JIAPP
Impact Assess Public Policy

Research Article

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

The Development of an Integrated Care Model for People Living with HIV at Wang Wiset Hospital, Trang Province

จันทิมา มุสิกวงศ์
Jantima Musikawong

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) พัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ และ 3) ประเมินผลลัพธ์ภายหลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส 124 คน และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ 8 คน ดำเนินการ 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ เตรียมการวิจัย ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ นำรูปแบบไปใช้ และประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล แบบติดตามการดำเนินงาน และแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา McNemar test, Wilcoxon signed-rank test และการวิเคราะห์เชิงธีม ก่อนพัฒนารูปแบบ พบปัญหาการขาดนัด ความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ และการติดตามที่ไม่เป็นระบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การทบทวนข้อมูล การจำแนกความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การให้คำปรึกษา การวางแผนดูแลรายบุคคลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประเมินปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ภายหลังใช้รูปแบบ สัดส่วนผู้รับยาภายใน 7 วันเพิ่มจากร้อยละ 88.71 เป็น 96.77 ($p = .012$) ผู้ขาดนัดลดจากร้อยละ 14.52 เป็น 4.84 ($p = .004$) และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ขาดนัดลดจาก 0.18 เป็น 0.06 ครั้งต่อคน ($p = .008$) ผู้ป่วยร้อยละ 99.19 ยังคงอยู่ในระบบการรักษา และร้อยละ 93.33 ของผู้ที่มีผลตรวจ Viral Load มีค่าไม่เกิน 50 copies/mL รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการใช้ในโรงพยาบาลชุมชน โดยควรศึกษาผลระยะยาวและใช้กลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผล

คำสำคัญ : การดูแลแบบบูรณาการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความต่อเนื่องของการรับยา การคงอยู่ในการรักษา การติดตามเชิงรุก

โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง 92220
Wang Wiset Hospital, Trang Province 92220, Thailand

*Corresponding Author: Email: jantimamusikawong@gmail.com; Tel: 0862689507

Received: Jun 26, 2026; Revised: Jul 20, 2026; Accepted: Aug 21, 2026

Abstract

This research and development study aimed to 1) examine the current situation of HIV care, 2) develop an integrated care model, and 3) evaluate outcomes following implementation of the model. The participants included 124 people living with HIV receiving antiretroviral therapy and eight multidisciplinary healthcare professionals. The study was conducted over 12 weeks and comprised four phases: research preparation, situation analysis and model development, model implementation, and model evaluation and refinement. Research instruments included data recording forms, implementation monitoring forms, and a semi-structured interview guide. Data were analyzed using descriptive statistics, McNemar's test, the Wilcoxon signed-rank test, and thematic analysis. Prior to model development, the main problems identified were missed appointments, risk of loss to follow-up, and an unsystematic follow-up process. The developed model consisted of six steps: data review, risk stratification, proactive follow-up, counseling, individualized care planning with a multidisciplinary team, and continuous evaluation and improvement. Following implementation, the proportion of patients receiving antiretroviral medication within seven days of the scheduled appointment increased from 88.71% to 96.77% (p = .012), while the proportion of patients with missed appointments decreased from 14.52% to 4.84% (p = .004). The mean number of missed appointments decreased from 0.18 to 0.06 per patient (p = .008). Overall, 99.19% of patients remained in care, and 93.33% of those with available viral load results had viral loads ≤50 copies/mL. The model was feasible for implementation in community hospitals; however, longer-term studies with comparison groups are recommended to confirm its effectiveness.

Keywords : Integrated Care; People Living with HIV; Continuity of Antiretroviral Medication; Retention in Care; Proactive Follow-Up

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้ความก้าวหน้าของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (antiretroviral therapy: ART) จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่การควบคุมการแพร่ระบาดและการลดการเสียชีวิตยังขึ้นอยู่กับความครอบคลุมของบริการตั้งแต่การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การเข้าสู่ระบบการรักษา การได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง จนถึงการกดปริมาณไวรัสในระยะยาว ข้อมูลของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติระบุว่า ในปี ค.ศ. 2024 มีผู้มีชีวิตอยู่ร่วมกับเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 40.8 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1.3 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์ประมาณ 630,000 คน ขณะที่ผู้ติดเชื้อประมาณ 31.6 ล้านคนได้รับยาต้านไวรัส หรือคิดเป็นร้อยละ 77 ของผู้มีชีวิตอยู่ร่วมกับเอชไอวีทั้งหมด[1] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่า แม้การเข้าถึงการรักษาจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ยังมีผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งที่ไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถคงอยู่ในกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการขยายบริการตรวจและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีมาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งสู่เป้าหมาย 95-95-95 คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 95 ทราบสถานะการติดเชื้อของตน ผู้ที่ทราบสถานะร้อยละ 95 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 95 สามารถกดปริมาณไวรัสได้ ข้อมูลจาก HIV INFO HUB+ ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยว่า ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 91 ทราบสถานะการติดเชื้อ ผู้ที่ทราบสถานะร้อยละ 91 ได้รับยาต้านไวรัส และผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 98 สามารถกดปริมาณไวรัสได้[2] แม้ผลด้านการกดไวรัสในผู้ที่เข้าสู่การรักษาจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีช่องว่างในขั้นตอนการค้นหาผู้ติดเชื้อและการเข้าสู่การรักษา รวมถึงการรักษาความต่อเนื่องของผู้ที่อยู่ในระบบบริการ แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2564/2565 จึงให้ความสำคัญกับการ

เริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็ว การติดตามผลการรักษา การตรวจปริมาณไวรัส และการจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการคงอยู่ในระบบการรักษา[3]

ความสำเร็จของการรักษาเอชไอวีจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับยาต่อเนื่อง การมาตามนัด การได้รับการตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ และการคงอยู่ในระบบการรักษา หากผู้ป่วยขาดนัดหรือหยุดการรักษาเป็นระยะ อาจนำไปสู่ความไม่ต่อเนื่องของการใช้ยา เพิ่มโอกาสที่ปริมาณไวรัสจะกลับสูงขึ้น และทำให้การดูแลในระยะยาวซับซ้อนมากขึ้น ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจึงเสนอให้การจัดบริการเอชไอวีเป็นบริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีความยืดหยุ่นตามความต้องการของผู้ป่วย สนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยา และบูรณาการการดูแลภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงและส่งเสริมการอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง[4]

การขาดนัดและการหลุดจากระบบการรักษาเป็นปัญหาที่มีสาเหตุหลายระดับ ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเพียงด้านเดียว การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Burke และคณะ พบว่าสาเหตุของการหยุดหรือขาดความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสครอบคลุมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ การเดินทาง การเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ ผลข้างเคียงจากยา การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว ความกังวลเรื่องการตีตราและการรักษาความลับ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ[5] ด้วยเหตุนี้ การจัดการปัญหาผู้ขาดนัดจึงควรเริ่มตั้งแต่การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง การประเมินสาเหตุเฉพาะรายและการปรับบริการให้ตอบสนองต่อข้อจำกัดของผู้รับบริการมากกว่าการรอให้ผู้ป่วยขาดการรักษาเป็นเวลานานแล้วจึงติดตามกลับเข้าสู่ระบบ องค์การอนามัยโลกยังเสนอให้หน่วยบริการมีระบบติดตามผู้ที่ขาดการรักษาและสนับสนุนการกลับเข้าสู่บริการโดยคำนึงถึงความต้องการของแต่ละบุคคล รวมถึงดำเนินการอย่างระมัดระวังต่อประเด็นความลับและการตีตรา [6]

หลักฐานจากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยมาตรการหลายองค์ประกอบร่วมกัน การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Higa และคณะ ซึ่งรวบรวม 42 มาตรการจาก 39 การศึกษา พบว่ามาตรการที่ประกอบด้วยการช่วยจัดการนัดหมายหรือระบบแจ้งเตือน การนำทางผู้ป่วยในระบบบริการ การสนับสนุนด้านจิตสังคม การช่วยแก้ไขอุปสรรคด้านการเดินทาง และการใช้ข้อมูลเพื่อค้นหาและนำผู้ที่ขาดการรักษากลับเข้าสู่ระบบ มีส่วนช่วยเพิ่มการกลับเข้าสู่การรักษา การคงอยู่ในการรักษา และการกดปริมาณไวรัส[7] แม้หลักฐานดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากบริบทต่างประเทศ แต่สนับสนุนแนวคิดว่าการแก้ปัญหาความต่อเนื่องของการรักษาควรเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย การติดตามเชิงรุก และการจัดการปัญหารายบุคคลเข้าด้วยกัน มากกว่าการใช้มาตรการใดมาตรการหนึ่งเพียงลำพัง

แนวคิดการจัดบริการที่แตกต่างตามความต้องการของผู้รับบริการ (differentiated service delivery: DSD) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ได้รับการนำมาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยปรับรูปแบบ ความถี่ สถานที่ และความเข้มข้นของบริการตามภาวะทางคลินิกและความต้องการของผู้ป่วย การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Bwire และคณะ จากการทดลองแบบสุ่ม 16 การศึกษา รวมผู้เข้าร่วม 13,886 คน พบว่ารูปแบบ DSD สามารถรักษาผลลัพธ์ด้านการคงอยู่ในการรักษาและการกดไวรัสได้อย่างน้อยใกล้เคียงกับการดูแลตามปกติ[8] สอดคล้องกับการทบทวนของ Le Tourneau และคณะ ซึ่งพบว่าการลดความถี่ของการพบแพทย์และขยายระยะเวลาการรับยาต้านไวรัสในผู้ที่มีอาการคงที่สามารถคงผลลัพธ์ด้านการอยู่ในระบบการรักษาได้ใกล้เคียงกับบริการแบบเดิม[9] หลักฐานดังกล่าวสนับสนุนการออกแบบระบบบริการที่จำแนกผู้ป่วยตามความเสี่ยง โดยผู้ที่มีอาการคงที่อาจได้รับบริการตามระบบปกติหรือรูปแบบที่สะดวกขึ้น ขณะที่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการขาดนัดหรือหลุดจากระบบควรได้รับการติดตามและการดูแลที่เข้มข้นขึ้น

สำหรับประเทศไทย มีการพัฒนารูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะกับผู้ติดเชื้อที่มีอาการคงที่และลดภาระในการมารับบริการ การศึกษาของขวัญดาว ศิลาทอง และคณะ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่จำนวน 464 คน พบการจัดบริการทั้งการรับยาโดยพบแพทย์ การรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร และการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการเอชไอวีในประเทศไทยสามารถ

ปรับรูปแบบบริการให้แตกต่างตามบริบทและความต้องการของผู้รับบริการได้[10] แนวทางดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทิศทางของการดูแลเอชไอวีที่เน้นความยืดหยุ่น การลดอุปสรรคในการเข้าถึง และการใช้ทรัพยากรของทีมสุขภาพตามระดับความจำเป็นของผู้ป่วย

โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 124 คน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้ข้อมูลจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus สำหรับติดตามการนัดหมาย การรับยาต้านไวรัส และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการทบทวนระบบบริการเบื้องต้นพบว่า กระบวนการเดิมเน้นการให้บริการตามวันนัดและติดตามผู้ขาดนัดตามการพิจารณาของบุคลากรแต่ละราย ยังไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนสำหรับจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงต่อการขาดนัดหรือหลุดจากระบบ รวมทั้งยังไม่มีการกำหนดระยะเวลา ช่องทางการติดต่อ และผู้รับผิดชอบในการติดตามอย่างเป็นมาตรฐาน ข้อมูลจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus บางส่วนยังต้องมีการตรวจสอบความครบถ้วนและความสอดคล้องร่วมกัน ขณะที่การประเมินสาเหตุของการขาดนัดและการวางแผนดูแลรายบุคคลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ได้ดำเนินการเป็นกระบวนการเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนรับยาไม่ตรงตามนัดและมีโอกาสเกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษา

จากปัญหาและหลักฐานดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เชื่อมโยงข้อมูลจากระบบบริการเข้ากับการจำแนกความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การให้คำปรึกษาและค้นหาอุปสรรคเฉพาะราย การวางแผนดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประเมินปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้การติดตามผู้ป่วยเป็นระบบเดียวกันและสามารถดำเนินการได้ภายใต้ทรัพยากรของโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลวังวิเศษ และประเมินผลของรูปแบบต่อความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัส การขาดนัด การคงอยู่ในการรักษา และการกดปริมาณไวรัส เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่สามารถผนวกเข้ากับระบบงานประจำและสนับสนุนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องในระดับโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการต่อความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัส การขาดนัด การคงอยู่ในการรักษา และการกดปริมาณไวรัสตามเกณฑ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสานวิธี (mixed methods research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสมกับบริบทของคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง การดำเนินการแบ่งเป็น 2 วงรอบ รวม 4 ระยะ ได้แก่ วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย และระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบบริการ และพัฒนารูปแบบการดูแล ส่วนวงรอบที่ 2 ประกอบด้วย ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการจริง และระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ การดำเนินการวิจัยภาคสนามภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการและได้รับยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลวังวิเศษ จำนวน 124 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับยาต้านไวรัสและอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาลวังวิเศษมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนก่อนเริ่มการศึกษา 3) มีข้อมูลการนัดหมายและการรับยาในระบบ HOSxP หรือ NAP/NAP Plus และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ย้ายไปรับการรักษาที่หน่วยบริการอื่นก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย 2) มีข้อมูลการรักษาไม่เพียงพอสำหรับการประเมินผล และ 3) ถอนความยินยอมหรือไม่สามารถติดตามข้อมูลได้

ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวีไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 3) ยินยอมให้ข้อมูล เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ย้ายหน่วยงาน ลาศึกษาต่อ หรือไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์ได้ตลอดช่วงการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ 2) แนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการติดตามผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบคัดกรองและลงทะเบียนผู้เข้าร่วมวิจัย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus แบบบันทึกกิจกรรมตามรูปแบบ แบบตรวจสอบความครบถ้วนและคุณภาพข้อมูล แบบประเมินความครบถ้วนของการดำเนินงานตามรูปแบบ และแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ

รูปแบบและเครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน จากนั้นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง แนวคำถามสัมภาษณ์ได้รับการทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล ส่วนแบบบันทึกข้อมูลได้รับการทดลองใช้กับข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาระบบบริการ จัดทำร่างรูปแบบและเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และประสานทีมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus รวมทั้งสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์กระบวนการดูแลเดิม ปัญหา และช่องว่างของระบบบริการ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์มาสังเคราะห์และพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้ ดำเนินการตามรูปแบบ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus 2) จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง 3) ติดตามผู้ป่วยเชิงรุกผ่านช่องทางที่ผู้ป่วยยินยอม 4) ให้คำปรึกษาและแก้ไขอุปสรรคเฉพาะราย 5) วางแผนการดูแลรายบุคคลและประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 6) บันทึกประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ดำเนินการต่อเนื่องกันภายในกรอบเวลาการดำเนินการวิจัยภาคสนาม 12 สัปดาห์ ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย

ระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ เปรียบเทียบความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัส การขาดนัด และจำนวนครั้งที่ขาดนัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ รวมทั้งประเมินการคงอยู่ในการรักษาระยะสั้น การได้รับการตรวจปริมาณไวรัส ผลการกดปริมาณไวรัสตามเกณฑ์ ความครบถ้วนของการดำเนินกิจกรรม ตลอดจนปัจจัยเอื้อ อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน จากนั้นนำแบบบันทึกข้อมูลและแบบติดตามการดำเนินงานไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่รวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความครบถ้วน ความเป็นไปได้ในการบันทึกข้อมูลและระยะเวลาที่ใช้ ก่อนปรับปรุงและนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง ส่วนแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและลำดับของข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยประสานผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน บทบาทของผู้เกี่ยวข้อง และแนวทางการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งจัดเตรียมเครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูล

แนวคำถามสัมภาษณ์ และแผนการดำเนินงานวิจัย ทั้งนี้ ในระยะเตรียมการยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยหรือเข้าถึงข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลของผู้ป่วยได้

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ช่องว่างของระบบบริการ ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส ณ คลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ และคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก การรับยาต้านไวรัส การมาตามนัด จำนวนครั้งที่ขาดนัด การคงอยู่ในการรักษา และผลการตรวจปริมาณไวรัส (viral load) รวมทั้งศึกษากระบวนการดูแลเดิมและสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และช่องว่างของระบบบริการ

ระยะที่ 3 การพัฒนาและนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการจริง ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างของระบบบริการมาพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากนั้นนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการจริง โดยดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การทบทวนข้อมูลผู้ป่วย การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามเชิงรุกผ่านช่องทางที่ผู้ป่วยยินยอม การให้คำปรึกษาและแก้ไขอุปสรรคเฉพาะราย การวางแผนดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการบันทึกกิจกรรมการดูแลในแต่ละครั้ง ทั้งนี้ การศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ และการนำรูปแบบไปใช้ดำเนินการต่อเนื่องกันภายใต้กรอบเวลาการดำเนินการวิจัย ภาคสนาม 12 สัปดาห์ ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบ ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินงานภาคสนาม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์จากเวชระเบียน ระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus ได้แก่ การรับยาต้านไวรัสภายใน 7 วันจากวันนัด จำนวนครั้งที่ขาดนัด การขาดนัดอย่างน้อย 1 ครั้ง การคงอยู่ในการรักษา การได้รับการตรวจปริมาณไวรัส และผลการกดปริมาณไวรัสตามเกณฑ์ นอกจากนี้ ยังเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัจจัยเอื้อ อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบ

ข้อมูลทั้งหมดบันทึกโดยใช้รหัสประจำตัวผู้เข้าร่วมวิจัยแทนชื่อและข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคล แยกข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลออกจากฐานข้อมูลวิจัย จำกัดสิทธิ์การเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ และรายงานผลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ ตามลักษณะและการกระจายของข้อมูล เปรียบเทียบสัดส่วนผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยการทดสอบแมคนีมาร์ (McNemar test) และเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่ขาดนัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยการทดสอบวิลคอกซันแบบอันดับที่มีเครื่องหมาย (Wilcoxon signed-rank test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงธีม (thematic analysis) โดยถอดความข้อมูลจากการสัมภาษณ์ อ่านข้อมูลซ้ำ กำหนดรหัส จัดกลุ่มรหัสเป็นหมวดหมู่ และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย จากนั้นบูรณาการผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในขั้นตอนการตีความ เพื่ออธิบายผลลัพธ์ ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคในการดำเนินงานตามรูปแบบ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2569/200 รับรองวันที่ 20 มีนาคม 2569 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ก่อนลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ข้อมูลวิจัยใช้รหัสประจำตัวผู้เข้าร่วมวิจัย (Study ID) แทนข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคล แยกเอกสารแสดงความยินยอมออกจากฐานข้อมูลวิจัย จำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้อง และรายงานผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ 1) ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ และ 3) ผลการประเมินรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน ระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus ร่วมกับเอกสารการให้บริการ แนวทางปฏิบัติเดิม และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามลำดับกระบวนการดูแล ตั้งแต่การนัดหมาย การมารับบริการ การรับยาต้านไวรัส การตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ การติดตามผู้ขาดนัด และการประสานการดูแลรายบุคคล โดยเปรียบเทียบกับกระบวนการที่ควรเป็นตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลวังวิเศษมีระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทางมาตรฐาน ครอบคลุมการตรวจยืนยันการติดเชื้อ การเริ่มยาต้านไวรัส การติดตามระดับ CD4 และปริมาณไวรัส การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา การส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และการบันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้การดูแล จุดแข็งของระบบ ได้แก่ การมีคลินิกเฉพาะ การมีบุคลากรหลายวิชาชีพร่วมให้การดูแล การมีระบบข้อมูลสนับสนุน และการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐาน

อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่งร่วมกัน พบว่าระบบบริการเดิมยังมีช่องว่างสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลวันนัด การรับยา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus บางส่วนไม่ครบถ้วนหรือไม่สอดคล้องกัน การใช้ข้อมูลเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการขาดนัดยังไม่เป็นระบบ และยังไม่มีเกณฑ์จำแนกระดับความเสี่ยงที่ชัดเจน นอกจากนี้ การติดตามผู้ขาดนัดยังขึ้นอยู่กับวิธีปฏิบัติของบุคลากรแต่ละราย โดยยังไม่มีการกำหนดกรอบเวลา ช่องทางการติดต่อ และผู้รับผิดชอบในการติดตามอย่างชัดเจน ส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยบางรายล่าช้าหรือไม่ต่อเนื่อง

ในด้านการดูแลรายบุคคล พบว่าการประเมินสาเหตุของการขาดนัดและการประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ได้ดำเนินการเป็นกระบวนการเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดด้านเวลาทำงาน การเดินทาง การลืมวันนัด หรือการติดต่อสื่อสาร แต่ยังไม่ได้รับการวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกัน การติดต่อผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์หรือสื่อสังคมออนไลน์มีความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ หากไม่มีการกำหนดช่องทางการสื่อสารและข้อความที่เหมาะสมและปลอดภัย

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สามารถสรุปช่องว่างของระบบบริการได้ 5 ประการ ได้แก่ 1) ข้อมูลระหว่างระบบไม่ครบถ้วนหรือไม่สอดคล้องกัน 2) ไม่มีเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงที่ชัดเจน 3) ไม่มีแนวทางมาตรฐานในการติดตามผู้ขาดนัด 4) การวางแผนดูแลรายบุคคลและการประสานทีมยังไม่ต่อเนื่อง และ 5) มีความเสี่ยงด้านการรักษาความลับในการติดต่อผู้ป่วย

ผลการศึกษาสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้โรงพยาบาลวังวิเศษจะมีระบบบริการพื้นฐานและทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว แต่ยังมีช่องว่างของกระบวนการที่จำเป็นต้องพัฒนา โดยเฉพาะการเชื่อมโยงข้อมูลการจำแนกความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การให้คำปรึกษาเฉพาะราย และการประสานการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพให้เป็นระบบเดียวกัน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาสถานการณ์และช่องว่างของระบบบริการเดิมมาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การติดตามเชิงรุก และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จากนั้นนำร่างรูปแบบเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิและบุคลากรที่เกี่ยวข้องพิจารณาด้านความเหมาะสม ความชัดเจน และความเป็นไปได้ ก่อนปรับปรุงและนำไปใช้ในระบบบริการจริง

การพัฒนารูปแบบดำเนินการโดยเชื่อมโยงช่องว่างของระบบบริการเดิมกับกิจกรรมแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม กล่าวคือ ความไม่ครบถ้วนและไม่สอดคล้องของข้อมูลระหว่างระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus นำไปสู่การกำหนดขั้นตอนการทบทวนและตรวจสอบข้อมูลร่วมกัน การไม่มีเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงนำไปสู่การพัฒนาเกณฑ์คัดกรอง

ความเสี่ยง การติดตามผู้ขาดนัดที่ยังไม่มีมาตรฐานนำไปสู่การจัดทำแนวทางติดตามเชิงรุก โดยกำหนดกรอบเวลา ช่องทางการติดต่อ และผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ส่วนปัญหาการวางแผนดูแลเฉพาะรายและการประสานทีมที่ยังไม่ต่อเนื่องนำไปสู่การกำหนดกระบวนการให้คำปรึกษา การวางแผนดูแลรายบุคคล และการส่งต่อข้อมูลระหว่างวิชาชีพ ขณะที่ความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อได้รับการจัดการโดยกำหนดช่องทางการติดต่อที่ผู้ป่วยให้ความยินยอมและใช้ข้อความที่ไม่ระบุโรคหรือสถานะการติดเชื้อ

รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus โดยตรวจสอบวันนัด วันที่มารับบริการจริง ประวัติการรับยาต้านไวรัส ประวัติการขาดนัด ผลการตรวจ CD4 ผลการตรวจปริมาณไวรัส และข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

2. จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง โดยพิจารณาจากประวัติการขาดนัด ความต่อเนื่องในการรับยาต้านไวรัส ผลการตรวจปริมาณไวรัส ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

กลุ่มเสี่ยงต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยขาดนัดในช่วงเวลาที่กำหนด รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ มีผลการตรวจปริมาณไวรัสอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด และไม่มีปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการรักษา

กลุ่มเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติรับยาล่าช้าหรือขาดนัดเป็นครั้งคราว มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง การทำงาน การสื่อสาร หรือการใช้ยา แต่ยังสามารถติดต่อและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาได้

กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ขาดนัดซ้ำ มีประวัติขาดยาหรือหยุดยา ติดต่อไม่ได้ มีผลการตรวจปริมาณไวรัสสูงกว่าเกณฑ์ มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน หรือมีปัจจัยด้านจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ หรือสังคมที่อาจทำให้หลุดจากระบบการรักษา

3. ติดตามผู้ป่วยเชิงรุก ผ่านช่องทางที่ผู้ป่วยให้ความยินยอม เช่น โทรศัพท์หรือ LINE โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ กรอบเวลา และจำนวนครั้งในการติดตามอย่างชัดเจน

4. ให้คำปรึกษาและค้นหาอุปสรรคเฉพาะราย ครอบคลุมปัญหาการใช้ยา การเดินทาง เวลาทำงาน การลืมวันนัด อาการไม่พึงประสงค์จากยา ปัญหาครอบครัว และความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ

5. วางแผนดูแลรายบุคคลและประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามปัญหาและระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น การปรับวันนัด การเตรียมยา การประเมินสูตรยาต้านไวรัส การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่งต่อเพื่อรับการดูแลเพิ่มเติมตามความจำเป็น

6. บันทึก ประเมินผล และปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง โดยบันทึกกิจกรรมและผลการติดตาม ตรวจสอบความครบถ้วนของการดำเนินงาน และนำปัญหาหรือข้อจำกัดที่พบมาทบทวนร่วมกันในทีม เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแล

รูปแบบดังกล่าวกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานหลักในการทบทวนข้อมูล คัดกรองความเสี่ยง ติดตามผู้ป่วย และให้คำปรึกษา แพทย์ทำหน้าที่ประเมินภาวะทางคลินิกและปรับแผนการรักษา เภสัชกรประเมินความต่อเนื่องในการใช้ยาและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา นักเทคนิคการแพทย์สนับสนุนการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนเจ้าหน้าที่เวชระเบียนและสารสนเทศทำหน้าที่ตรวจสอบและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบ

ภายหลังนำรูปแบบไปใช้ ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทบทวนผลการดำเนินงานและปรับปรุงรูปแบบในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละช่วงเวลา การกำหนดกรอบเวลาการติดตามผู้ขาดนัด การใช้แบบบันทึกมาตรฐานร่วมกัน และการกำหนดแนวทางการติดต่อที่คำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย ส่งผลให้รูปแบบฉบับสมบูรณ์มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถตรวจสอบการดำเนินงานย้อนหลัง และสามารถผนวกเข้ากับงานประจำของคลินิกเอชไอวีได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การประเมินผลรูปแบบภายหลังการดำเนินงานภาคสนามเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 124 คน ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัส การขาดนัด การคงอยู่ในการรักษา การตรวจและการกดปริมาณไวรัส ตลอดจนความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

3.1 ผลด้านความต่อเนื่องของการรับยาและการขาดนัด ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสภายใน 7 วันจากวันนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.71 เป็นร้อยละ 96.77 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$) ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ขาดนัดอย่างน้อย 1 ครั้งลดลงจากร้อยละ 14.52 เป็นร้อยละ 4.84 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ขาดนัดลดลงจาก 0.18 ± 0.46 ครั้งต่อคน เป็น 0.06 ± 0.27 ครั้งต่อคน เมื่อเปรียบเทียบด้วยการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test พบว่า จำนวนครั้งที่ขาดนัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัสและการขาดนัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ (n = 124)

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	p-value
1. รับยาภายใน 7 วันจากวันนัด, คน (ร้อยละ)	110 (88.71)	120 (96.77)	.012
2. ขาดนัดอย่างน้อย 1 ครั้ง, คน (ร้อยละ)	18 (14.52)	6 (4.84)	.004
3. จำนวนครั้งที่ขาดนัดต่อคน, ค่าเฉลี่ย ± SD	0.18 ± 0.46	0.06 ± 0.27	.008

3.2 ผลด้านการคงอยู่ในการรักษา เมื่อสิ้นสุดระยะติดตาม พบว่า ผู้ป่วย 123 คน จากทั้งหมด 124 คน ยังคงอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาลวังวิเศษ คิดเป็นร้อยละ 99.19 ส่วนผู้ป่วย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.81 ย้ายไปรับการ

รักษาที่สถานพยาบาลอื่น จึงสิ้นสุดการติดตามที่โรงพยาบาลวังวิเศษ

3.3 ผลด้านการตรวจและการกดปริมาณไวรัส ในช่วงการดำเนินงานภาคสนาม 12 สัปดาห์ มีผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจปริมาณไวรัส (viral load) จำนวน 32 คน ในจำนวนนี้ได้รับการตรวจและมีผลตรวจจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ของผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลตรวจจำนวน 30 คน พบว่า 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีปริมาณไวรัสไม่เกิน 50 copies/mL และไม่พบผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/mL ทั้งนี้ ผลด้านการกดปริมาณไวรัสเป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจภายในระยะติดตาม 12 สัปดาห์ จึงไม่ใช่การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบในผู้ป่วยทั้ง 124 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจและการกดปริมาณไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถึงกำหนดตรวจในช่วงติดตาม 12 สัปดาห์

ผลการติดตาม Viral Load	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่ถึงรอบตรวจ	32	100.00
ได้รับการตรวจและมีผลตรวจ	30	93.75
Viral Load ≤ 50 copies/mL	28	93.33*
Viral Load > 1,000 copies/mL	0	0.00*

หมายเหตุ: * ร้อยละของผลการกดปริมาณไวรัสคำนวณจากผู้ป่วยที่มีผลตรวจจำนวน 30 คน

3.4 ผลการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปานกลางและกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 31 คน ได้รับการติดตามเชิงรุกครบทุกคน ช่องทางที่ใช้ในการติดตามมากที่สุดคือโทรศัพท์ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 61.29 รองลงมาคือ LINE จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 38.71 โดยผู้ป่วยจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 77.42 สามารถติดต่อได้ตั้งแต่การติดตามครั้งแรก

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้ง 31 คนได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการรับยาต้านไวรัสและการมาตามนัด ในจำนวนนี้ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 38.71 ได้รับการวางแผนดูแลรายบุคคล และ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03 ได้รับการประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

อุปสรรคต่อความต่อเนื่องในการรับบริการที่พบบ่อยได้แก่ เวลาทำงานไม่สอดคล้องกับวันนัดหรือมีภารกิจ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 32.26 ปัญหาด้านการเดินทาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.81 และการลืมวันนัด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 19.35

3.5 ผลด้านความครบถ้วนของการดำเนินงานตามรูปแบบ ผลการประเมินความครบถ้วนของการดำเนินงานตามรูปแบบ พบว่า กิจกรรมที่กำหนดไว้ ได้แก่ การทบทวนข้อมูลผู้ป่วย การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษา การวางแผนดูแลรายบุคคล การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ และการบันทึกผลการติดตามสามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามเงื่อนไขที่กำหนด

การใช้แนวทางปฏิบัติและแบบบันทึกมาตรฐานร่วมกันทำให้ทีมสามารถติดตามสถานะของผู้ป่วยและตรวจสอบการดำเนินงานย้อนหลังได้ รวมทั้งสามารถระบุผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามซ้ำหรือได้รับการดูแลเพิ่มเติมได้ชัดเจนขึ้น

3.6 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ผลการสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 8 คน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กระบวนการค้นหาและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น การกำหนดบทบาทและผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนช่วยลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน ขณะที่การประเมินปัญหาและอุปสรรคเฉพาะรายช่วยให้ทีมสามารถวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น

ปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนการนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ การมีระบบข้อมูล HOSxP และ NAP/NAP Plus เป็นฐานในการติดตามผู้ป่วย ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และความสามารถในการผนวกรูปแบบเข้ากับกระบวนการทำงานประจำของคลินิก ส่วนอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ภาระงานของบุคลากร ความไม่สอดคล้องของข้อมูลระหว่างระบบ การไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยบางรายได้ และความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อระหว่างการติดตาม

ผลการประเมินสะท้อนว่า รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในบริบทของ

โรงพยาบาลวังวิเศษได้ โดยช่วยให้กระบวนการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประสานการดูแล และการวางแผนดูแลรายบุคคลมีความเป็นระบบมากขึ้น เมื่อพิจารณาร่วมกับผลลัพธ์เชิงปริมาณภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัสดีขึ้นและการขาดนัดลดลง อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงควรตีความการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวภายใต้ข้อจำกัดของรูปแบบการวิจัย

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ 1) สถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ และ 3) การประเมินผลรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่า โรงพยาบาลวังวิเศษมีระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทางมาตรฐาน ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจยืนยันการติดเชื้อ การเริ่มยาต้านไวรัส การติดตามผล CD4 และปริมาณไวรัส การดูแลด้านยา และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการและใช้ข้อมูลจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus สนับสนุนการติดตามผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ระบบบริการเดิมยังมีช่องว่างด้านความครบถ้วนและความสอดคล้องของข้อมูลระหว่างระบบ การไม่มีเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามผู้ขาดนัดที่ยังไม่มีแนวทางมาตรฐาน การวางแผนดูแลรายบุคคลที่ไม่ต่อเนื่อง และความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อระหว่างการติดต่อผู้ป่วย ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้หน่วยบริการจะมีระบบการรักษา บุคลากร และฐานข้อมูลสนับสนุนอยู่แล้ว แต่ความต่อเนื่องของการรักษายังขึ้นอยู่กับความสามารถในการนำข้อมูลมาใช้ติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การตรวจสอบข้อมูลวันนัด การรับยา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอช่วยให้สามารถค้นหาผู้ป่วยที่เริ่มมีความเสี่ยงต่อการขาดนัดหรือหยุดการรักษาได้เร็วขึ้น แนวทางขององค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการคงอยู่ในการรักษาและการนำผู้ที่หยุดหรือขาดการรักษากลับเข้าสู่ระบบ โดยเสนอให้ใช้ข้อมูลผู้รับบริการและระบบติดตามเพื่อค้นหาการขาดช่วงของการรักษา รวมทั้งจัดการดูแลที่ตอบสนองต่อสาเหตุและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย[6]

อุปสรรคที่พบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เวลาทำงานไม่สอดคล้องกับวันนัดหรือมีภารกิจ ปัญหาการเดินทาง การลืมวันนัด และข้อจำกัดในการติดต่อ สะท้อนว่าการขาดนัดไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเพียงด้านเดียว แต่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขในการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และลักษณะของระบบบริการด้วย สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Burke และคณะ ซึ่งพบว่าสาเหตุของการขาดความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีหลายระดับ ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเดินทาง การเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา การตีตรา การรักษาความลับ และปัจจัยด้านระบบบริการ[5] ดังนั้น การจัดการปัญหาการขาดนัดจึงควรครอบคลุมทั้งการติดตาม การค้นหาสาเหตุเฉพาะราย และการปรับกระบวนการบริการให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคน

ความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเป็นช่องว่างที่ต้องพิจารณาควบคู่กับการติดตามเชิงรุก เนื่องจากการโทรศัพท์หรือส่งข้อความอาจทำให้บุคคลอื่นเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต การกำหนดช่องทางการติดต่อที่ผู้ป่วยยินยอม การใช้ข้อความที่ไม่ระบุโรค การจำกัดการเข้าถึงข้อมูล และการทบทวนความยินยอมเกี่ยวกับช่องทางติดต่อจึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการติดตามที่เหมาะสม โดยเฉพาะในภาวะที่การตีตราและความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยสถานะอาจเป็นอุปสรรคต่อการคงอยู่ในการรักษา[5,6] ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อแรกจึงสะท้อนว่าโรงพยาบาลวังวิเศษมีโครงสร้างพื้นฐานและทีมดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว แต่ยังต้องพัฒนากลไกที่เชื่อมโยงการตรวจสอบข้อมูล การจำแนกความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การดูแลรายบุคคล และการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้เป็นกระบวนการเดียวกัน ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในการศึกษาครั้งนี้

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทบทวนข้อมูลผู้ป่วย 2) การจำแนกผู้ป่วยตามระดับ

ความเสี่ยง 3) การติดตามผู้ป่วยเชิงรุก 4) การให้คำปรึกษาและค้นหาอุปสรรคเฉพาะราย 5) การวางแผนดูแลรายบุคคลและประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 6) การบันทึกประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ลักษณะสำคัญของรูปแบบคือการนำกระบวนการที่มีอยู่เดิมมาจัดระบบและเชื่อมโยงกัน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ วิธีดำเนินงาน และแนวทางติดตามให้ชัดเจนมากขึ้น มากกว่าการเพิ่มระบบบริการใหม่แยกออกจากงานประจำ

การพัฒนารูปแบบเริ่มจากช่องว่างที่พบในระบบบริการจริง โดยปัญหาความไม่ครบถ้วนหรือไม่สอดคล้องของข้อมูลนำไปสู่การกำหนดขั้นตอนการทบทวนข้อมูลร่วมกัน การไม่มีเกณฑ์จำแนกความเสี่ยงนำไปสู่การแบ่งผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามที่ยังไม่มีมาตรฐานนำไปสู่การกำหนดกรอบเวลา ช่องทางการติดต่อ และผู้รับผิดชอบ ส่วนปัญหาการดูแลรายบุคคลและการประสานทีมที่ยังไม่ต่อเนื่องนำไปสู่การกำหนดกระบวนการให้คำปรึกษา การวางแผนดูแลรายบุคคลและการประสานข้อมูลระหว่างวิชาชีพ การพัฒนาจากปัญหาของระบบบริการจริงทำให้แต่ละองค์ประกอบของรูปแบบเชื่อมโยงกับปัญหาที่พบและสามารถนำไปดำเนินการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ของโรงพยาบาล

รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการเอชไอวีที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งให้ความสำคัญกับการจัดบริการที่มีความยืดหยุ่น การสนับสนุนความต่อเนื่องในการใช้ยาต้านไวรัส การติดตามผู้ที่ขาดการรักษา การนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระบบ และการจัดบริการตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม[4,6] องค์การอนามัยโลกยังให้ความสำคัญกับระบบบริการและระบบข้อมูลที่สนับสนุนการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถคงอยู่ในการรักษาในระยะยาว

การจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง ทำให้สามารถกำหนดระดับความเข้มข้นของการติดตามให้แตกต่างกันตามความจำเป็น ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และมีความต่อเนื่องในการรักษาสามารถรับบริการตามระบบปกติ ขณะที่ผู้ที่มีประวัติขาดนัด รับยาล่าช้า มีผลตรวจผิดปกติ หรือมีข้อจำกัดด้านจิตสังคมสามารถได้รับการติดตามที่เข้มข้นขึ้น แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด differentiated service delivery ซึ่งปรับรูปแบบ ความถี่ และความเข้มข้นของบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานพบว่ารูปแบบบริการดังกล่าวสามารถคงผลลัพธ์ด้านการอยู่ในระบบการรักษาและการกดปริมาณไวรัสได้ในระดับที่ใกล้เคียงกับการดูแลตามปกติในผู้ที่มีภาวะคงที่[8,9]

ในประเทศไทยมีการจัดบริการรับยาต้านไวรัสที่หลากหลายเช่นกัน การศึกษาของขวัญดาว ศิลาทอง และคณะพบรูปแบบการรับยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ทั้งการรับยาโดยพบแพทย์ การรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร และการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์[10] สะท้อนว่าการจัดบริการสามารถปรับให้เหมาะสมกับลักษณะและความต้องการของผู้รับบริการภายใต้บริบทของระบบสุขภาพไทยได้ Thai-Journal Online

การกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานหลัก แพทย์ดูแลด้านคลินิก เภสัชกรประเมินการใช้ยา นักเทคนิคการแพทย์สนับสนุนการติดตามผลตรวจ และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนหรือสารสนเทศสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้การจัดการปัญหาผู้ป่วยครอบคลุมหลายมิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Steward และคณะ ซึ่งศึกษาการปรับกระบวนการให้บริการเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพระดับชุมชน และพบว่าการใช้บุคลากรร่วมกัน การดูแลแบบทีม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านการคงอยู่ในการรักษาและการกดปริมาณไวรัสในบางรูปแบบของการดำเนินงาน[11] อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวไม่มีเงื่อนไขควบคุมที่แท้จริง จึงควรตีความผลในบริบทของรูปแบบการศึกษาเช่นกัน

การนำรูปแบบไปใช้ในระยะยาวจำเป็นต้องคำนึงถึงความต่อเนื่องของระบบงาน ผู้รับผิดชอบ ภาระงาน และคุณภาพของข้อมูล หากรูปแบบพึ่งพาบุคลากรบางคนมากเกินไป อาจเกิดปัญหาเมื่อมีการเปลี่ยนเวร ย้ายงาน หรือมีภาระงานเพิ่มขึ้น ดังนั้น การนำรูปแบบไปใช้ต่อเนื่องควรผนวกขั้นตอนสำคัญเข้ากับแนวทางปฏิบัติงานประจำ กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบสำรอง รวมทั้งมีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันเป็นระยะ

3. การประเมินผลรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ

3.1 ความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัสและการขาดนัด ภายหลังการดำเนินงานภาคสนาม 12 สัปดาห์ สัดส่วนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสภายใน 7 วันจากวันนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.71 เป็นร้อยละ 96.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .012) ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ขาดนัดอย่างน้อย 1 ครั้งลดลงจากร้อยละ 14.52 เป็นร้อยละ 4.84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .004) และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ขาดนัดลดลงจาก 0.18 ± 0.46 เป็น 0.06 ± 0.27 ครั้งต่อคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .008) การเปลี่ยนแปลงที่พบภายหลังการใช้รูปแบบอาจสัมพันธ์กับองค์ประกอบหลายส่วนที่ดำเนินการร่วมกัน ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลวันนัด การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามผ่านช่องทางที่ผู้ป่วยยินยอม การค้นหาสาเหตุของการขาดนัด และการวางแผนแก้ไขอุปสรรคเฉพาะราย กระบวนการดังกล่าวทำให้ทีมสามารถค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและดำเนินการติดตามได้เป็นระบบมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบเกิดจากรูปแบบการดูแลเพียงปัจจัยเดียว

ผลการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยอธิบายผลเชิงปริมาณ โดยพบว่าสาเหตุของการมารับยาไม่ตรงนัดเกี่ยวข้องทั้งกับเวลาทำงานที่ไม่สอดคล้องกับวันนัด ปัญหาการเดินทาง การลืมวันนัด และข้อจำกัดในการติดต่อ การจำแนกความเสี่ยงและการประเมินอุปสรรคเฉพาะรายจึงทำให้ทีมมีข้อมูลสำหรับปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Higa และคณะ ซึ่งพบว่ามาตรการต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยจัดการนัดหมาย การนำทางผู้ป่วยในระบบบริการ การสนับสนุนด้านจิตสังคม การช่วยเหลือด้านการเดินทาง และการใช้ข้อมูลเพื่อค้นหาผู้ที่ขาดการรักษา สามารถเพิ่มการกลับเข้าสู่การดูแลและการคงอยู่ในการรักษาได้[7] องค์การอนามัยโลกยังเสนอให้การติดตามและนำผู้ที่ขาดการรักษากลับเข้าสู่ระบบดำเนินการโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและจัดการกับสาเหตุของการขาดการรักษาเป็นรายบุคคล[6]

3.2 การคงอยู่ในการรักษา

เมื่อสิ้นสุดระยะติดตาม ผู้ป่วยจำนวน 123 คน จากทั้งหมด 124 คน ยังคงอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาลวังวิเศษ คิดเป็นร้อยละ 99.19 ส่วนผู้ป่วย 1 คนย้ายไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงเชื่อมโยงกับระบบบริการตลอดระยะติดตาม 12 สัปดาห์ การมีรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การกำหนดผู้รับผิดชอบ และกระบวนการติดตามอย่างเป็นระบบอาจเป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนให้ทีมสามารถค้นหาและจัดการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการขาดการรักษาได้เร็วขึ้น

อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการคงอยู่ในการรักษาที่สูงควรตีความโดยคำนึงถึงระยะเวลาติดตามที่ค่อนข้างสั้นเพียง 12 สัปดาห์ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระบบการรักษามาแล้วก่อนเริ่มศึกษา จึงยังไม่สามารถสรุปความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้ การติดตามที่ระยะ 6 และ 12 เดือนจะช่วยประเมินการคงอยู่ในการรักษา การขาดช่วงของการรับยา และการกลับเข้าสู่ระบบของผู้ที่ขาดการติดตามได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3.3 การตรวจและการกดปริมาณไวรัส

ในผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจปริมาณไวรัสจำนวน 32 คน มีผู้ได้รับการตรวจและมีผลตรวจจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ในจำนวนผู้ที่มีผลตรวจ พบว่า 28 คน หรือร้อยละ 93.33 มีปริมาณไวรัสไม่เกิน 50 copies/mL และไม่พบผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/mL ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ถึงกำหนดตรวจในช่วงติดตามได้รับการตรวจและมีผลการกดปริมาณไวรัสอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยกำหนดให้การตรวจปริมาณไวรัสเป็นองค์ประกอบสำคัญในการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และใช้ประกอบการประเมินประสิทธิผลของการรักษาและการจัดการกรณีที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสได้[3] ดังนั้นการที่ระบบสามารถระบุผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจและติดตามผลได้อย่างเป็นระบบจึงมีประโยชน์ทั้งต่อการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลและการติดตามคุณภาพบริการ

อย่างไรก็ตาม ผลด้านการกดปริมาณไวรัสในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถใช้ยืนยันผลของรูปแบบโดยตรงได้ เนื่องจากประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจในช่วงดำเนินการ 12 สัปดาห์ และไม่ได้เปรียบเทียบผลการตรวจปริมาณไวรัสก่อน

และหลังการใช้รูปแบบในผู้ป่วยทั้ง 124 คน นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการรักษามาอย่างต่อเนื่องอาจมีการกดปริมาณไวรัสอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนดำเนินการ จึงมีโอกาสเกิดภาวะเพดาน (ceiling effect) ทำให้ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมได้จำกัด การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามให้ครอบคลุมรอบการตรวจปริมาณไวรัสของผู้ป่วย และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังในบุคคลเดียวกัน

3.4 ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

ผลการสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่ารูปแบบช่วยให้การค้นหาและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น การกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ขณะที่การประเมินอุปสรรคเฉพาะรายช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น ความเป็นไปได้ของรูปแบบส่วนหนึ่งมาจากการใช้ฐานข้อมูล บุคลากร และช่องทางการติดต่อที่มีอยู่เดิมแล้วจัดกระบวนการทำงานให้มีขั้นตอนและผู้รับผิดชอบชัดเจนขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการใหม่ทั้งหมด

ปัจจัยเอื้อในการดำเนินงาน ได้แก่ ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus เป็นแหล่งข้อมูล การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และความสามารถในการผนวกรูปแบบเข้ากับงานประจำ ส่วนอุปสรรค ได้แก่ ภาระงานของบุคลากร ความไม่สอดคล้องของข้อมูลระหว่างระบบ การไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยบางรายได้ และความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าความต่อเนื่องของรูปแบบไม่ได้ขึ้นอยู่กับกระบวนการทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูล กำลังคน การประสานงาน และมาตรการคุ้มครองความลับของผู้ป่วยด้วย

เมื่อพิจารณาร่วมกับผลลัพธ์เชิงปริมาณ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัสดีขึ้นและการขาดนัดลดลง ขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระบบการรักษา และบุคลากรผู้ใช้รูปแบบเห็นว่าสามารถนำไปผนวกกับการทำงานประจำได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่มีการสุ่มและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ การเปลี่ยนแปลงที่พบจึงควรตีความว่าเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ และยังไม่ควรสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลว่าเกิดจากรูปแบบเพียงอย่างเดียว

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกหรือยืนยันได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์เกิดจากรูปแบบการดูแลเพียงอย่างเดียว ระยะเวลาการดำเนินงานภาคสนาม 12 สัปดาห์ทำให้ผลการศึกษาสะท้อนผลลัพธ์ในระยะสั้น และยังไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของการคงอยู่ในการรักษาในระยะยาวได้

ผลด้านการตรวจและการกดปริมาณไวรัสประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจภายในช่วงการศึกษา จึงไม่ได้เป็นการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นอกจากนี้ ข้อมูลบางส่วนจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus มีความไม่ครบถ้วนหรือไม่สอดคล้องกัน ซึ่งอาจมีผลต่อความถูกต้องของข้อมูลย้อนหลัง แม้ผู้วิจัยจะมีขั้นตอนตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์แล้วก็ตาม

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 8 คน ในโรงพยาบาลแห่งเดียว และยังไม่ได้ศึกษาประสบการณ์หรือความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง จึงควรใช้ความระมัดระวังในการนำผลการศึกษาด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบไปอ้างอิงกับโรงพยาบาลหรือบริบทอื่นที่มีโครงสร้างบริการ ทรัพยากร และลักษณะผู้รับบริการแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

โรงพยาบาลวังวิเศษควรนำรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปใช้ต่อเนื่องในงานประจำของคลินิก โดยกำหนดขั้นตอนการทบทวนข้อมูล การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การให้คำปรึกษา การวางแผนดูแลรายบุคคล และการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพให้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน ควรกำหนดผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบสำรองในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องแม้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรหรือภาระงานเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. โรงพยาบาลควรกำหนดแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเสี่ยงต่อการขาดนัดหรือหลุดจากระบบให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบงานประจำ โดยกำหนดเกณฑ์จำแนกความเสี่ยง แนวทางการติดตาม ระยะเวลาในการติดตาม บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ และมาตรการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เพื่อให้บุคลากรสามารถดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน

2. ในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความเชื่อมโยงของข้อมูลจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus เพื่อให้สามารถติดตามความต่อเนื่องของการรักษาและค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการติดตามผู้ป่วย การดูแลรายบุคคล และการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ โดยควรมีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะเพื่อนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไปครับ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาติดตามอย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัส การขาดนัด การคงอยู่ในการรักษา และความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว รวมทั้งควรใช้รูปแบบการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อช่วยให้สามารถประเมินผลของรูปแบบได้ชัดเจนมากขึ้น

2. ควรติดตามผลการตรวจปริมาณไวรัสก่อนและหลังการใช้รูปแบบในผู้ป่วยรายเดียวกัน และกำหนดระยะเวลาศึกษาให้ครอบคลุมรอบการตรวจปริมาณไวรัสของผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ ควรศึกษามุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง ทั้งด้านประสบการณ์การรับบริการ ความพึงพอใจ อุปสรรคในการมาตามนัด ความเหมาะสมของช่องทางติดตาม และความกังวลเกี่ยวกับการรักษาความลับ รวมทั้งพิจารณาศึกษาภาระงานของบุคลากรและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินรูปแบบ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระยะยาวและขยายผลในบริบทอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global HIV & AIDS statistics: fact sheet. Geneva: UNAIDS; 2025.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ความก้าวหน้าของประเทศไทยตามเป้าหมาย 95-95-95 [Internet]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2024 [cited 2026 Sep 28].
3. Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertiburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022.
4. World Health Organization. WHO guideline on HIV service delivery: updated guidance on the integration of diabetes, hypertension and mental health services, and interventions to support adherence to antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2025.
5. Burke RM, Rickman HM, Pinto C, Ehrenkranz P, Choko A, Ford N. Reasons for disengagement from antiretroviral care in the era of “Treat All” in low- or middle-income countries: a systematic review. J Int AIDS Soc. 2024;27(3):e26230. doi:10.1002/jia2.26230.
6. World Health Organization. Supporting re-engagement in HIV treatment services. Geneva: World Health Organization; 2024.
7. Higa DH, Crepaz N, Mullins MM, Adegbite-Johnson A, Gunn JKL, Denard C, et al. Strategies to improve HIV care outcomes for people with HIV who are out of care. AIDS. 2022;36(6):853-62. doi:10.1097/QAD.0000000000003172.
8. Bwire GM, Njiro BJ, Ndumwa HP, Munishi CG, Mpondo BC, Mganga M, et al. Impact of differentiated service delivery models on retention in HIV care and viral suppression among people living with HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis of

randomised controlled trials. Rev Med Virol. 2023;33(6):e2479. doi:10.1002/rmv.2479.

9. Le Tourneau N, Germann A, Thompson RR, Ford N, Schwartz S, Beres L, et al. Evaluation of HIV treatment outcomes with reduced frequency of clinical encounters and antiretroviral treatment refills: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2022;19(3):e1003959. doi:10.1371/journal.pmed.1003959.
10. ขวัญดาว ศิลาทอง, เดือนกาญจน์ สุทธิเวทย์, สุระรอง ชินวงศ์, ดุจฤดี ชินวงศ์. คุณภาพชีวิตและรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่: การวิเคราะห์เปรียบเทียบ. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2567;16(4):913-28.
11. Steward WT, Koester KA, Guzé MA, Kirby VB, Fuller SM, Moran ME, et al. Practice transformations to optimize the delivery of HIV primary care in community healthcare settings in the United States: a program implementation study. PLoS Med. 2020;17(3):e1003079. doi:10.1371/journal.pmed.1003079.

Citation:

Musikawong, J. The Development of an Integrated Care Model for People Living with HIV at Wang Wiset Hospital, Trang Province. J Impact Assess Public Policy 2026; 1(1): e3600.

Online Access

https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JIAPP/article/view/3600