

# การพัฒนาคลินิกองค์รวมโดยสหวิชาชีพและกลุ่มกำลังใจ โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ

พรหมณี ดับโศรก พย.บ., ส.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ)

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลลิ โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

**บทคัดย่อ** โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาในงานสาธารณสุข ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษายาวนาน ต้องการระบบดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุมเป็นองค์รวม การศึกษานี้มีจุดประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ใหม่ที่ได้มาตรฐานและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลขุนหาญ ในช่วง ส.ค.2552-ก.ย. 2555 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ (1) วิเคราะห์สถานการณ์ เก็บข้อมูลโดยการสังเกตและบันทึกภาคสนาม และ (2) การพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR (Planing-Action-Observation-Reflection) ดำเนินการ 3 วงรอบ เก็บข้อมูลจากการสังเกต บันทึกการประชุมกลุ่ม และเทคนิคการเรียนรู้หลังปฏิบัติการ การประเมินผล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า เกิดระบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบ one stop service ชื่อ “คลินิกองค์รวม” ให้บริการแบบองค์รวมทั้งด้าน กาย จิต สังคม และปัญญา ดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับกลุ่มกำลังใจ การประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน HIVQUAL-T โดยเน้น 3 ด้านหลักที่ตกเกณฑ์คือการส่งตรวจ CD4, viral load และ Pap-smear เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินการ และผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน และอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.0 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 85.0 ในปี 2555 แสดงให้เห็นว่า ระบบบริการที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมเป็นที่พึงพอใจต่อผู้รับบริการ

**คำสำคัญ:** คลินิกองค์รวม กลุ่มกำลังใจ สหสาขาวิชาชีพ เอดส์

## บทนำ

เอดส์ หรือโรคติดเชื้อเอชไอวียังเป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศ จากการรายงานของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ คาดว่า ในปี ค.ศ. 2012 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ประมาณ 35.3 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 2.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 1.6 ล้านคน<sup>(1)</sup> สำหรับในประเทศไทยคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วมากกว่า 1.2 ล้านคน จากรายงานปี 2527-ก.ย. 2555 มียอดผู้ป่วยสะสมจำนวน 276,947 ราย ร้อยละ 65 อยู่ในกลุ่ม 30-44 ปี<sup>(2)</sup> ส่วนอำเภอกันทรวิชัย ในปี 2552 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสม 407

ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 สูงเป็นอันดับ 5 ของจังหวัด<sup>(3)</sup> ถึงแม้การติดเชื้อรายใหม่จะมีแนวโน้มลดลงจากความร่วมมือป้องกันของทุกภาคส่วน แต่ผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษายังมีปริมาณมาก และต้องเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง<sup>(4)</sup> ซึ่งเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มมีอาการป่วย ปัญหาต่างๆก็จะทวีความรุนแรงขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทั้งการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการใช้ยาต้านไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำสุดและไม่เกิดเชื้อดื้อยา ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาโรคนี้อันให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องกินยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิต

และอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ถูกต้องนั้นจะทำให้ปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดลดลง จนไม่สามารถวัดได้ (viral load < 50 copies/ml) และมีภูมิคุ้มกัน (CD4) เพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยลดการติดเชื้อ-ฉวยโอกาสต่างๆ สามารถมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่มีข้อจำกัดคือ ต้องให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอตรงเวลามากกว่าร้อยละ 95 ต่อเนื่องตลอดชีวิต เพราะยาไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสให้หมดไปได้<sup>(5)</sup> และนอกจากนี้ยังต้องมีการป้องกันการรับหรือแพร่เชื้อเพิ่ม รวมทั้งต้องมีการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย ซึ่งผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีนั้น ต้องเผชิญกับสภาวะของโรค การเข้ารับการรักษาพยาบาลและการอยู่ในสังคม ซึ่งระบบดูแลรักษาของโรงพยาบาลนั้นต้องเป็นระบบที่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความไว้วางใจ และมีการดูแลครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย<sup>(6)</sup> และตามมาตรฐานในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี ต้องได้รับบริการตรวจเลือดและรับยาต้านไวรัสเอชไอวีตามเกณฑ์ HIV Quality Thailand (HIVQUAL-T)<sup>(7)</sup> แต่จากผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนพบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีได้รับบริการไม่ครบถ้วน ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในหลายด้าน ได้แก่การได้รับการตรวจติดตาม CD4 2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 50.0 (เกณฑ์ 80.0) ตรวจ Virus Load ร้อยละ 46.2 (เกณฑ์ 80.0) Pap Smear ร้อยละ 23.7 (เกณฑ์ 80.0) ส่งผลต่อความล้มเหลวในการรักษา และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบบริการในภาพรวมต่ำ (ร้อยละ 70.0)<sup>(3)</sup> เมื่อพิจารณาระบบบริการเดิม ก็พบว่า มีหลายประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน และความต้องการของผู้รับบริการ จากผลการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการพบว่า ทุกรายต้องการให้มีคลินิกบริการเฉพาะไม่รวมกับผู้ป่วยนอกทั่วไป ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการจัดระบบบริการที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีใหม่ที่ผ่านมาตรฐาน และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่ง 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 (1-31 สิงหาคม 2552) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ปัญหาาระบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีของโรงพยาบาลชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลจากตึกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน คลินิกวัณโรค และจากศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสี จำนวน 19 คน เกสซกร จำนวน 2 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีในด้านต่างๆ และตัวแทนกลุ่มกำลังใจ (ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี) ซึ่งสามารถให้ข้อมูลได้และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการรับการรักษาอย่างน้อย 1 ปี) จำนวน 6 คน รวม 30 คน

วิธีการเก็บข้อมูล ใช้รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีของโรงพยาบาลที่ผ่านมามีจุดแข็งจุดอ่อน ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนาอย่างไร รวมทั้งรูปแบบใหม่ที่ต้องการการพัฒนาเพิ่มเติม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 (1 กันยายน 2552 - 30 กันยายน 2555) ดำเนินการพัฒนาแบบระบบบริการ การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีโดยทีมสหวิชาชีพ และกลุ่มกำลังใจ โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Kemmis และ McTaggart<sup>(8)</sup> มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีวิธีการ 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการตามวงจรการวิจัย PAOR 3 วงรอบ ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การวางแผน (planning) ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการ (work shop)

เตรียมความพร้อมของทีมเพื่อสร้างความตระหนักและประเมินสภาพปัจจุบัน และปัญหาการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี ยกร่างกิจกรรมการพัฒนาระบบ

บริการ และข้อตกลงในการจัดกิจกรรมร่วมกัน เพื่อนำสู่การปฏิบัติ

**ขั้นตอนที่ 2** การปฏิบัติการ (action) ปฏิบัติตามแผน/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1

**ขั้นตอนที่ 3** การสังเกตการณ์ (observation) สังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยม การสนับสนุนให้คำแนะนำ การสนทนากลุ่ม และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติ

**ขั้นตอนที่ 4** การสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) ถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการพัฒนา ระบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยการร่วมประชุมสรุปผลการปฏิบัติงาน โดยสนทนากลุ่ม โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้หลังปฏิบัติการในแต่ละวงรอบ

**การประเมินผล** ทำการประเมินผลในแต่ละระยะ และประเมินภาพรวม ดังนี้

**การประเมินเชิงปริมาณ** กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลขุนหาญ ในช่วงเวลาที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ได้แก่ โปรแกรม HIVQUAL-T และแบบวัดความพึงพอใจในรูปแบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ตัวชี้วัดของการศึกษาคือ (1) มาตรฐาน HIVQUAL-T ด้านการตรวจ CD4, viral Load และ Pap smear และ (2) ร้อยละของความพึงพอใจในระบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำร้อยละ

**การประเมินเชิงคุณภาพ** คือความคิดเห็นต่อรูปแบบระบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ และเทคนิคการเรียนรู้หลังปฏิบัติการ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

## ผลการศึกษา

### ระยะที่ 1

ผลจากการศึกษาบริบท และวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนาระบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของ

โรงพยาบาลขุนหาญ พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาาระบบดังนี้

1. ด้านปัจจัยนำเข้า ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ยังไม่มีทีมเฉพาะ และทีมต้องการการพัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มเติมโดยเฉพาะด้านการให้คำปรึกษา ไม่มีศูนย์รวมในการบริการและข้อมูล ขาดการประสานงานทั้งด้านนโยบายและมาตรฐานการดูแล ฐานข้อมูลผู้ป่วย ยังไม่เป็นระบบ ไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถวางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ รวมทั้งด้านโครงสร้างสถานที่ให้บริการยังคงใช้ร่วมกับผู้ป่วยนอกทั่วไป ด้านงบประมาณส่วนใหญ่ได้จากภาครัฐ

2. ด้านกระบวนการ พบว่า การบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นแบบตั้งรับเช่นเดียวกับผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่มีคลินิกเฉพาะ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยังคงไปรับบริการร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป เกิดความหวาดระแวง กลัวความลับถูกเปิดเผย ส่งผลกระทบต่อ การรับบริการ ผู้ป่วยบางส่วนไม่กล้าเปิดเผยตัวจึงไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการ ภารกิจหลักเน้นการดูแลด้านร่างกายและจิตใจโดยให้คำปรึกษาแต่ยังขาดแคลนบุคลากรและทีมที่มียังต้องการการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม ส่วนการดูแลด้านสังคมเศรษฐกิจและจิตวิญญาณหรือปัญญามีน้อย ขาดการเชื่อมโยงบทบาทในทีมสหวิชาชีพ ระบบข้อมูล และการส่งต่อไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วย

3. ด้านผลลัพธ์ พบว่า ทีมผู้ดูแลไม่มีการประเมินผลการดูแลและติดตามผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง ขาดการประเมินระบบงาน ขาดการประเมินข้อมูลสำคัญในผู้ป่วย การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ไม่เป็นระบบ

### ระยะที่ 2

ดำเนินการพัฒนารูปแบบระบบบริการ การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยทีมสหวิชาชีพ และกลุ่มกำลังใจ

### ด้านปัจจัยนำเข้า

1. ด้านนโยบาย รับทราบนโยบาย และทำความเข้าใจในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ และการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและตัวแทนกลุ่มกำลังใจ

2. ด้านบุคลากร มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแล

ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ โภชนากร พยาบาล-เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นักกายภาพบำบัด อายุรเวท และทีมงานแกนนำกลุ่มกำลังใจ มีการทำความตกลง กำหนดบทบาทหน้าที่ในการทำงาน และเชื่อม-ประสานกันเป็นเครือข่าย

3. ด้านทรัพยากรและอื่น ๆ ได้รับงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และวิชาการ จากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอขุนหาญ สำนักงานควบคุมโรค สำนักงานหลัก-ประกันสุขภาพ (สปสช.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์สุขภาพจิต และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งมูลนิธิริักซ์ไทย ซึ่งเป็นเครือข่าย NGO ในพื้นที่

#### ด้านกระบวนการ

ได้ดำเนินการตามรูปแบบระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่โดยทีมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ที่ได้ทำความตกลงกันไว้เบื้องต้น โดยดำเนินการ 3 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 (2552-2553) “ปลูกบ้านสร้างเรือนหาเพื่อนร่วมทาง” ได้แก่ การพัฒนาโครงสร้างคลินิกและระบบบริการ และพัฒนาทีมงาน หลังการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการ ได้มีการประชุมทีมงานทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ กำหนดบทบาทและมอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจนกล่าวคือ แพทย์ให้การรักษาและให้คำปรึกษา เภสัชกรจ่ายยาและให้คำปรึกษาด้านยา พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่เป็น case manager และให้คำปรึกษา แกนนำกลุ่มกำลังใจทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อนสมาชิก ค้นประวัติ และอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ ในคลินิกรวมทั้งการเยี่ยมผู้ป่วยทั้งทางโทรศัพท์และที่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ส่วนบุคคลกรอื่นๆ ให้บริการตามวิชาชีพ โดยมีพยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้ประสาน ในด้านการพัฒนาทีมงานได้ส่งบุคลากรเข้าอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านต่างๆ เช่น การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ การทำให้ปรึกษา และอื่น ๆ ส่วนด้านการพัฒนาโครงสร้างคลินิกและระบบบริการได้จัดตั้งคลินิกบริการเฉพาะขึ้นเป็น one stop service จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วย จัดเก็บเป็นระบบและมีมติ

จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อใช้สื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมให้บริการ จัดทำ flow ระบบบริการ การเชื่อมต่อระบบการให้คำปรึกษา การส่งต่อผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยขาดนัด และจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มทุกเดือนโดยแกนนำกลุ่มกำลังใจเป็นผู้ดำเนินการหลัก

ผลลัพธ์การพัฒนางานรอบที่ 1 เกิดคลินิกให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นแบบ one stop service โดยใช้ชื่อ ว่า “คลินิกองค์กรร่วม” ซึ่งปฏิบัติงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและกลุ่มกำลังใจ บริการทุกวันพุธ ซึ่งมีหลากหลายวิชาชีพพร้อมให้บริการ มีทีมงานให้คำปรึกษาครอบคลุมทุกจุดบริการทั้งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และมีระบบส่งต่อที่ชัดเจน มีกิจกรรมกลุ่มกำลังใจเกิดขึ้นทุกเดือน อัตราการขาดนัดลดลงจากร้อยละ 13.0 เหลือร้อยละ 8.8 แต่ผลลัพธ์การประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์ชีวิต HIVQUAL-T ยังไม่ผ่าน ได้แก่ การส่งตรวจติดตาม CD4 2, viral load และ Pap smear นอกจากนี้ยังพบมีผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาแล้ว ดื้อยาเพิ่มขึ้น 1 ราย ได้มีการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินงานพบว่า ขาดการสื่อสารให้ผู้รับบริการทราบความจำเป็น ว่าควรจะต้องได้รับการอะไรบ้างตามมาตรฐาน นอกเหนือจากการมารับยาต้านไวรัส ทำให้ไม่เห็นความสำคัญในการมารับบริการด้วยตนเอง และบางส่วนมีปัญหาด้านการบริหารจัดการเวลาในการทำงาน และการมาพบแพทย์ นอกจากนี้ ระบบบริการยังไม่เอื้อให้ผู้รับบริการได้รับการตรวจต่างๆตามเกณฑ์ เช่น Pap smear

ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 159 ราย เป็นหญิง ร้อยละ 60.0 ชาย ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 50.5 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 47.5 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.0 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง ร้อยละ 50.5 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 34.5

วงรอบที่ 2 (2553-2554) “ร่วมกันสรรสร้าง กำกับเส้นทางเดิน” ได้มีการประชุมและวางแผนเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาบริการ ได้แก่ การจัดทำมีการปฐมนิเทศผู้ป่วยรายใหม่ โดยให้ผู้ป่วย

ได้พบกับผู้ให้บริการอย่างน้อย 3 คนคือ HIV Co-ordinator, เภสัชกร แพทย์ และกลุ่มกำลังใจ ให้คำปรึกษาแบบการให้สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการกินยาให้ต่อเนื่อง ให้ทดลองกินวิตามินแทนยาเพื่อทดสอบว่าผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการยาได้หรือไม่ บันทึกการกินยา และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเพื่อใช้สื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการ จัดทำตารางให้บริการตลอดทั้งปีเพื่อให้ผู้รับบริการได้ วางแผนการรับบริการได้ง่าย จัดทำ “กราฟชีวิต” (บันทึกผลเลือดที่สำคัญได้แก่ CD4, viral load อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นแนวโน้มสุขภาพของตนเอง) จัดทำ “Care MAP” (แนวทางการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก) สำหรับให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก มามารับบริการ ให้ได้รับบริการอย่างถูกต้องครบถ้วน ประสานทีมงานส่งเสริมสุขภาพมาตรวจมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ส่งทีมช่วยเหลือพิเศษเพื่อ เยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด หรือมีปัญหาด้านการรักษา และด้านจิตสังคม ประสานชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว มอบนาฬิกาปลุกเพื่อเตือนเวลากินยา มอบให้เด็กและผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้ เพื่อให้ได้กินยาตรงเวลา สม่่าเสมอ เพิ่มการติดตาม และให้คำแนะนำโดยใช้โทรศัพท์

ผลลัพธ์การพัฒนาวงรอบที่ 2 ผลงานการให้บริการตามมาตรฐานเกณฑ์ชี้วัด HIVQUAL-T ในประเด็นการส่งตรวจติดตาม CD4 2, viral load และ Pap smear ผ่านเกณฑ์ทุกตัว อัตราความพึงพอใจคลินิกบริการภาพรวมเพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 70.0 เป็น ร้อยละ 80.0 ไม่พบผู้ป่วยดื้อยาเพิ่มขึ้น อัตราขาดนัดลดลงเหลือร้อยละ 8.0 แต่เมื่อพิจารณาในประเด็นการได้รับบริการที่ครบถ้วนแบบองค์รวม พบว่า มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยหญิงแต่งงานใหม่ ไม่บอกคู่สมรส และพบมีการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 หลังจากที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้วตั้งแต่ครรภ์แรก 4 ใน 7 ราย พบผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อจากมารดาเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นจำนวน 9 ราย และยังไม่มียุทธศาสตร์การดูแลให้คำปรึกษา

ที่เหมาะสม และผู้ป่วยบางส่วนมีปัญหาด้านเศรษฐกิจส่งผลถึงปัญหาการมาพบแพทย์รับยาอย่างต่อเนื่อง บางส่วนมีความเครียด เบื่อหน่ายการกินยา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 187 ราย เป็นหญิง ร้อยละ 51.2 ชาย ร้อยละ 48.1 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 52.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.8 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.5 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง ร้อยละ 52.3 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 34.5

วงรอบที่ 3 (2554-2555) “ผลิตเพลินด้วยจิตอาสา พัฒนาสู่องค์รวม” ได้มีการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อคงระบบบริการที่ดีแล้ว และเพิ่มการบริการให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยจัดกิจกรรมเพิ่มเติมดังนี้คือ จัดอบรมเสริมความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธ์ จัดให้ความรู้พิเศษในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ด้วยการให้ความรู้เข้าค่าย และเพิ่มช่องทางให้คำปรึกษาพิเศษในวัยรุ่น จัดอบรมให้ความรู้ด้านการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่น จัดกิจกรรม “ผูกเสี่ยว” ตามความสมัครใจเป็นกลุ่มเล็กๆ กลุ่มละ 3-4 คน เพื่อให้มีที่ปรึกษาใกล้ชิดลึกซึ้ง มีความเข้าใจกันและคอยดูแลกันและกัน จัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก และส่งเสริมการกินยาให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จัดให้มีกิจกรรมพัฒนาจิตโดยการฝึกจิตเจริญวิปัสสนาและสมาธิภาวนา และจัดทำโครงการส่งเสริมอาชีพเพิ่มรายได้ไม่ต้องย้ายถิ่น ได้แก่ การทำดอกไม้จันทน์ ปลูกผักขายอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ได้มีการติดตามการมารับบริการและการเสริมแรงทางบวก ด้วยการโทรศัพท์ถึงผู้รับบริการโดยตรงและเปิดเป็นเบอร์ hot line เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้โทรมาปรึกษา

ผลลัพธ์การพัฒนาวงรอบที่ 3 ผลงานการให้บริการตามมาตรฐานเกณฑ์ชี้วัด HIVQUAL-T ในประเด็นการส่งตรวจติดตาม CD4 2, viral Load และ Pap smear ผ่านเกณฑ์ทุกตัว อัตราความพึงพอใจคลินิกบริการภาพรวมเพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ 85.0 ไม่พบผู้ป่วย

ดีขึ้น อัตรานัดเหลือร้อยละ 8.0 นอกจากนี้ ได้มีการดูแลและส่งเสริมผู้รับบริการได้ครอบคลุมเป็น องค์กรวมมากขึ้น ทั้งมิติเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งด้านจิต ปัญญา และมีการดูแลพิเศษในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 202 ราย เป็นชาย ร้อยละ 56.6 หญิง ร้อยละ 43.40 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 53.5 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 48.5 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถม- ศึกษาร้อยละ 70.5 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง ร้อยละ 54.5 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 33.5

สรุปผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

ด้านผู้ให้บริการ พบว่าผู้ให้บริการรับทราบนโยบาย และเป้าหมายการทำงานที่ตรงกัน ทำให้เกิดความความ เข้าใจและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ ง่ายในการ สื่อสารและประสานงาน ไม่ซ้ำซ้อน สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้รับบริการ

ด้านระบบบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่มขึ้นสรุปตามแนวคิด เชิงระบบได้ ดังแผนภูมิที่ 1

จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ได้ปรับปรุงพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง จนเกิดบริการรูปแบบใหม่ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบ เชิงเนื้อหาแล้วพบว่า บริการรูปแบบใหม่ มีกิจกรรมที่ ครอบคลุม เป็นองค์กรวม มากกว่ารูปแบบเดิม ดังแสดง ในตารางที่ 1

ด้านผู้รับบริการ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ ที่พัฒนาขึ้น โดยร้อยละความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.0 เป็นร้อยละ 85.0 ส่วนในด้านมาตรฐานการให้

บริการในประเด็นการส่งตรวจ CD4 2, viral Load และ Pap smear ก็พบว่าดีขึ้นโดยลำดับดังตารางที่ 2

### สรุปบทเรียนที่ได้รับ

1. การมีจุดบริการแบบ one stop service ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการสะดวก ครบถ้วน และต่อเนื่อง
2. การมีส่วนร่วมให้บริการของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกันเอง มีผู้รู้ใจและเข้าใจเขามากขึ้น
3. การพัฒนาที่มงานอย่างจริงจัง ที่มั้นนั้นต้องร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมิน ร่วมเรียนรู้ ร่วมชื่นชม และร่วมอ้างไว้
4. การมีทีมหลากหลายวิชาชีพ ทำให้ได้รับบริการ ตรงจากวิชาชีพเฉพาะด้าน และเป็นการ Dubble Check
5. บริการพิเศษสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีปัญหาซับซ้อนจำเป็นต้องมี
6. การใช้สื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลระหว่างกัน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้อง ครบถ้วน ลดระยะเวลา และครอบคลุมมากขึ้น
7. รูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ นับว่าเป็นวิธี ที่สะดวก ประหยัดทั้งเวลา งบประมาณ และลดความเสี่ยง ต่อการเปิดเผยผู้ป่วย อีกทั้งใช้ติดตามการขาดนัดและเป็นเบอร์ hotlineได้ด้วย
8. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญมาก ช่วยให้ผู้รับบริการมีกำลังใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การสนับสนุนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ สนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการประเมินผลการรักษา ให้ได้ทราบ

### แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่พัฒนาขึ้น

ปัจจัยนำเข้า (Input)	กระบวนการ (Process)	ผลผลิต (Out put)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีนโยบาย/มาตรฐานงานร่วมกัน</li> <li>- ทีมสหวิชาชีพและตัวแทนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์</li> <li>- ทรัพยากร ได้แก่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และวิชาการฯ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ศึกษาบริบทและค้นหาปัญหา ร่วมกัน</li> <li>- สร้างทีมและพัฒนาทีม</li> <li>- จัดการด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อม</li> <li>- วางแผน ดำเนินการ ประเมิน และสะท้อนผลการทำงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เกิดรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยบูรณาการองค์ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดการตามบทบาทของสหวิชาชีพและผู้ติดเชื้อ</li> </ul>

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบเชิงเนื้อหาของรูปแบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แบบเดิมกับรูปแบบใหม่

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่	ผลการเปรียบเทียบ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติงานรับทราบนโยบาย เฉพาะส่วนของตน ไม่ทั่วถึง</li> <li>- ระบบบริการไม่เป็น One stop service</li> <li>- ทีมผู้ให้บริการเป็นทีมบุคลากร ในโรงพยาบาลเท่านั้น</li> <li>- การสื่อสารระหว่างทีมบริการ กับผู้รับบริการมีน้อย</li> <li>- ไม่มีศูนย์รวมในการให้การ บริการและข้อมูล รวมทั้ง ระบบการกำกับติดตามดูแล ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง</li> <li>- รูปแบบการบริการมีจำกัด ไม่ครอบคลุมเป็นองค์รวม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสร้างความเข้าใจในนโยบาย/มาตรฐาน ประสานเชื่อมโยงร่วมกัน</li> <li>- ระบบบริการแบบ one stop service</li> <li>- ทีมผู้ให้บริการเป็นทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ แกนนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์</li> <li>- เพิ่มช่องทางสื่อสาร/ข้อมูลมากขึ้นระหว่าง ทีมให้บริการด้วยกัน และทีมให้บริการ กับผู้รับบริการ</li> <li>- มีคลินิกองค์รวมเป็นศูนย์ในการให้บริการ และข้อมูล จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วย เพื่อใช้สื่อสารข้อมูล และใช้ care map ช่วยในการดูแลจัดระบบการบันทึก กำกับ ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- เพิ่มกิจกรรมการดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติ มากขึ้น และเชื่อมโยงบริการกับ หน่วยบริการอื่นนอกโรงพยาบาล มากขึ้น รวมทั้งเพิ่มกิจกรรมสร้าง ความตระหนักรู้ และเสริมพฤติกรรม สุขภาพให้ผู้รับบริการมากขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เกิดความเข้าใจเป็นแนวทาง เดียวกันขึ้น ง่ายต่อการจัดระบบงาน</li> <li>- เกิดความสะดวกและคล่องตัวและ สร้างความพึงพอใจทุกฝ่าย</li> <li>- การบริการที่เชื่อมถึงผู้รับบริการ ได้ง่ายและเข้าใจกันมากขึ้น</li> <li>- มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เหมาะสมกับบริบทของทีมฯ และผู้รับบริการ</li> <li>- ผู้รับบริการได้รับการดูแลให้ เป็นไปตามมาตรฐานมากขึ้น ในส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน ระบบช่วย ให้ได้รับรู้และมีการติดตาม ดูแลผู้รับบริการได้รวดเร็วยิ่งขึ้น</li> <li>- เกิดบริการที่ครบถ้วนเป็นองค์รวม ทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม และปัญญา ทำให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ มีคุณภาพเพิ่มขึ้น สร้างความพึงพอใจทั้งผู้ให้ และผู้รับบริการ</li> </ul>
<p><b>ผลลัพธ์ (outcome)</b> การดูแลผู้ติดเชื้อฯ ผ่านเกณฑ์ชีวิตตามมาตรฐาน และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ</p>		

ตารางที่ 2 ผลการประเมินมาตรฐานตามโปรแกรม HIV Quality Thailand (HIVQUAL-T)

กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลงาน			
		ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555
1. การส่งตรวจ CD4 2 ครั้ง/ปี	≥ 80.0%	50.0	84.2	90.2	91.9
2. การส่งตรวจ viral Load 1 ครั้ง/ปี	≥ 95.0%	46.2	98.2	100.0	98.6
3. การส่งตรวจ Pas smear 1 ครั้ง/ปี	≥ 80.0%	23.7	72.7	97.4	91.2

## วิจารณ์

### ด้านปัจจัยนำเข้า

1. พบปัญหาขาดการรับทราบนโยบายและมาตรฐานร่วมกัน ทำให้ขาดการประสาน เชื่อมโยงการทำงาน ขาดศูนย์รวมในการให้บริการและข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของวงศา เลหาศิริและคณะ<sup>(6)</sup> ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบบริการต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จ

2. การมีทีมผู้ติดเชื้อมาร่วมเป็นทีมให้บริการและเสริมแรงทางสังคม ช่วยให้ผู้มารับบริการรู้สึกเป็นกันเอง มีผู้รู้ใจและเข้าใจเขามากขึ้น การสื่อสารง่ายขึ้น ส่งผลให้เข้าถึงบริการมากขึ้นรวมถึงการปฏิบัติตัวมีกำลังใจ ในการดูแลรักษาตนเองมากขึ้น การมารับบริการต่อเนื่องตามนัดดีขึ้น สอดคล้องกับ ประพนธ์ บุญไชย<sup>(9)</sup> ที่พบว่า การให้แกนนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมกลุ่มในคลินิกบริการและออกเยี่ยมบ้านร่วมให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ ช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ และได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นผลดีต่อการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส

### ด้านกระบวนการ

1. พบประเด็นปัญหาการบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ เน้นการดูแลเฉพาะด้านร่างกายและจิตใจ โดยการให้คำปรึกษาแต่ก็ขาดบุคลากร และต้องการพัฒนาทักษะเพิ่มเติม ส่วนการดูแลด้านสังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณหรือปัญญามีน้อย ไม่สอดคล้องสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ต้องการการบริการแบบองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของวงศา เลหาศิริ และคณะ<sup>(6)</sup> ที่พบว่าภารกิจหลักในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เน้นการดูแลด้านร่างกายมากที่สุด ส่วนด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณยังต้องการการพัฒนาเพิ่ม ควรจะมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและเพิ่มความรู้ของบุคลากรและการพัฒนาเครือข่าย

2. จากเดิมระบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีระบบไม่ชัดเจน เมื่อได้พัฒนาเพิ่มเติมพบว่า ระบบ

บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ชัดเจนเป็น one stop service ในนามคลินิกองค์รวมโดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและแกนนำผู้ติดเชื้อฯ นับว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสม และตรงตามความต้องการของผู้รับบริการและช่วยให้บรรลุตัวชี้วัดตามมาตรฐาน HIVQUAL-T และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลเป็นองค์รวมเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การร่วมรับทราบนโยบาย ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมิน ร่วมเรียนรู้ ร่วมชื่นชม และร่วมอ้างไว้ โดยมีศูนย์บริการและข้อมูลที่คลินิกองค์รวม มีการกำหนดบทบาทและมอบหมายภารกิจไม่ซ้ำซ้อน ครอบคลุมและพัฒนาต่อเนื่องนำนวัตกรรมต่างๆ มาช่วยในการบริการเพื่อช่วยในการสื่อสารข้อมูล การดูแลรักษาครอบคลุมลดข้อผิดพลาดและลดขั้นตอน มีการจัดการฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้รูปแบบมีการยืดหยุ่นตามบริบทของพื้นที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ในขณะเดียวกัน ก็มุ่งเน้นพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ สอดคล้องกับ ศรีธรรณ์ ระหา<sup>(10)</sup> ที่พบว่า ก่อนพัฒนาการดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ ยังไม่มีระบบชัดเจน จึงได้มีการทบทวนและดำเนินการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เกิดระบบการดำเนินงานที่ดีในโรงพยาบาล

### ข้อจำกัด

มีข้อจำกัดประเด็นทีมงานหลักมีการเปลี่ยนแปลงได้แก่ แพทย์ประจำคลินิกที่มีการเปลี่ยน 1-2 ปีต่อครั้ง และแกนนำผู้ติดเชื้อที่มีการเปลี่ยนคนใหม่เข้ามา ส่งผลให้ระบบบริการไม่คล่องตัวเนื่องจากต้องมีการทำความเข้าใจและพัฒนาความรู้และทักษะให้แก่ทีมที่เข้ามาใหม่อยู่เรื่อยๆ

### ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีคลินิกดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นบริการครบวงจร (one



stop service) ให้บริการโดยทีมสุขภาพที่เป็นสหวิชาชีพ และมีแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มาร่วมให้บริการ และขยายเครือข่ายลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และชุมชนมากขึ้น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนให้คลินิก ที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ซึ่งสามารถ ให้เจ้าหน้าที่หรือแกนนำผู้ติดเชื้อใช้ในการโทรฯเยี่ยม อากาศ ติดตามการขาดนัด การนัดหมาย รวมทั้งให้ แรงสนับสนุนทางสังคม และใช้เป็นสายด่วน (hotline) เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถโทรฯปรึกษาได้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงรัชฎาพร รุญเจริญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนหาญที่สนับสนุนให้ศึกษาและ นำเสนอผลงานวิจัยนี้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขุนหาญ ทีมงานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แกนนำและผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือ ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จ

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Program on HIV/AIDS. AIDS epidemic update. [Internet]. [cited 12 december 2013]. Available from: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309\\_epi\\_core\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309_epi_core_en.pdf)
2. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปสถานการณ์ ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ธ.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19&id=1268>
3. โรงพยาบาลขุนหาญ. สรุปผลการดำเนินงานเอดส์ โรงพยาบาลขุนหาญ. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลขุนหาญ; 2552.

4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแล รักษาติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย; 2550.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: การศาสนา; 2550
6. วงศา เลหาศิริวงศ์, ภัทรระ แสนไชยสุริยา, สุวรรณมา บุญยะ-ลีพรรณ, เจียงจิต แสงสุวรรณ, อีระ ฤทธิ์รอด, ภาพ โภศลารักษ์. การศึกษาระบบการ ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2553]. แหล่งข้อมูล: [http://www.resjournal.kku.ac.th/article/10\\_1\\_42.pdf](http://www.resjournal.kku.ac.th/article/10_1_42.pdf)
7. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข. การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ HIVQUAL-T ในการวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้ติด- เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2553]. แหล่งข้อมูล: <http://www.cqihiv.com/Menu1.aspx>
8. Kammis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd edition. Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. ประพนธ์ บุญไชย. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
10. ศรัณรัตน์ ระหา. การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องใน ชุมชน ตำบลนาทอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2553]. แหล่งข้อมูล: <http://intranet.gs.kku.ac.th/e-journal/index.php/gs/article/viewFile/290/292>

**Abstract: Development of HIV/AIDS Service System by Multidisciplinary Team and HIV Peer Group in Khunhan Hospital, Si Sa Ket Province**

**Prommanee Dubsok, B.N.S., M.P.H. (Health System Management)**

*Primary Care Unit, Khunhan Hospital, Si Sa Ket province*

*Journal of Health Science 2014;23:667-76.*

AIDS is a chronic communicable disease which is a public health problem that needs a long term for treatment, standard guideline and holistic care. The objectives of this study were to develop a new service system in order to improve the level of HIV/AIDS care to be in line with the national standard (the HIVQUAL-T standard) and to increase patients' satisfaction on the services. It began with the development of a model based on the initial phase of situation analysis, observations and recommendations from 30 stakeholders including physicians, nurses, pharmacists, medical technologist, and representatives of people living with HIV who had experiences of antiretroviral treatment for over one year period. As a result, the one-stop HIV/AIDS service model was developed; and implementation of the model was conducted by a multidisciplinary team and an HIV peer group during the second phase of the study. Such model provided a holistic care system which included physical, psychological, socio-economic and spiritual care services to the patients. Assessment revealed that there was significant improvement in many essential indicators including the patient monitoring process through CD4 and viral load tests. Patient satisfaction rate was improved, from 70.0% in 2008 to 85.0% in 2012. Therefore, the one stop comprehensive model through multidisciplinary teams should be considered as an effective program to improve HIV/AIDS care as well as the satisfaction of HIV/AIDS patients.

**Key words:** holistic care clinic; HIV peer group; multidisciplinary; AIDS