

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

# การพัฒนาาระบบการดูแลแบบผสมผสานวันโรค และเอดส์ ของโรงพยาบาลดอกคำใต้

ไพบูลย์ ธนเกียรติสกุล

อมรรัตน์ หาญจริง

จรัสศรี นาโต๊ะ

ลาเดือน แก้วจินดา

โรงพยาบาลดอกคำใต้

**บทคัดย่อ**

การดูแลแบบผสมผสานวันโรคและเอดส์ เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวันโรคและผู้ป่วยวันโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบการดูแลรักษาและประเมินผลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวันโรค และผู้ป่วยวันโรคที่ติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวันโรคและผู้ป่วยวันโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการคลินิกเอดส์และคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 25 คน เสียชีวิต 6 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 19 คน ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547 ถึงเดือนกันยายน 2548

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยมีคะแนนเฉลี่ยจาก 70.00 เป็น 94.21 มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ที่สูงขึ้นจาก 82.74 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็น 268.95 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนได้รับการคัดกรองวันโรค ผู้ป่วยวันโรคทุกคนได้รับการบริการให้คำปรึกษาและ ตรวจเลือดโดยสมัครใจ (Voluntary Counselling and Testing : VCT) ได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 88.04 อัตราการเปลี่ยนแปลงผลเสมหะ (conversion rate) ร้อยละ 100 อัตราความสำเร็จของการ รักษา (success rate) ร้อยละ 76 และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 24

การพัฒนาาระบบการดูแลแบบผสมผสานวันโรคและเอดส์ควรมีการติดตามกำกับและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อค้นหาวันโรคในผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและค้นหาเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวันโรคได้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแล รักษาโดยเร็ว ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

**คำสำคัญ:** การผสมผสาน, วันโรค, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

**บทนำ**

เอดส์เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของ ร่างกายบกพร่องอันเนื่องมาจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ที่ เรียกว่า เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus :

HIV) ซึ่งเมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะไปทำลาย ภูมิคุ้มกันในร่างกายให้ลดลง ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกัน บกพร่อง เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ได้ง่าย โดย โรคติดเชื้อฉวยโอกาสอันดับหนึ่งที่พบมากที่สุดคือ วันโรค

(tuberculosis)<sup>(1-3)</sup> ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลาย ๆ ประเทศโดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ในช่วง พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2533 หลายประเทศในทวีปแอฟริกา มีการระบาดของวัณโรคเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีการระบาดของเอชไอวี อัตราการระบาดของวัณโรคเพิ่มขึ้นจนถึง 4 เท่า บางประเทศพบร้อยละ 70 ของผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเสมหะบวกเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สถานการณ์วัณโรคจะพบมากในพื้นที่ที่มีอัตราสูงของเอชไอวีสูง เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ จากการรายงานในประเทศไทย เช่น จังหวัดเชียงรายพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นจากประมาณ 1 ต่อประชากรแสนคนในปี 2533 เป็น 50 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2543 การป่วยเป็นวัณโรคก็เช่นกัน พบอัตราการป่วยเป็นวัณโรคเพิ่มขึ้นจาก 50 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2534 เป็น 130 ต่อประชากรแสนคนในปี 2543<sup>(1)</sup>

จังหวัดพะเยามีอัตราผู้ป่วยเอชไอวีสูงสุดเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศไทย รองจากจังหวัดตราด เชียงรายและระนอง<sup>(4)</sup> โดยมีอัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวีเพิ่มขึ้นจาก 30.02 ต่อประชากรแสนคนในปี 2535 เป็น 131.13 ต่อประชากรแสนคนในปี 2547<sup>(5)</sup> และมีผู้ป่วยเอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรค 51.19 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2547 ดอกคำใต้เป็นหนึ่งในเจ็ดอำเภอของจังหวัดพะเยาที่มีการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมเป็นอันดับที่ 3 ของจังหวัด โดยมีจำนวน 1,969 ราย ในปี 2547<sup>(6)</sup> และพบว่าอัตราการป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวี เพิ่มขึ้นจาก 1.29 ต่อประชากรแสนคนในปี 2533 เป็น 301.90 ต่อประชากรแสนคนในปี 2547<sup>(5)</sup> เช่นเดียวกัน พบอัตราการป่วยเป็นวัณโรคเพิ่มขึ้นจาก 78.23 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2546 เป็น 80.80 ต่อประชากรแสนคนในปี 2547 และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรคเพิ่มขึ้นจาก 54 รายในปี 2546 เป็น 63 ราย ในปี 2547 คิดเป็นร้อยละ 16.66<sup>(7,8)</sup>

ในปี 2547 องค์การอนามัยโลก (WHO) มีนโยบายให้มีการผสมผสานการควบคุมและป้องกันงานวัณโรค

และเอชไอวี<sup>(9)</sup> เพื่อสร้างกลไกการประสานงานระหว่างงานวัณโรคและงานเอชไอวี เพื่อลดอุบัติการณ์ของวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อลดอุบัติการณ์ของเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค กระทรวงสาธารณสุขของไทยจึงได้มีนโยบายให้มีการผสมผสานการควบคุมและป้องกันวัณโรคและเอชไอวี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ได้รับการขึ้นทะเบียนต้องได้รับการบริการให้คำปรึกษาเพื่อรับการตรวจเลือดโดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing : VCT) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อใหม่ทุกราย ได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาการป่วยเป็นวัณโรค (TB screening) และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายได้รับการดูแล อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (comprehensive continuum of care)<sup>(10)</sup> กรมควบคุมโรคจึงพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีที่มีการติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วย และพัฒนาครอบครัวให้มีส่วนร่วมแบบบูรณาการ โดยผสมผสานทั้งด้านการแพทย์ การพยาบาล บริการปรึกษา บริการทางสังคม ภายใต้ นโยบายความครอบคลุม ความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคม ตลอดจนการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน<sup>(1)</sup>

โรงพยาบาลดอกคำใต้ ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกพิเศษรับผิดชอบผู้ป่วยวัณโรคและจัดตั้งคลินิกเอชไอวี รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเอชไอวี ซึ่งที่ผ่านมามีคลินิกทั้งสองได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวและทำได้ไม่ครอบคลุม ไม่มีระบบการค้นหาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวีและไม่มีระบบการค้นหาการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรค อีกทั้งไม่ได้มีการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงทำให้ผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวีซึ่งป่วยเป็นวัณโรคที่มีผลเสมหะบวก ไม่ประสบความสำเร็จ อัตราความสำเร็จของการรักษาลดลงจากร้อยละ 41.38 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 31.25 ในปี 2547 และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.85 ในปี 2546 เป็น ร้อยละ 56.10 ในปี 2547<sup>(7,8)</sup> ตามลำดับ ประกอบกับโรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการพัฒนารูป-

แบบการดำเนินงานผสมผสานงานวัณโรคและเอดส์กับ 38 โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนบนในปี 2547<sup>(11)</sup> และได้เล็งเห็นความสำคัญตามนโยบายและโครงการพัฒนาฯ ดังกล่าวข้างต้น จึงได้นำระบบการบริการดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบบบูรณาการของกรมควบคุมโรคมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล และศึกษาแนวทางการดูแลแบบผสมผสานวัณโรคและเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ป่วยเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในคลินิกเอดส์และคลินิกพิเศษ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาและให้บริการในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ตลอดจนการประสานเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยญาติ ครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยวัณโรคหรืออัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ลดลง

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบผสมผสานงานวัณโรคและเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาดังแต่ ตุลาคม 2547 ถึงเดือนกันยายน 2548 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ป่วยเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมีผลเสมหะบวก
2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่มีปัญหาในการสื่อสารและไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

วิธีดำเนินการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ  
 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการรวบรวมข้อมูล สภาพปัญหา สาเหตุ เพื่อหาแนวทางการคัดกรองและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ป่วย

เป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ เป็นการนำแนวทางการคัดกรองและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ป่วยเป็นวัณโรค และแนวทางการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ป่วยเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกเอดส์และคลินิกพิเศษในช่วงเดือนตุลาคม 2547 ถึงกันยายน 2548

ขั้นตอนที่ 3 คือ การประเมินผล ได้แก่ การประเมินผลสภาวะสุขภาพโดยใช้ Karnofsky Score<sup>(12)</sup> ตรวจหาระดับ CD4 ติดตามผลตรวจเสมหะหลังการรักษาครบ วิเคราะห์อัตราความสำเร็จของการรักษาและอัตราการเสียชีวิต

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับ

1. ข้อมูลทั่วไป ผลตรวจ CD4 สภาวะสุขภาพ (Karnofsky Score) ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ค่าเฉลี่ย
2. อัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี อัตราการค้นหาเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค อัตราการเปลี่ยนแปลงผลเสมหะ อัตราความสำเร็จของการรักษาและอัตราการเสียชีวิต ใช้ค่าร้อยละ

### ผลการศึกษา

#### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์

โรงพยาบาลดอกคำใต้ได้จัดตั้งคลินิกเอดส์แยกจากงานผู้ป่วยนอก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ตั้งแต่ปี 2538 โดยเปิดให้บริการตรวจรักษาตามมาตรฐาน เช่น การเจาะเลือด การให้คำปรึกษารายบุคคล รายครอบครัว และเปิดเป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยกลางวัน (Day care Center) จัดให้มีการทำกิจกรรมกลุ่ม จัดตั้งชมรมเพื่อนใจเพื่อให้สมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง การให้ความรู้เชิงป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ การทำงานเชิงรุกในชุมชนทั้งในกลุ่มของเยาวชนกลุ่มพ่อบ้านแม่บ้าน กลุ่มเสี่ยง ทั้งในเรื่องการให้ความรู้ เสริมทักษะ

ชีวิต การกระจายถุงยางอนามัยร้อยละ 100 การรณรงค์เนื่องในเทศกาลสำคัญ โดยทำอย่างต่อเนื่อง ส่วนการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคได้เปลี่ยนผู้รับผิดชอบจากฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค มาเป็นกลุ่มการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้ครอบคลุม และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 โดยให้บริการตรวจรักษา ให้ความรู้ คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม ครอบครัวและเยี่ยมบ้าน ซึ่งที่ผ่านมาคลินิกเอชไอวีและคลินิกพิเศษดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่ครอบคลุม ไม่มีระบบการค้นหาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่มีระบบการค้นหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค ไม่มีการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงไม่มีการเชื่อมโยงการทำงานของทั้งสองคลินิก

จากการวิเคราะห์พบปัญหาด้านคน ระบบในการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว ขาดการวางแผน ขาดการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ไม่มีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบให้ชัดเจนระหว่างหอผู้ป่วยกับคลินิกเอชไอวี คลินิกพิเศษ เครือข่ายบริการและชุมชนทำให้การติดตามผลการบริการไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งป่วยเป็นวัณโรคที่มีผลเสมหะบวกไม่ประสบผลสำเร็จ ดังตารางที่ 1

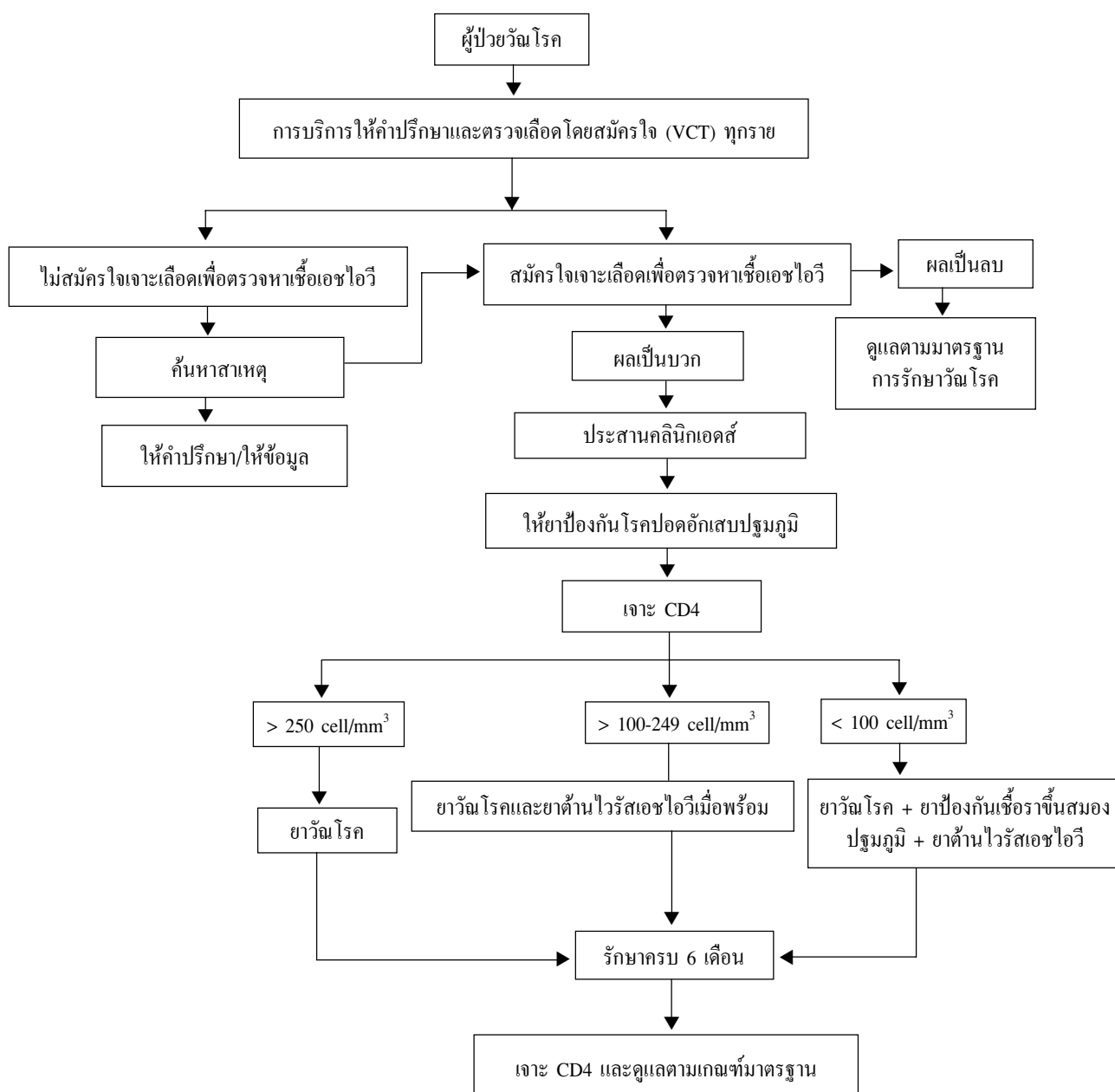
อัตราการเปลี่ยนแปลงผลเสมหะ (conversion rate) คือ ผลเสมหะเปลี่ยนจากบวกเป็นลบ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.70 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 80 ในปี 2547 แต่อัตราความสำเร็จของการรักษา (success rate) คือ รักษาหายหรือรักษาครบ ไม่มีผลการรักษาที่ล้มเหลวหรือขาดการรักษาเกิน 2 เดือน ลดลงจากร้อยละ 41.38 ปี 2546 เป็นร้อยละ 31.25 ในปี 2547 (ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยในปี 2547 นั้น ปรากฏในปี 2548 ซึ่งเป็นการคำนวณหลังจากผู้ป่วยรับยาวัณโรคครบ 12 เดือน) สำหรับอัตราการเสียชีวิต (death rate) เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรค

ผลการดำเนินงาน	พ.ศ. 2546 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2547 (ร้อยละ)
- อัตราการเปลี่ยนแปลงผลเสมหะ	46.70	80.0
- อัตราความสำเร็จของการรักษา	41.38	31.25
- อัตราการเสียชีวิต	51.85	56.10

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ทีมผู้ศึกษาจึงได้วิเคราะห์สถานการณ์และประชุมวางแผนร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งได้กำหนดรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ป่วยเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี คือ

1. กำหนดแนวทางการคัดกรองและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในผู้ป่วยวัณโรค ดังรูปที่ 1
2. กำหนดแนวทางการคัดกรองและดูแลผู้ติดเชื้อวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังรูปที่ 2
3. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดูกผู้ป่วยนอกและดูกผู้ป่วยใน โดยให้บริการที่ครอบคลุมสภาพปัญหาต่าง ๆ (comprehensive care) ทางกาย/การพยาบาล/ด้านสังคม จิตวิทยา โดยแบ่งการบริการดังนี้
  - 3.1 การดูแลรักษา โดยทีมสหวิชาชีพในงานผู้ป่วยนอก คือ แพทย์ให้ความรู้เรื่องโรค และแนวทางการรักษา พยาบาลวิชาชีพงานเอดส์และงานวัณโรคให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม รายครอบครัว เกสัชกร ให้ความรู้เรื่องคุณสมบัติของยา การกินยาที่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ฝ่ายชันสูตรให้การตรวจชันสูตรอย่างถูกต้อง และเจ้าหน้าที่ฝ่ายรังสีถ่ายภาพรังสีได้ถูกต้องเพื่อประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ได้ ดังรูปที่ 3 ก.
  - 3.2 การดูแลรักษา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในงานผู้ป่วยใน ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลรักษา (care map) คือ แพทย์ให้การดูแลตามแผนการรักษาพยาบาลให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาล (nursing



รูปที่ 1 การคัดกรองและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลดอกคำใต้

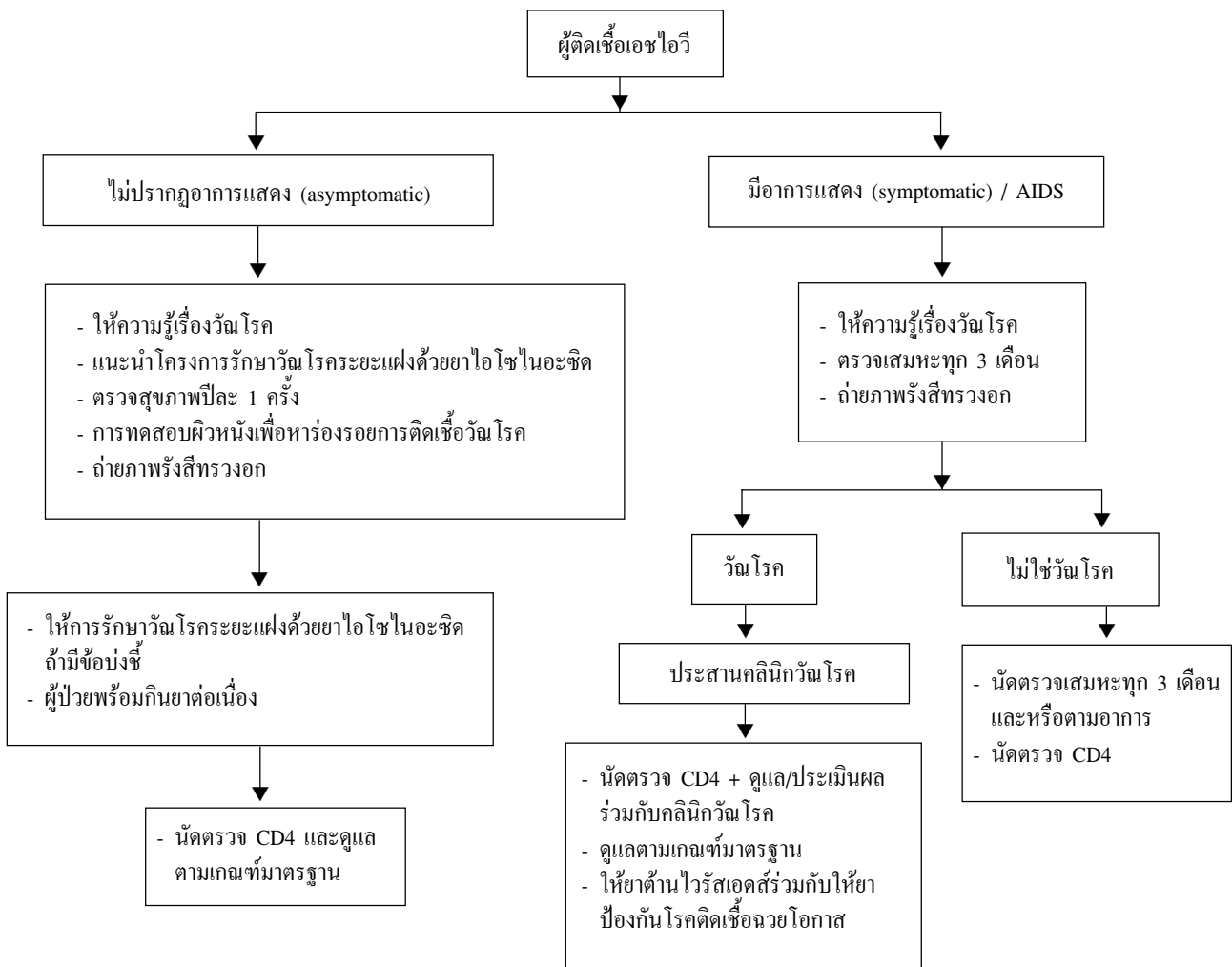
process) ภายภาพบำบัดสอนวิธีการไอที่ถูกวิธี เกสัชรดูแลเรื่องการกินยาที่ถูกต้อง อีกทั้งมีการดูแล โดยใช้ระบบการวางแผนการจำหน่าย (discharge plan) คือเตรียมความพร้อมผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับถึงชุมชน ดังรูปที่ 3 ข.

4. กำหนดรูปแบบการประสานงานกับเครือข่ายบริการโดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuum care)

มีระบบการประสานงานกับเครือข่ายบริการ คือ สถานีอนามัย องค์การท้องถิ่น องค์การเอกชน ชมรมผู้ติดเชื้อ เพื่อที่จะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ดังรูปที่ 4

**ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวทางการคัดกรองและการดูแล จากขั้นตอนที่ 1 มาดำเนินการ ดังนี้**

1. นำแนวทางการคัดกรองและดูแลผู้ติดเชื้อ



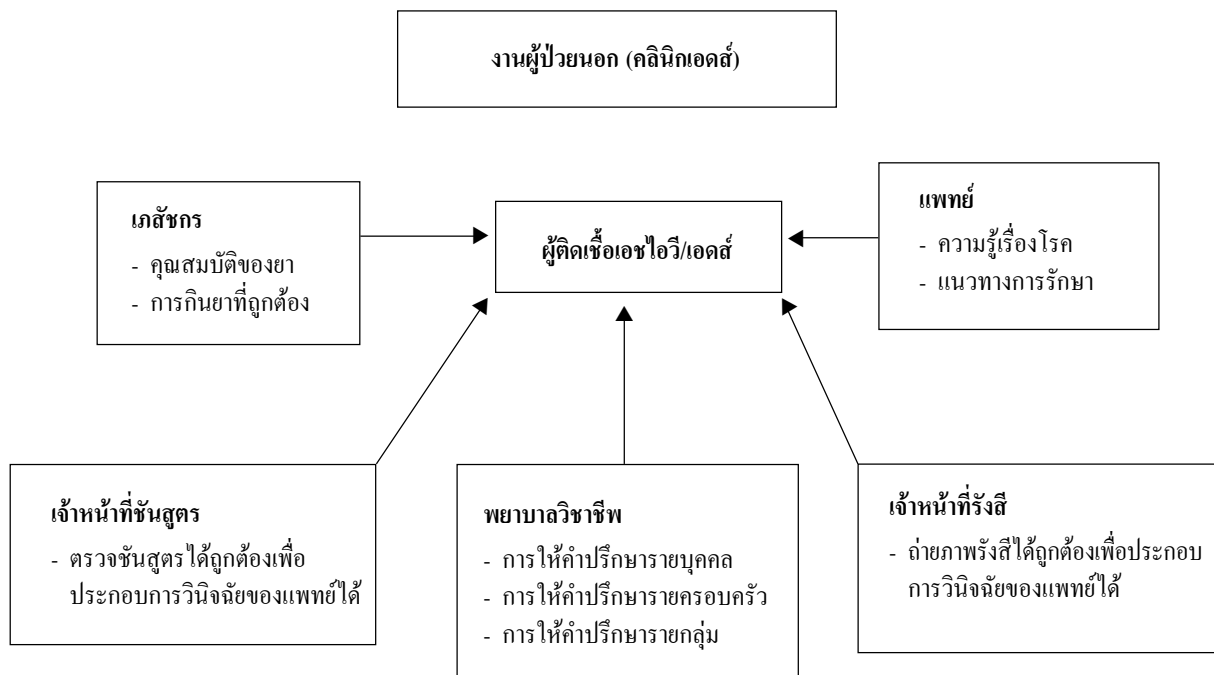
รูปที่ 2 การคัดกรองและดูแลวันโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลดอกคำใต้

เอชไอวี/เอดส์ (รูปที่ 1) มาใช้กับผู้ป่วยวันโรค จำนวน 92 ราย ทุกรายได้รับการบริการให้คำปรึกษาเพื่อรับการตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) (ร้อยละ 100) แต่สมัครใจเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี 81 ราย (ร้อยละ 88.04) มีผลเลือดเป็นบวก 3 ราย (ร้อยละ 3.70) ทุกรายสมัครใจเข้าโครงการ ไม่สมัครใจเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี 11 ราย (ร้อยละ 11.96) โดยผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะเสี่ยงและภายหลังการให้คำปรึกษา (pre-counseling) ผู้ป่วยปฏิเสธการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นสิทธิผู้ป่วย (ตารางที่ 2)

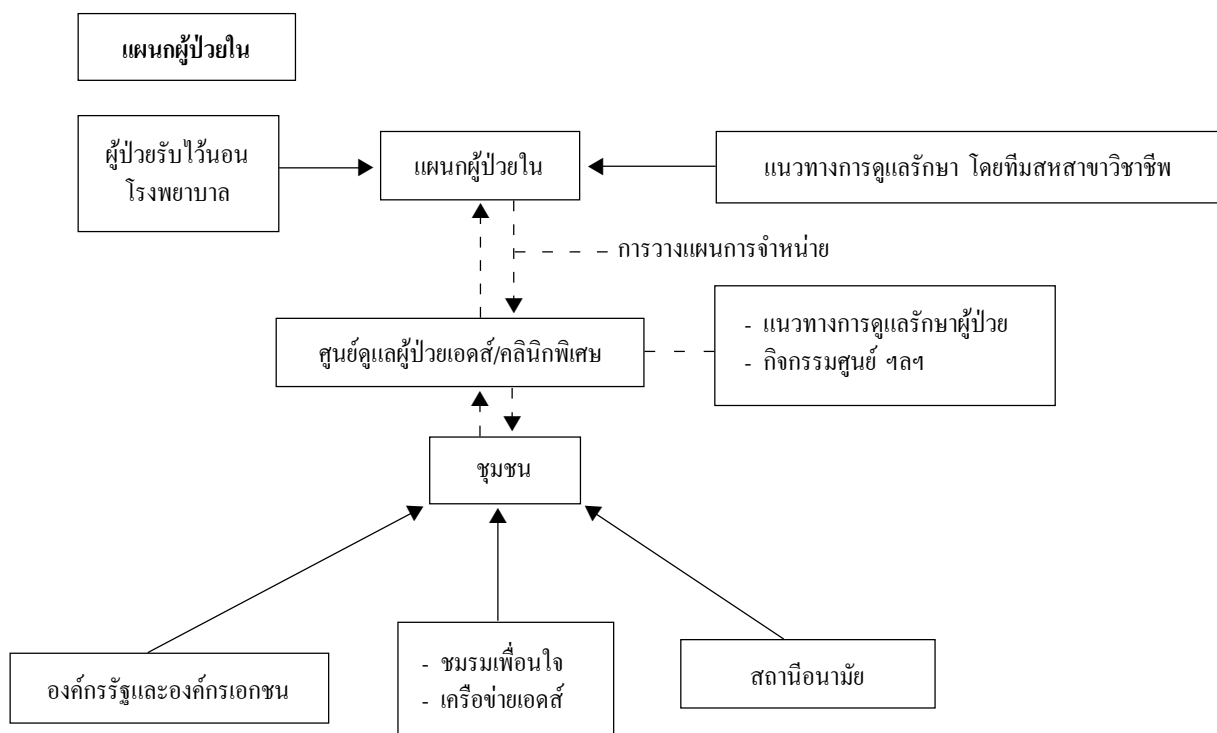
2. นำแนวทางการคัดกรองและดูแลวันโรค

(รูปที่ 2) มาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 557 ราย แยกเป็นผู้ไม่ปรากฏอาการแสดง 114 ราย ผู้ปรากฏอาการแสดง 201 ราย และระยะเอดส์ 242 ราย ตรวจเสมหะและถ่ายภาพรังสีทรวงอก 213 ราย พบเป็นวันโรค 63 ราย (ร้อยละ 29.58) และมีเสมหะบวก 22 ราย (ร้อยละ 10.33) สมัครใจเข้าโครงการ 22 ราย (ตารางที่ 3)

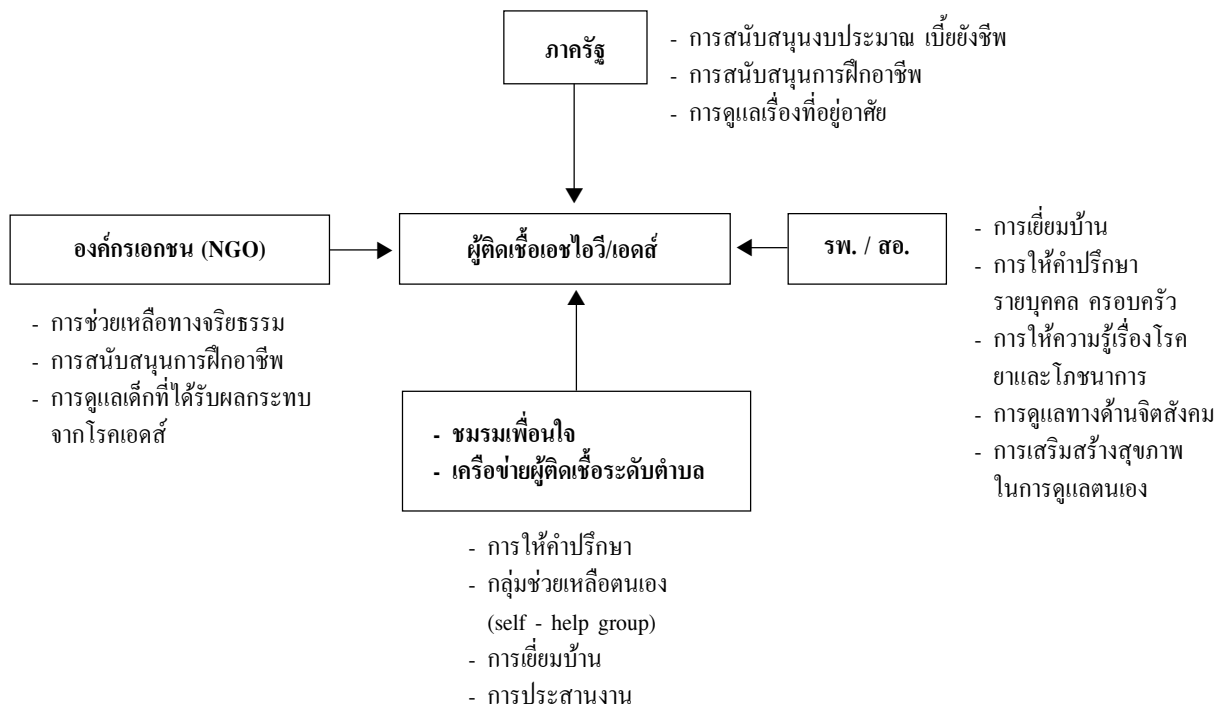
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย มาจากการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวันโรคจำนวน 3 ราย การคัดกรองวันโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 22 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ กลุ่มตัวอย่างได้



รูปที่ 3 ก. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอกคำใต้



รูปที่ 3 ข. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอกคำใต้



รูปที่ 4 เครื่องมือการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลดอกคำใต้

รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (รูปที่ 3 ก และ ข) และแนวทางการประสานงานกับเครือข่ายบริการ (รูปที่ 4) ที่ได้พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นเก็บข้อมูลทั่วไป ประเมินสถานะสุขภาพ ตรวจหาระดับ CD4 โดยใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้น

### ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 33.2 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 52 สมรส ร้อยละ 44 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 96.0 รายได้เฉลี่ย 1,960 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีมาประมาณ 1 เดือน มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 32 และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบคือ เชื้อราที่สมอง 4 ราย ปอดอักเสบ 1 ราย พิโนสมอง 1 ราย และปอดอักเสบร่วมกับพิโนสมอง 2 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา - มารดา (ร้อยละ 32) และผู้ดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วยคือ บิดา ร้อยละ 28

ตารางที่ 2 ผลการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรค (จำนวน = 92)	จำนวน (ราย)	ผล	
		ลบ	บวก
ไม่สมัครใจเจาะ Anti HIV	11	-	-
สมัครใจเจาะ Anti HIV	81	78	3

2. การประเมินสถานะสุขภาพ (Karnofsky Score) ผลการตรวจระดับ CD4 และผลตรวจเสมหะ (AFB)

กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตระหว่างการศึกษาคือ 6 ราย จึงได้ตัดออกจากการศึกษา เนื่องจากไม่มีผลการประเมินสถานะสุขภาพและผล CD4 ได้วิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพ (Karnofsky Score) และระดับ CD4 กลุ่มตัวอย่างที่เหลือจำนวน 19 ราย พบว่า ผลการประเมินสถานะสุขภาพและระดับ CD4 เพิ่มขึ้นหลัง



ตารางที่ 3 ผลการคัดกรองวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (จำนวน = 557)	จำนวน (ราย)	ผลการคัดกรองวัณโรค	
		เป็น	ไม่เป็น
ผู้ไม่ปรากฏอาการแสดง	114	-	114
ผู้ปรากฏอาการแสดง	201	14	226
เอดส์	242	49	154

ตารางที่ 4 ผลการประเมินสถานะสุขภาพและระดับ CD4 ของกลุ่มตัวอย่าง 19 ราย

การประเมิน	กลุ่มตัวอย่าง (ราย)	ก่อนเริ่มดูแล	หลัง 6 เดือน
Karnofsky Score (คะแนน)	19	70	94.21
CD4 (cell/mm <sup>3</sup> )	19	82.74	268.95

จากได้รับการดูแลตามระบบการดูแลแบบผสมผสาน วัณโรคและโรคเอดส์ (ตารางที่ 4)

#### 4. ผลสำเร็จของการรักษา

ผลการตรวจเสมหะก่อนการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง 19 ราย เป็นบวกทั้งหมด และหลังจากรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (conversion rate) พบว่าผลเสมหะเปลี่ยนเป็นลบทุกราย ร้อยละ 100 จากการประเมินผลการรักษาวัณโรคพบว่ารักษาครบ (success) คือรักษาหายหรือรักษาครบ ไม่มีผลการรักษาที่ล้มเหลวหรือขาดการรักษาเกิน 2 เดือน จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 76 เสียชีวิต 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 24 (ตารางที่ 5)

#### วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า หลังจากที่มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ศักยภาพข้อมูลสภาพปัญหาของรูปแบบการดำเนินงานดูแลวัณโรคและเอดส์ โรงพยาบาลดอกคำใต้ ทำให้ทราบว่าการทำงานที่ผ่านมาขาด

ตารางที่ 5 ร้อยละความสำเร็จของการรักษาวัณโรคและการเสียชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย

ผลการประเมิน	จำนวน (ร้อยละ)
รักษาครบ (success)	19 (76)
การเสียชีวิต (death)	6 (24)

การประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และค้นหาเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้เพราะวัณโรคเป็นโรคติดต่อฉวยโอกาสที่สำคัญของเอดส์ และมีผลกระทบเชื่อมโยงกับปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้น ถ้าหากขาดการผสมผสานการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะส่งผลให้การดูแลรักษาไม่มีความยากลำบากและเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ จากผลการศึกษาในเรื่องการประสานงานการคัดกรองผู้ป่วย

วัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการคัดกรองเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างงานคลินิกเอดส์และคลินิก พิเศษโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า การค้นหาวัณโรคใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการคัดกรองร้อยละ 100 และการค้นหาเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 100 มี การเจาะเลือดโดยสมัครใจร้อยละ 88.04 แสดงให้เห็น ว่าระบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และระบบการค้นหาเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค โรง- พยาบาลดอกคำใต้ทำได้ครอบคลุม ทั้งนี้เนื่องจากการ ประสานงานระหว่างคลินิกเอดส์และคลินิกวัณโรค การประสานงานและดูแลระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดย แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง พยาบาลซัก ประวัติอาการอย่างละเอียดชัดเจน เจ้าหน้าที่ฝ่าย ชันสูตรรายงานผลถูกต้องครบถ้วน เจ้าหน้าที่รังสีถ่าย ภาพรังสีได้ถูกต้อง ชัดเจน สามารถประกอบการ วินิจฉัยโรคได้ ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการ ยอมรับการตรวจรักษาของผู้ป่วย ส่งผลให้การตรวจคัด- กรองผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม บรรลุเป้าหมายของโครงการ พัฒนารูปแบบการดำเนินงานผสมผสานงานวัณโรค และโรคเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบนและบรรลุเป้า- หมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพดี จากผลการ ประเมินสภาวะสุขภาพ (Karnofsky score)<sup>(12)</sup> เพิ่มขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยจาก 70.00 เป็น 94.21 (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจาก ภาครัฐ เครือข่ายเอดส์และองค์กรเอกชน โดยเฉพาะ อย่างยิ่งการได้รับการสงเคราะห์คำรักษาพยาบาลจาก โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) และยังสามารถเข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัสจาก โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (National Access to Antiretroviral Program for PHA : NAPHA) ของ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งได้รับยาวัณโรคและได้รับ บริการจากระบบบริการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน ได้รับการ ดูแลแบบองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่โรง-

พยาบาลต่อเนื่องถึงที่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแล ตนเองได้อย่างเหมาะสม และมารับการรักษาอย่าง สม่าเสมอ ดังการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์<sup>(13)</sup> ได้เสนอ ว่าการได้รับการบริการจากระบบบริการเฉพาะที่ไม่ซับซ้อนยุ่งยากทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกที่ดีมา รับการตรวจอย่างสม่าเสมอ สามารถปฏิบัติตามคำ- แนะนำและมีความมั่นใจในการบริการที่ได้รับและ สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า การติดตามผลการตรวจภูมิคุ้มกัน (CD4) ในกระแสเลือดหลัง รับยา 6 เดือน เพิ่มขึ้นจาก 82.74 เซลล์/ลูกบาศก์ มิลลิเมตร เป็น 268.95 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การได้รับยาต้านไวรัสภายใต้ โครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการประเมินสภาพร่างกายก่อนเข้าร่วมโครงการ และติดตามผลการรักษาตามแนวทางการรักษาด้วยยา ต้านไวรัสของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสสามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มเชื้อเอชไอวี ในร่างกายและช่วยควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีไม่ ให้ทำลายภูมิคุ้มกันโรค ทำให้มีระดับภูมิคุ้มกัน ใน กระแสเลือดสูงขึ้นและระดับเชื้อไวรัส (viral load) ใน กระแสเลือดลดลง ส่งผลลดการติดเชื้อฉวยโอกาส สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามโอกาส สอดคล้อง กับการศึกษาของบราซิเลีย<sup>(14)</sup> ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อประเมินภาวะ ร่างกายและอารมณ์ ไม่เพียงแต่สามารถปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้ อย่างยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของกอตเทบ<sup>(15)</sup> พบว่า การกินยาต้านไวรัส สามารถระงับเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยได้ร้อยละ 60-90

นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเปลี่ยนแปลงผลเสมหะ เท่ากับร้อยละ 100 อัตราความสำเร็จของการรักษา วัณโรค เท่ากับร้อยละ 76 อัตราการเสียชีวิต เท่ากับ ร้อยละ 24 (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่าการทราบ สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยวัณโรคและการ ทราบสถานะการป่วยเป็นวัณโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

เอดส์ มีความสำคัญและจำเป็นเนื่องจากหากผู้ป่วย วัณโรครายนั้นติดเชื้อเอชไอวีอยู่ด้วยจะเป็นช่องทาง สำหรับการให้การช่วยเหลือดูแลป้องกันด้านเอดส์ โดยเฉพาะการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ระยะแรกของการรักษาวัณโรคโดยเร็วที่สุดจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ในภาพรวมด้วย<sup>(1)</sup> และการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบ ว่าตนเองป่วยเป็นวัณโรคเป็นช่องทางสำหรับการช่วยเหลือดูแลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ โดยเฉพาะการได้รับยารักษาวัณโรคร่วมกับการรับยาต้าน ไวรัสจะช่วยลดอัตราการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพแบบ องค์รวมตั้งแต่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน ตลอดจน การได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ อัตราความสำเร็จของการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น แต่ทั้งนี้ ยังมีปัญหาการเสียชีวิต อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่เสียชีวิต ทั้งหมด 6 ราย ได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่อง การรักษาเรื่องยาต้านไวรัสแล้ว แต่ไม่สมัครใจและไม่พร้อม รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำนวน 4 ราย ซึ่งตาม เกณฑ์ข้อบ่งชี้หนึ่งในสามข้อในการคัดเลือกผู้ป่วย สำหรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (exclusion criteria) ในโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA)<sup>(3)</sup> คือ ถ้าผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และไม่พร้อมที่จะให้การติดตามผลการรักษา ผู้ป่วย สามารถไม่ขอรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ ผู้ป่วยทั้ง 4 รายดังกล่าวจึงขอรับการรักษาด้วยยาวัณโรคเพียง อย่างเดียว ในระยะต่อมาผู้ป่วยมีการติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากมีระดับ CD4 ลดลงและอยู่ในระยะเอดส์ ขั้นสุดท้าย (Full Blown AIDS ) จึงเสียชีวิตในระหว่าง การรักษาด้วยยาวัณโรค ผู้ป่วยอีก 1 ราย มีระดับ CD4 318 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร จึงไม่ได้รับการรักษาด้วย ยาต้านไวรัส ตามแนวทางการคัดกรอง (รูปที่ 1) แพทย์จึงให้การรักษาด้วยยาวัณโรคและให้ยาป้องกัน โรคปอดอักเสบควบคู่ไปด้วยแต่ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา

นาน 10 ปี ขณะให้การรักษาผู้ป่วยมีโรคตับแข็งจึงเสียชีวิตลง แต่มีผู้ป่วย 1 รายที่สมัครใจกินยาต้านไวรัส ซึ่ง หลังจากกินได้ 2 เดือน ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก ซาเท่า 2 ซ้ำง แพทย์พิจารณาให้หยุดยา จากนั้นผู้ป่วย มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีไข้สูง อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ต่อมา อาการผู้ป่วยทรุดลงและเสียชีวิต

### สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการผสมผสานการ ดูแลวัณโรคและเอดส์เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนา คุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ ป่วยเป็นวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีและ สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ ป่วยเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี แก่ โรงพยาบาลที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ได้ ทั้งนี้ ต้องมีการติดตามกำกับและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับเครือ- ข่ายในชุมชนเพื่อค้นหาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้เพิ่มขึ้น ส่ง ผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาโดยเร็ว ทำให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและ เหมาะสม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงทัศนีย์ หลิวเสรี แพทย์หญิง พัชรี ชันติพงษ์ คุณพรพรรณ เลิศทอง คณะเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลดอกคำใต้ทุกท่าน และขอขอบคุณผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกคนที่ได้ให้ความร่วมมือช่วยเหลือใน การศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. ยุทธิชัย เกษตรเจริญ. คู่มือแนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรค และโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร : การศาสนา; 2548.
2. เฟลีนจันทร์ เซษฐิชาติศักดิ์. Update on opportunistic in-

- fections prevention and treatment 2004-2005. สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2548.
3. สัญชัย ยาสสมบัติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์. แนวทางปฏิบัติงานโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
  4. กองระบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยเอดส์จำแนกรายจังหวัดระหว่างกันยายน พ.ศ. 2529 - 31 สิงหาคม 2549 [online] 2549 [สืบค้นเมื่อ 11 ต.ค. 2549]; Available from : URL : <http://203.157.19.193/aids/Aidstab5.html>
  5. งานข้อมูลสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. อัตราป่วยโรคเอดส์และการติดเชื้อมีอากรปี 2535 - 2549 (เอกสารอัดสำเนา). พะเยา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา; 2549.
  6. งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดพะเยา 2523 - มิถุนายน 2549 (เอกสารอัดสำเนา). พะเยา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพะเยา; 2549.
  7. ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลดอกคำใต้. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์และวัณโรค ประจำปี 2546 (1 ตุลาคม 2545 - 30 กันยายน 2546). พะเยา : โรงพยาบาลดอกคำใต้; 2546.
  8. ฝ่ายแผนงาน โรงพยาบาลดอกคำใต้. สรุปผลการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์และวัณโรค ประจำปี 2547 (1 ตุลาคม 2546 - 30 กันยายน 2547). พะเยา : โรงพยาบาลดอกคำใต้; 2547.
  9. World Health Organization. Interim policy collaborative TB/HIV activities [online]. 2004 [cited 2005 Aug 20]; Available from : URL : [http://whqlibdoc.Who.int/hq/2004/WHO\\_HTN\\_TB\\_2004.330\\_eng.tdf](http://whqlibdoc.Who.int/hq/2004/WHO_HTN_TB_2004.330_eng.tdf)
  10. พรชนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. การพัฒนาการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอดส์. เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมสัมมนาเอดส์ชาติ ครั้งที่ 10; 14 กรกฎาคม 2548; ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2548.
  11. ทศนา หลิวเสรี. วัณโรคและโรคเอดส์ สถานการณ์และการผสมผสานการดำเนินในเขตภาคเหนือตอนบน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์; 5 มกราคม 2548; ณ โรงแรมดวงตะวัน. เชียงใหม่ : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10; 2548.
  12. Karnofsky AD, Burchenal HJ. Karnofsky scoring [online]. 1940 [cited 2005 Aug 20]; [9 screens]. Available from: URL: [http://libraryoflibrary.com/E\\_n\\_c\\_p\\_d\\_Oncology.html](http://libraryoflibrary.com/E_n_c_p_d_Oncology.html)
  13. พิกุล นันทชัยพันธ์. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
  14. Bracilia DF. The impact of antiretroviral therapy [online]. 1997 [cited 2005 Aug 18]; Available from: URL : [http://www.aids.gov.br/antiretrov\\_therp.html](http://www.aids.gov.br/antiretrov_therp.html)
  15. Gottlieb S. Non - compliance often the cause when AIDS drug “fail” [online]. 2000[cited 2005 Aug 20]; Available from: URL: <http://bmj.com/egi/content/full320/7229/208/b>, veiw= full&pmid=1064225%

**Abstract**    **System Development of Collaborative Tuberculosis and HIV/AIDS Care in Dokkhamtai Hospital**

**Paiboon Thanakiatsakul, Amornrat Hanching, Charussri Nata, Laduan Keawjinda**

Dokkhamtai Hospital

*Journal of Health Science* **2007; 16:S112-24.**

The system development of comprehensive tuberculosis and HIV/AIDS care is a guideline in quality service development of HIV/AIDS with TB and TB with HIV/AIDS. In total, the objectives were treatment monitoring and care system development of HIV/AIDS with TB and TB with HIV/AIDS. The sample size was 25 HIV/AIDS patients in total, who received medical service at anonymous clinic, Dokkhamtai hospital, Phayao province, from October, 2004 to September, 2005. During the study 6 patients died, so the sample size was reduced to 19.

It was reported that the Karnofsky Score means increased from 70.00 to 94.21. The immune level (CD4) was increased from 82.74 cell/mm<sup>3</sup> to 268.95 cell/mm<sup>3</sup>. All HIV/AIDS patients received TB screening; all TB patients received voluntary counseling and testing, yet only 88.04 percent underwent HIV testing. The conversion rate was 100 percent, with the success rate of 76 percent and death rate of 24 percent.

The authors encourages assessment and monitoring on system development of comprehensive tuberculosis and HIV/AIDS care by collaboration as partnership with the community network to find new cases of TB in HIV/AIDS and HIV/AIDS in TB. That leads the patients to early medical treatment and, as a result, improves their quality of life.

**Key words:**    **collaboration, tuberculosis, HIV/AIDS patients**