีเป้าหมายลดปัญหาโรคและภัยสุขภาพ ปี 2564 ในระยะปฏิรูป 5 ปี (ปี 2560 - 2564) ข้อที่ 5 เอดส์ลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ ผู้ใหญ่ติดเชื้อรายใหม่ไม่เกิน 2,000 คน⁽²⁾ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2560-2573 ได้มีวิสัยทัศน์คือ การร่วมยุติปัญหาเอดส์ ภายในปี 2573 มีเป้าหมายหลัก 3 ประการคือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ลดการตายจากเอดส์ และลดการเลือกปฏิบัติจากเอดส์และเพศภาวะลง ร้อยละ 90.00⁽¹⁾ โรคเอดส์เป็นภาวะคุกคามที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ องค์ประกอบที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ การรับประทานยา

ต้านไวรัสอย่างถูกต้องครบถ้วนและสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกายและสุขภาพจิต การลดพฤติกรรมเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเสริมสร้างพลังควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ⁽³⁾ ผลการศึกษาพบว่า กลยุทธ์การส่งเสริมวินัยการกินยาต้านไวรัสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยมี 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การสนับสนุนทางสังคม 3) การให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มโดยบุคลากรสุขภาพ 4) การเสริมสร้างแรงเสริมทางบวกและ 5) การติดตามผู้ป่วย ควรใช้กลยุทธ์แบบผสมผสานมากกว่าหนึ่งวิธีโดยคำนึงถึงบริบทของหน่วยงานเป็นสำคัญ⁽⁴⁾ และจากนโยบายการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์โดยใช้มาตรการ RRTTR (Reach, Recruit, Test, Treat, Retain) มุ่งสู่เป้าหมายการเข้าถึงบริการ 90-90-90⁽¹⁾ โดยในด้านการรักษาจะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อทราบสถานะไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด และจากจำนวนผู้ทราบสถานะการติดเชื้อแล้ว ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้าน

เอชไอวี ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90.00 โดยผู้ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีต้องมีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90.00 ที่สามารถกดไวรัสได้ต่ำกว่า $1,000 \text{ copies/mm}^3$ ⁽⁵⁾

จากข้อมูลการให้บริการในคลินิกผู้รับยาด้านไวรัสโรงพยาบาลสองดาว ในปี 2561 - 2563 พบว่า ผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เริ่มยาด้านไวรัสครั้งแรกตรวจพบค่า $\text{CD4} < 200 \text{ cell/mm}^3$ สูงถึงร้อยละ 80.00, 54.14 และ 66.66 ตามลำดับ บ่งบอกถึงการทราบสถานะการติดเชื้อและการเข้าถึงยาด้านไวรัสช้า ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ตรวจเชื้อในปี 2563 จำนวน 8 คนได้รับยาด้านไวรัส จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ยังไม่ได้รับยา 3 คน ในจำนวนนี้เป็นวัณโรคและเสียชีวิตก่อนเข้ารับการรักษา 1 คน แสดงถึงอัตราความครอบคลุมของผู้ที่ทราบผลการติดเชื้อแต่เข้าถึงยาด้านไวรัสยังต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนผู้ป่วยได้รับยาด้านไวรัสมียอดสะสมในปี 2561 - 2563 ⁽⁶⁾ จำนวน 118, 117, 113 คน ตามลำดับ โดยมีอัตราผู้ป่วยที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ ซึ่งต้องมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load: VL) หลังจากได้รับยาด้านไวรัส โดยกำหนดค่าของ $\text{VL} < 1,000 \text{ copies/ml}$. มีแนวโน้มลดลงคิดเป็นร้อยละ 86.24, 90.50 และ 86.94 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายคือร้อยละ 90.00 มีรายที่ขาดนัดมากกว่า 3 เดือน จำนวน 2 คนจากการวิเคราะห์รูปแบบบริการเดิมมีการให้บริการทางการแพทย์ตามแนวทางการตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี 2560 การตรวจ CD4 , VL และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ แต่ยังไม่ได้ร่วมกันปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ประกาศใช้ร่วมกันทำให้ทีมผู้ดูแลมีแนวทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ในด้านบริการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในปัจจุบันพบปัญหาการเข้าถึงบริการการกินยาที่ไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยพบปัญหาว่าบางคนไม่ได้รับยา จากการวิจัยของวิราวรรณ ชมาฤกษ์ ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจนในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการจะเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาด้วยยาด้านไวรัสและเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังติดตาม

การเกิดเชื้อดื้อยาด้านไวรัสเอดส์ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงระบบบริการมากขึ้น เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและส่งผลให้อัตราตายจากโรคเอดส์ลดลงและวันทนาย ธารณธนบุลย์ ⁽⁸⁾ ศึกษาการประเมินรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองปรือ จังหวัดชลบุรี พบว่า รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในมิติของการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ บทบาทส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลซึ่งใช้แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกรมควบคุมโรคเป็นเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีผลการรักษาที่ดีขึ้น เพื่อให้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดคุณภาพที่ดี โรงพยาบาลสองดาว จึงทำการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสองดาว จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อนำรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสองดาว จังหวัดสกลนคร

ขอบเขตการวิจัย

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

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

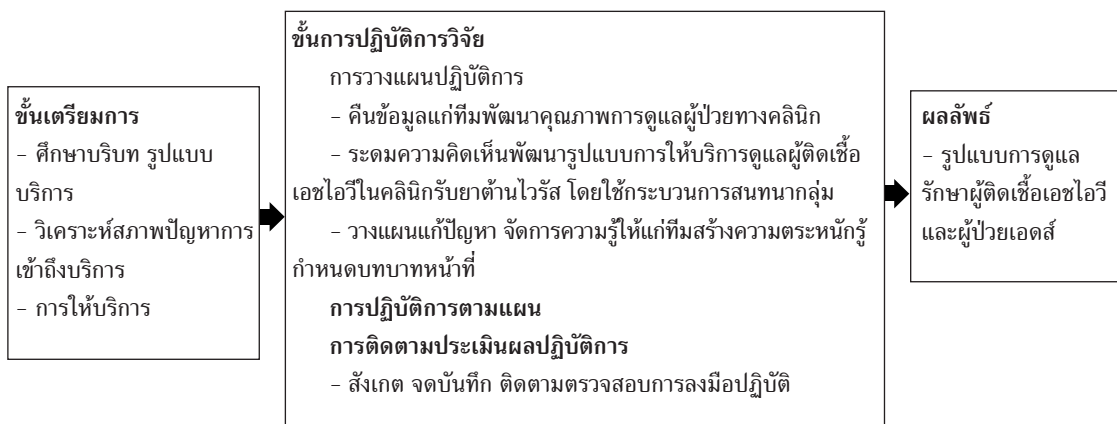
การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2020 - 024 ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2563

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (People living with HIV) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีและยังไม่มีอาการแสดงใด ๆ ที่สัมพันธ์กับเอดส์และมีจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 มากกว่า 200 cell/mm³

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีและมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือมีอาการของโรคฉวยโอกาส ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีที่มีจำนวน CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm³

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พี่เลี้ยงกลุ่ม 1 คน เจ้าหน้าที่งานชั้นสูตร 1 คน เภสัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่ห้องบัตร 1 คน เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานวัณโรค 1 คน พยาบาลให้คำปรึกษา 6 คน ผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง รวม 12 คน และผู้รับบริการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ARV) อายุ 18 ปี ขึ้นไป อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปและสามารถร่วมกิจกรรมได้ตามแผนการดำเนินงาน 113 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane อ้างอิงใน กัญญ์ลิริ จันทรเจริญ,⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 89 คน ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบแทนที่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ศึกษาบริบท รูปแบบการปฏิบัติงาน ในคลินิกกับยาต้านไวรัส โดยศึกษาเอกสารบันทึก

การให้บริการ แนวทางปฏิบัติงานในคลินิกกับยาต้านไวรัส ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การค้นหา กลุ่มเสี่ยงการประชาสัมพันธ์ แนวทางการดูแลรักษา การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังรับยาต้าน การนัดหมาย การกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Adherence) การติดตามเมื่อมีการขาดนัด กรณีมีผลดื้อยา (Drug resistant: DR) การขอรับบริการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา วิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึง บริการ การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากเอกสารบันทึกการให้บริการ

1.2 ระดมความคิดเห็นสภาพปัญหาการรับบริการดูแลรักษาในคลินิกกับยาต้านไวรัส โดยใช้เทคนิค แผนที่ความคิด (Mind map) ในประเด็น “ภาพแผนการรับบริการในคลินิกกับยาต้านของเรา” มีกิจกรรม 1 วัน ในวันที่ 19 ตุลาคม 2563 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 89 คน ดำเนินการโดยวิทยากรกระบวนการของโรงพยาบาลส่องดาว

2. ขั้นตอนปฏิบัติการวิจัย

2.1 การวางแผนปฏิบัติการ

ผู้วิจัยได้ระดมความคิดเห็นพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกรับยาต้านไวรัสที่เหมาะสมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ในวันที่ 22 ตุลาคม 2563 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่องดาว มีผู้เข้าร่วมสนทนา 12 คน ในประเด็น ทำอย่างไรกลุ่มเสี่ยงจึงจะเข้าถึงระบบได้มากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่จะเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพได้อย่างไร และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาจะกดเชื้อไวรัสตามที่ต้องการหรือไม่ การวางแผนแก้ปัญหาทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก คณะกรรมการบริหาร และทีมผู้วิจัย ประชุมทบทวนประเด็นปัญหา สาเหตุและระดมแนวทางการแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่งตั้งคณะทำงาน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ จัดทำแผนปฏิบัติการ ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย แนวทางการค้นหาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเสี่ยง แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การติดตามการรักษา การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย

2.2 การปฏิบัติการตามแผน

ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ได้มอบหมายงานและจัดแบ่งหน้าที่ให้แก่ผู้รับผิดชอบ พัฒนาศักยภาพบุคลากรตามภาระงานที่ได้รับมอบหมาย จัดระบบบริการให้สอดคล้องกับแผนที่ได้วางไว้และนิเทศติดตามความก้าวหน้า

2.3 การติดตามประเมินผลปฏิบัติการ

ผู้วิจัยติดตามประเมินผลปฏิบัติการ จากการสังเกต จัดบันทึกกิจกรรม ติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมจากเอกสารการปฏิบัติงาน สรุปผลการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในคลินิกรับยาต้านไวรัส การระดมความคิด กระบวนการแผนที่ความคิด ใช้การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรม การจัดกระบวนการสนทนากลุ่มใช้การสังเกต และแบบบันทึกกิจกรรม

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัย ตีความหมาย สร้างข้อสรุป และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์สถิติความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ร่วมแสดงความเห็นในแผนที่ความคิดมีทั้งสิ้น 89 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.19 เพศหญิง ร้อยละ 52.81 ส่วนใหญ่มีอายุ 41-59 ปี ร้อยละ 61.80 อายุเฉลี่ย 43.52 ปี มีระยะเวลาการกินยาเฉลี่ย 8.9 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ร่วมแสดงความเห็นในแผนที่ความคิด (N=89)

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

2. การเตรียมการ

2.1 ศึกษาบริบทรูปแบบบริการ การปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อไวรัส โดยศึกษาเอกสารบันทึกการให้บริการ แนวทางปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อไวรัส ยังไม่มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน แต่บริการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่มาขอตรวจเอชไอวีที่โรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ และช่องทางการสื่อสารยังมีน้อยไม่หลากหลาย แนวทางปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษา ยังไม่ได้ปรับเป็นระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ใช้ร่วมกันของทีม แต่จะยึดตามความเห็นของแพทย์เป็นเรื่องๆ ไป โดยอ้างอิงตามคู่มือแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี พ.ศ. 2560 มีการติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังรับยาต้าน มีการนัดตรวจ CD4, VL และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ยังขาดการติดตามกรณีไม่มาตรวจตามนัด การประเมินการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Adherence) รายบุคคลทำโดยเภสัชกรเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง กรณีมีผลดื้อยาในรอบ 1 ปี ยังไม่ได้ส่งไปรับ

บริการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Consult HIV Expert) เพื่อปรับเปลี่ยนสูตรยา จำนวน 5 คน วิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการ พบข้อมูลการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในปี 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 8 คน ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 โดยรายใหม่ที่ได้รับยาต้าน มีค่า CD4 < 200 cell/mm³ ร้อยละ 66.66 และยังพบว่าไม่ได้รับยา 3 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคและเสียชีวิตก่อนรับยาต้านไวรัส 1 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถลดปริมาณไวรัสได้มีปริมาณ ≤ 1,000 Copies/ml. ในปี 2563 พบร้อยละ 86.94

2.2 ระดมความคิดเห็นด้านสภาพปัญหาการรับบริการจากผู้รับบริการดูแลรักษาในคลินิกโรคติดเชื้อไวรัส

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

ประจำปีตามมาตรฐาน 2) ต้องการมีสิ่งแวดล้อมและสถานที่ในการให้บริการที่ดีเพราะการจัดโซนการให้บริการคับแคบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ห้องน้ำเก่าๆ 2 ห้อง ไม่พร้อมใช้ น้ำดื่มไม่เพียงพอ 3) ต้องการได้รับการบริการที่ดีเพราะที่ผ่านมาการจัดคิวไม่เป็นระเบียบ ผู้ให้บริการเสียงเบา ทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ขาดความเอาใจใส่ผู้ป่วยขาดความตระหนักต่อการบริการ เช่น ให้บริการเร่งรีบเกินไปเจ้าหน้าที่ให้บริการมีน้อย 4) ต้องการความรู้เรื่องโรคเอดส์ 5) ต้องการได้เบี้ยยังชีพ

เพิ่มขึ้น การเดินทางมารับบริการลำบาก ไม่มีรายได้ 6) ต้องการแกนนำที่มีศักยภาพและเครือข่ายเพิ่มขึ้น เพราะดูแลไม่ทั่วถึง บทบาทของแกนนำไม่ชัดเจน เพื่อนไม่ให้การยอมรับเท่าที่ควร 7) ต้องการให้ครอบครัว/ชุมชน สังคมไม่ตีตรา เพราะผู้ป่วยรู้สึกยังไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร ต้องการให้เจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมประเมินปัญหา ไม่อยากให้มองผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว 8) ต้องการให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองและกลุ่มผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการมากขึ้น ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 แผนที่ความคิด (Mind map)



3. กระบวนการปฏิบัติการวิจัย

3.1 การวางแผนปฏิบัติการ

การจัดกระบวนการระดมความคิดเห็นพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกรับยาต้านไวรัสที่เหมาะสมโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) พบว่า

ด้านกลุ่มเสี่ยง จากการสนทนากลุ่มได้รับข้อมูลว่าโดยมากกลุ่มเสี่ยงจะเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ โรงพยาบาลจะตรวจคัดกรองแก่ประชาชนที่มาขอตรวจที่โรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ยังมีน้อยช่องทางการสื่อสารไม่หลากหลายและยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงขาดความตระหนักยังไม่กล้ามารับบริการ เพราะรู้สึกอาย/ตีตรา

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

ด้านคลินิกรับยาด้าน ผู้ติดเชื้อบางรายยังขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง สมาชิกในกลุ่มยังขาดการวางแผนเป้าหมายการดูแลตนเอง ยังมีพฤติกรรมดื่มสุรา/สูบบุหรี่ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งยังอยู่ในพื้นที่แต่ไม่มารับยาด้วยตนเองจะมีญาติมารับ

แทนทุกครั้งยกเว้นในวันนัดมาเจาะเลือด ทำให้ไม่ได้รับการประเมินการกินยา ขาดการกระตุ้นหรือเสริมพลังสร้างวินัยการกินยาและการดูแลตนเอง จากการประเมินการรับประทานยาโดยเภสัชกร เฉลี่ยร้อยละ 92.00 ที่มีวินัยในการกินยา > 95% การจัดการในรายที่กินยาแล้วกดไวรัสไม่ได้หรือมีผลดื้อยาและไม่เป็นระบบ การออกติดตามเยี่ยมบ้าน เดิมทำโดยพี่เลี้ยงกลุ่มระยะหลังมีกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ (กลุ่มภูผาเหล็ก) ออกเยี่ยมแต่ทำได้ไม่ครอบคลุม สมาชิกยังไม่ยอมรับ

การทำกิจกรรมกลุ่ม ในช่วงปี 2562-2563 ไม่มีการดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยจะมารับยาตามนัดโดยมีขั้นตอนการจัดบริการดังนี้ รับบัตรคิว วัตถุประสงค์พบแพทย์ และรับยา รับใบนัดก่อนกลับบ้าน

ผลการประชุมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก คณะกรรมการบริหารและทีมผู้วิจัยได้แนวปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและแผนการดำเนินงานดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและแผนการดำเนินงาน

สภาพปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ
1. การประชาสัมพันธ์และการค้นหาผู้ติดเชื้อยังมีน้อยมีช่องทางไม่หลากหลาย	- สร้างเครือข่ายการทำงานให้ความรู้ เพิ่มเติม สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มช่องทาง การสื่อสารในกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
2. การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลัง รับประทาน การติดตามกรณีไม่มาตรวจตามนัด	- ปรับ CPG ให้เป็นปัจจุบัน ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	
3. วินัยการกินยาของผู้ป่วย มีการประเมิน Adherence โดยเภสัชกรเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง, กรณีมีผลดื้อยา (DR) ยังไม่มีการส่ง Consult HIV Expert และปรับเปลี่ยน สูตรยา	- ปรับ CPG ให้เป็นปัจจุบัน ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล - จัดทำแนวทางปฏิบัติ กรณีรายที่กินยาแล้วกดไวรัสไม่ได้	
4. การบริการ - การจัดคิวไม่เป็นระเบียบ - ผู้ให้บริการเสียงเบา - ผู้ป่วยขาดนัดยังไม่มีความรู้แนวทางการติดตามที่ชัดเจน - ผู้ป่วย ขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์	- ปรับขั้นตอนการจัดคิวให้เป็นระบบ จัดหา ไมโครโฟน ในจุดบริการและจุดจ่ายยา - จัดทำแนวทางและเกณฑ์การติดตามผู้ป่วยเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันอย่างชัดเจนร่วมกับกลุ่มภูผาเหล็ก ในผู้ป่วยรายที่ยินดีให้ติดตามเยี่ยม หากมีรายที่ไม่สะดวกให้เยี่ยมทำข้อตกลงเป็นรายๆ ไป	
- ทานยาไม่สม่ำเสมอ, ไม่ตรงเวลา การเสริมทักษะวินัยการกินยาของผู้ป่วยมีการแนะนำเป็นรายบุคคลยังไม่มีการทำกิจกรรมกลุ่ม	- ด้านความรู้และมีวินัยในการกินยา บูรณาการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งที่มาใช้บริการ และเน้นให้เห็นความสำคัญ และผลดีต่อสุขภาพของการมาตามนัด	ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก
5. แกนนำ มีน้อยดูแลไม่ทั่วถึง บทบาทไม่ชัดเจน ขาดทักษะ และ องค์ความรู้	- ปรับโครงสร้างกลุ่มและคัดเลือกแกนนำเพิ่มพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ให้แก่กลุ่มแกนนำ และติดตามประเมินคุณภาพ รวมทั้งเป็นที่เลี้ยงช่วยเหลือปัญหา	
6. ครอบครัว/ ชุมชน สังคมตีตราไม่ให้การช่วยเหลือเท่าที่ควร	- ให้ความรู้ สร้างความตระหนักปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เห็นประโยชน์ของการค้นหาและกระบวนการค้นหา กลุ่มเสี่ยง	
7. ทีมพี่เลี้ยงขาดองค์ความรู้พื้นฐาน/เชิงลึกในกระบวนการดูแลผู้ป่วย	- อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพ สร้างเสริมความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย	

ตารางที่ 2 แนวปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาและแผนการดำเนินงาน(ต่อ)

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

ผู้วิจัยได้นำแนวทางในการแก้ปัญหามาจัดทำแผนปฏิบัติการดังนี้

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง
2. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ปรับ CPG ให้ทันสมัย ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
3. ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
4. อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มศักยภาพ มั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย
5. การอบรมฟื้นฟูศักยภาพผู้ประสานงาน (HIV Coordinator: HIV Co) เสนอแผนระยะสั้น เชิญวิทยากรที่เป็น HIV Co ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลใกล้เคียงมาให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และระยะยาว ส่งอบรมพัฒนาศักยภาพของ HIV Co โดยบรรจุในแผนพัฒนาบุคลากรระยะ 3 ปี

3.2 การปฏิบัติการตามแผน

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักในการค้นหาและเพิ่มกระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยง จัดประชุม 5 แห่งๆ ละ 1 ครั้ง ในระหว่างวันที่ 22-26 ตุลาคม 2563 สร้าง

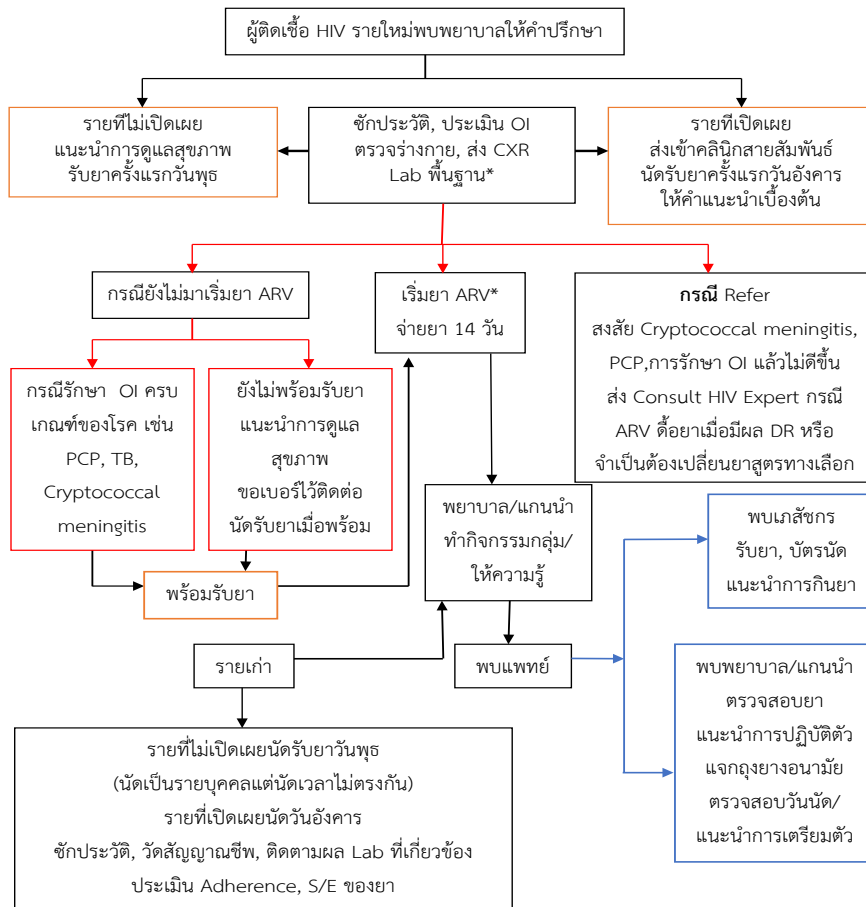
เครือข่ายในชุมชนเพิ่มเติมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครอบคลุม 4 แห่ง อสม.เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเอดส์ครอบคลุม 46 หมู่บ้าน ให้สามารถประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรอง มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการ บริการเจาะเลือดให้แก่กลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจใน รพ.สต. 4 แห่ง มีกลุ่มเสี่ยงสมัครใจตรวจ 391 ราย ผลลบทั้งหมด และในรายที่มีความเสี่ยงและมีอาการแสดงที่ตรงกับเอดส์ 2 คน เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีกับครอบครัวและสมัครใจเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาล ผลเอชไอวี เป็นบวกทั้ง 2 คน คนที่ 1 เพศชาย สถานะสมณะเพศ อายุ 47 ปี มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเมื่อหลายปีที่ผ่านมา สมัครใจเริ่มรับยาต้านเมื่อ 20 เมษายน 2564 $CD4 = 57 \text{ cell/mm}^3$ คนที่ 2 เพศชาย อายุ 25 ปี เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทำงานบริการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เริ่มรับยาต้านเมื่อ 20 มีนาคม 2564 $CD4 = 22 \text{ cell/mm}^3$ ทั้ง 2 คน กินยาต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด

2. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจัดประชุมคณะกรรมการเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งแรกได้สรุปปัญหาเบื้องต้นและเสนอให้พัฒนางานคุณภาพรูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากต้องใช้ความรู้และทักษะ

เชิงลึก จึงเสนอแผนพัฒนาบุคลากรระยะเร่งด่วน โดยได้
เชิญวิทยากรที่เป็น HIV Co ที่มีประสบการณ์การดูแล
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาให้ความรู้และฝึก

ทักษะ ในเดือนตุลาคม 2563 ทำให้มีการปรับ CPG ให้ทันสมัย ประกาศใช้ในเดือน ตุลาคม 2563 ดังรูปที่ 2

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



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

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

4. อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและ
ผู้เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มศักยภาพ สร้างเสริมความมั่นใจ

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเชียววิทยากรจากนอกองค์กร
มาให้ความรู้ เรื่องความตระหนักรู้เรื่องโรคเอดส์ การปรับ
ทัศนคติเชิงลบต่อคน/กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
เอดส์และเทคนิคในการจัดกระบวนการกลุ่ม 1 ครั้ง
ในเดือนตุลาคม 2563 และเมื่อให้บริการในคลินิกยา
ต้านไวรัสเสร็จ จะมีการประชุมถอดบทเรียน เพื่อปรับใช้
ในการให้บริการครั้งต่อ ๆ ไป

3.3 การติดตามประเมินผลปฏิบัติการ

ผู้วิจัยติดตามประเมินผลปฏิบัติการจากการ

สังเกตจุดบันทึกกิจกรรม ติดตามตรวจสอบการลงมือปฏิบัติ พบว่า ภายหลังการทำกิจกรรมกลุ่ม ใน 1 เดือนแรก ทีมพี่เลี้ยง ขาดประสบการณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ไม่คุ้นเคยยังไม่วางใจ จึงได้ปรับกระบวนการทำงาน อีกครั้งโดยซ้อมแผนการทำสนทนากลุ่มบนโต๊ะ จัดให้ ทีมพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม 2 คน อย่างน้อยเป็นผู้มี ประสบการณ์ทำกลุ่ม 1 คน หลังเลิกคลินิกบริการพี่เลี้ยง แต่ละท่านถอดบทเรียนที่ได้รับและยังพบปัญหาว่า สมาชิกบางคนมีการรับรู้น้อยและไม่กล้าแสดงออก (บางคนพูดเยาะเสียงดังทำให้บางคนไม่กล้าแสดงออก) บางคนมาช้า ทำให้การทำกลุ่มล่าช้า บางรายปฏิเสธการ เข้าร่วมในกิจกรรมกลุ่ม ทีมจึงเสนอข้อตกลงร่วมในการทำกลุ่มให้ชัดเจน เช่น กำหนดระยะเวลาให้ชัดเจนทุกครั้ง ในการทำกลุ่ม ครั้งต่อไปจัดทำแผนระบุกิจกรรมและ ระยะเวลาให้ทราบล่วงหน้า มอบหมายแกนนำช่วยเป็น พี่เลี้ยงประจำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกแสดงออกให้ ครบทุกคน พี่เลี้ยงอีกคนเป็นผู้สังเกตการณ์ และบันทึก ข้อมูลการสนทนา

การแก้ไขปัญหาด้านความรู้และวินัยการกินยา บูรณาการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งที่ได้รับบริการและ เน้นให้เห็นความสำคัญและผลดีต่อสุขภาพของการมา ตามนัด โดย 1) สร้างความตระหนัก เน้นย้ำถึงวินัย ในการกินยาสม่ำเสมอ ตรงเวลา โดยปรับกระบวนการ ให้สู่ศึกษา ผ่านกิจกรรมกลุ่ม เพิ่มช่องทางการประเมิน การกินยาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล การให้รางวัลผู้ที่นำ ยาเก่ามาคืนและมีวินัยในการกินยาดี 2) กรณีผู้ป่วยที่มี ปัญหาการกินยา ทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์ร่วมกับผู้ป่วย หาสาเหตุปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เช่น บางรายกินยาไม่ตรง ตั้งนาฬิกาปลุกไม่เป็น ไม่มีเครื่อง จับเวลา จัดให้มีการแลกเปลี่ยนรายที่กดไวรัสได้สำเร็จ เป็นการถอดบทเรียนในกลุ่มผู้ป่วย พบว่ามีการตั้งนาฬิกา ปลุก ป้ายเตือนเวลาเป็นต้น จากการสำรวจ VL ใน ปีงบประมาณ 2564 ถึงสิ้นเดือน มีนาคม 2564 จำนวน 74 ราย พบร้อยละของผู้ป่วยเอชไอวีที่สามารถกดไวรัส ได้สำเร็จหลังจากได้รับยาต้านไวรัส (VL < 1,000 copies/ml.) จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 93.24

ภายหลังการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co ในเดือน ตุลาคม 2563 ได้ดำเนินการส่งผลดี้อยาเพื่อปรึกษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ที่โรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งเป็นคนที่ยังไม่ได้ส่ง Consult HIV Expert ในปี 2563 จำนวน 3 คน คนที่ 1,2 อายุ 43 ปี คนที่ 3 อายุ 39 ปี ภายหลังส่งปรึกษา HIV Expert พบว่าไม่ดื้อยาแต่เป็น ผลจากไม่มียาในกระแสเลือด แพทย์พิจารณาให้กินยา สูตรเดิม ทีมจึงได้ให้คำปรึกษาสร้างวินัยการกินยาและ เสริมพลังด้วยกิจกรรมกลุ่มทำให้เกิดเชื่อได้ โดยมีผล ตรวจภายหลังการปรับวินัยการกินยา 6 เดือน ผล VL < 20 copies/ml. ทั้ง 3 คน คนที่ 4 อายุ 60 ปี ยังไม่เปลี่ยน สูตรยาแต่เสียชีวิตก่อนและรายที่ 5 มีภาวะของจิตเวช ที่เกิดภายหลังทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนสูตรยาได้ และ ในปี 2564 พบมีผลดี้อยารายใหม่ 2 คน เมื่อได้ผลการ ตรวจการดื้อยา (DR) สามารถส่ง Consult HIV Expert ภายใน 1 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนสูตร ยาได้เร็วขึ้น

อภิปรายผล

1. การดำเนินการพัฒนาแบบการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า การอบรมฟื้นฟูศักยภาพ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้มี การพัฒนาความรู้และทักษะเชิงลึก สามารถนำมาปรับใช้ ในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น การจัดทำ CPG แล้วประกาศใช้ร่วมกันทำให้มีแนวทางปฏิบัติเป็น แนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงกล้า เปิดเผยตนกับครอบครัวและเข้าสู่ระบบการรักษา และ รายที่กินยาสามารถกดไวรัสสำเร็จสูงขึ้นสอดคล้องกับ บุญยัง ฉายาทับ และมานพ ศรีสุพรรณถาวร⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การรักษาผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องการเวลา การใช้ความรู้ความชำนาญและความเอาใจใส่ เป็นอย่างมาก ผู้ที่ทำงานด้านนี้จำเป็นต้องได้รับการ ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น เพื่อเพิ่มพูนความรู้และ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้มาตรฐาน
2. การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการพบว่า การเพิ่มความรู้ความตระหนักแก่บุคลากร สร้างเครือข่าย

รพ.สต. และ อสม. เชี่ยวชาญดำเนินการค้นหาและประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชนทำให้มีกลุ่มเสี่ยงสมัครใจตรวจเลือด 391 คน แสดงว่า การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เชิงรุก สามารถกระตุ้นกลุ่มเสี่ยงให้เข้าถึงบริการการตรวจเอชไอวีได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้รายที่มีความเสี่ยงและมีอาการแสดงที่ตรงกับเอดส์เปิดเผยสถานะเสี่ยงต่อญาติในครอบครัว ญาติรับรู้และนำมารับบริการ ผลเอชไอวี เป็นบวกทั้ง 2 คน แสดงว่าการทำให้ประชาชนรับรู้จนกล้าเปิดเผยสถานะยอมรับการตรวจเข้าสู่การรักษาซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปรกรณ์กิจ ฤกษ์ชาญอดมชัย และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าคุณลักษณะที่สำคัญต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้เพียงพอมีความไว้วางใจและ สนับสนุนเพียงพอและได้รับยาต้านไวรัสเร็วขึ้นแสดงถึงแนวทางชัดเจนที่เจ้าหน้าที่จะใช้เป็นแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง เมื่อรู้ผลคัดกรอง ส่งพบแพทย์เข้าสู่ระบบรับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์ แต่อย่างไรก็ตามควรให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการการตรวจเอชไอวีได้ครอบคลุมและได้รับการรักษาโดยเร็วตั้งแต่ระดับ CD4 ยังสูง ๆ อยู่จะเป็นผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดโรคฉวยโอกาส อัตราการตายน้อยลงและทำให้ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลลดลง สอดคล้องกับแนวทางการให้บริการเพื่อเริ่มยาต้านไวรัสในทุกะดับ CD4 ปี 2557⁽¹²⁾ ข้อมูลที่สนับสนุนการเริ่มยาต้านไวรัสที่ระดับ CD4 ระหว่าง 350-500 cells/mm³ มาจากการศึกษาแบบ Observational Cohort และ การศึกษา Randomized Controlled Trial (RCT) ที่พบว่า การเริ่มยาต้านไวรัสที่ช่วงระดับ CD4 นี้ มีผลดีช่วยลดโอกาสเกิดอาการเอดส์หรือการเสียชีวิตลงอย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับการรอเริ่มยาต้านไวรัสเมื่อระดับ CD4 ต่ำกว่า 350 cells/mm³

3. การปรับแนวทางการดำเนินงานให้มีการใช้กิจกรรมกลุ่ม ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน การให้คำปรึกษารายบุคคล การมีวินัยการกินยา การมาตามนัดทำให้การกดไวรัสสำเร็จร้อยละ 93.24 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอำพร อินะ⁽⁴⁾ ที่พบว่า กลยุทธ์การส่งเสริมวินัยการกินยาต้านไวรัส ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ในประเทศไทยมี 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การสนับสนุนทางสังคม 3) การให้คำปรึกษา รายบุคคลและแบบกลุ่มโดยบุคลากรสุขภาพ 4) การเสริมสร้างแรงเสริมทางบวกและ 5) การติดตามผู้ป่วย ควรใช้กลยุทธ์แบบผสมผสานมากกว่าหนึ่งวิธีนอกจากนี้ ยังมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยทีมและแกนนำกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตาพร จิระวัฒน์⁽¹³⁾ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มอาสาสมัครหรือกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่สามารถมีบทบาทร่วมกับบุคลากร ทางแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในหลายๆ กิจกรรม ได้แก่ การร่วมให้ความรู้ด้านการติดเชื้อ เอชไอวีและการดูแลรักษา ช่วยแนะนำการกินยาอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

4. การแก้ไขการตั๋ยามีการส่งผลตั๋ยาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ที่โรงพยาบาลสกลนคร และทีมได้ให้คำปรึกษาสร้างวินัยการกินยาและเสริมพลังด้วยกิจกรรมกลุ่ม ปรับวินัยการกินยา 6 เดือน ทำให้กดเชื้อได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอริวารวรรณ ชมาฤกษ์⁽⁷⁾

ได้ศึกษาการพัฒนาาระบบบริการที่มีรูปแบบชัดเจนในการส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการจะเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามการเกิดเชื้อเอชไอวี ต่อยาต้านไวรัสเอดส์ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงระบบบริการมากขึ้น เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและส่งผลให้อัตราตายจากโรคเอดส์ลดลง

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนและปรับปรุงวิธีทำงานครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนาการทำงานเป็นทีมของผู้ปฏิบัติงาน การสร้างเครือข่ายในชุมชนและเสริมความเข้มแข็งให้แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อ ความมีคุณค่าของแกนนำที่ช่วยปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบและช่องทางการ
สื่อสารที่สนับสนุนให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย

เอดส์ที่ยังไม่ยอมมารักษาเองได้มองเห็นประโยชน์ของการมาพบแพทย์ และเข้าสู่กระบวนการกลุ่มจะได้รับการเสริมพลังและกระตุ้นการดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกที่ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสองดาวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการวิจัยอย่างเต็มความสามารถ ขอขอบคุณแกนนำและกลุ่มตัวอย่างที่ช่วยเหลือ ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

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

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