

ประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมของโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์
จังหวัดนครราชสีมา

นนทลี นิมสมบุญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
ประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมของโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์
จังหวัดนครราชสีมา

นางสาวนนทลี นิ่มสมบูรณ์
ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช พบ.ม.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนาศัตย์เชื้อ
Ph.D.(Nursing)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์สุปรียา ต้นสกุล ค.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมของโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์

จังหวัดนครราชสีมา

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 16 พฤษภาคม 2551

.....

นางสาวนนทลี นิ่มสมบุญ

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์ D.Sc.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนจศักดิ์เชื้อ

Ph.D.(Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช พบ.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล

พ.บ., อ.ว. (ระบาคติวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ธราดล เก่งการพานิช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนทั้งทางด้านวิชาการ รวมทั้งช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้กำลังใจมาโดยตลอด และรองศาสตราจารย์กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมาไว้ ณ ที่นี้ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้ความเข้าใจ ในการศึกษาเพื่อเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณอาจารย์เสริมพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขามทะเลสอ หัวหน้าฝ่ายงานสุขาภิบาลและป้องกันโรค และผู้ร่วมงาน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจต่อผู้เรียนมาตลอด และขอขอบคุณบุญช่วย นาสูงเนิน หัวหน้างานเอดส์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา สำหรับความกรุณาที่ได้ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนทั้งทางด้านวิชาการและการประสานขอความร่วมมือกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในการเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเนิน, โรงพยาบาลด่านขุนทด, โรงพยาบาลบัวใหญ่, โรงพยาบาลปากช่องนานา, โรงพยาบาลห้วยแถลง, โรงพยาบาลบ้านเหลื่อม, โรงพยาบาลวังน้ำเขียว, โรงพยาบาลโชคชัย, โรงพยาบาลเสิงสาง และโรงพยาบาลเมืองยาง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลทั้ง 10 แห่ง ที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดีจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จและสมบูรณ์ในที่สุด

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ ๆ น้อง ๆ ในครอบครัว และญาติ ๆ ที่เป็นกำลังใจ ที่ให้ความช่วยเหลือด้วยดีมาตลอด และขอขอบคุณ เพื่อนทุกคนที่ให้กำลังใจเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้มีพระคุณอีกหลายท่านที่ผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวไว้ ณ ที่นี้ได้ จึงขอขอบพระคุณมาไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวนนทลี นิมสมบุญ

ประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมของโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ จังหวัดนครราชสีมา
(EFFECTIVENESS OF HOLISTIC CARE IN NATIONAL ACCESS TO ANTIRETROVIRAL
PROGRAM, NAKHONRATCHASIMA PROVINCE)

นนทลี นิ่มสมบุญ 4637251 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H., ธีราดล เก่งการพานิช พบ.ม.,
ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (cross-sectional survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมของโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยเลือกศึกษาจากโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ 5 แห่ง และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ 5 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาล 10 คน และ ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส รวมทั้งสิ้น 282 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Z-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลบริการองค์รวมของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการรับรู้ ด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และการดำเนินชีวิตในสังคม ดีขึ้นมากกว่าเดิมและดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่รับยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่า มีความแตกต่างกันของน้ำหนักร่างกาย และความพึงพอใจคุณภาพบริการด้านกระบวนการบริการของผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ในขณะที่ ด้านเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลง CD 4, การรับรู้คุณภาพชีวิต, ความพึงพอใจในบริการด้านระบบบริการและด้านผู้ให้บริการ และพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า บริการแบบองค์รวมของโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สภาวะสุขภาพองค์รวม, น้ำหนักร่างกาย, ผลตรวจ CD4, การรับรู้คุณภาพชีวิต, ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการและพฤติกรรมมารับประทานยาสม่ำเสมอ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดบริการองค์รวม และแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผน และกำหนดนโยบายเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัส

คำสำคัญ : บริการแบบองค์รวม/การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

EFFECTIVENESS OF HOLISTIC CARE IN NATIONAL ACCESS TO ANTIRETROVIRAL PROGRAM, NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

NONTALEE NIMSOMBOON 4637251 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS: CHANUANBTONG TANASUKARN Dr.P.H., THARADOL

KENGGKARNPANICH M.A., KWANJAI AMNATSATSUE Ph.D.

Abstract

This study was a cross-sectional survey research aiming to compare the effectiveness of holistic care in the National Access to Antiretroviral Program between 5 hospitals that provided a multi-disciplinary team only and 5 hospitals that provided a multi-disciplinary team and HIV infected patient-leaders. The sampled respondents were selected purposively in accordance with inclusion criteria. Data were collected by interviewing 10 personnel who were responsible for AIDS programs in the selected hospitals and 282 AIDS patients who were being treated with antiretroviral drugs. Data analysis was done by employing the following statistics: percentage, arithmetic means, standard deviation, Independent t-test, and z-test, with a confidence level of 95%.

The results of the study of the effectiveness of holistic care in the National Access to Antiretroviral Program showed that AIDS patients who were being treated with antiretroviral, in the hospitals with multi-disciplinary teams and the HIV infected patient-leaders reported higher levels of holistic health than before the program, and compared to patients in hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team only. Significant difference in change of body weight and the service satisfaction with regard to the process was found between the two groups, with a confidence level of 95%. There were no significant changes of CD4, perceived quality of life, service-satisfaction dimensions in regard to the service system and service providers, or the mean score of medication between the two groups.

The results of the current study showed that the holistic care provided in the National Access to Antiretroviral Program by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders was related to: perceived holistic health status; body weight; CD4; perceived quality of life, service satisfaction, and regular medication taking. This finding supports the concepts of holistic care and self-help group. The results of this can be used to support a policy for improving the quality of health service systems for AIDS patients to achieve a good quality of life.

KEY WORDS: HOLISTIC CARE / NATIONAL ACCESS TO ANTIRETROVIRAL PROGRAM / SELF-HELP GROUP

225 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ทั่วไป	5
วัตถุประสงค์เฉพาะ	5
สมมติฐาน	6
คำจำกัดความที่ใช้เฉพาะในงานวิจัย	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
นโยบายการให้ยาด้านไวรัสและระบบบริการ	10
สุขภาพแบบองค์รวม	30
การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	51
รูปแบบการวิจัย	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	59
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล	59
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล	63
ส่วนที่ 3 ระบบบริการองค์รวมโครงการยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล	67
ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์	86
ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างประสิทธิผลบริการแบบองค์รวม	99
บทที่ 5 อภิปรายผล	110
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	126
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	138
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	156
บรรณานุกรม	178
ภาคผนวก	185
ประวัติผู้วิจัย	225

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้รับผิดชอบงานเอดส์ จำแนกตามเพศ อายุ	60
2 จำนวนและร้อยละของผู้รับผิดชอบงานเอดส์ จำแนกตามประเภทการทำงาน ด้านเอดส์ และการอบรมโครงการ ยาต้านไวรัสเอดส์	62
3 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามบริบทของสถานบริการ ภาระการรับผิดชอบ	63
4 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามผลการพัฒนาคุณภาพ	66
5 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามการจัดบริการศูนย์องค์รวม	67
6 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมของผู้บริหารในการสนับสนุนในแต่ละรูปแบบ บริการตามการรับรู้ของผู้รับผิดชอบงาน จำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพ	70
7 จำนวนและร้อยละของโครงสร้างคณะทำงาน ทีมสหวิชาชีพของแต่ละรูปแบบบริการ	72
8 จำนวนและร้อยละของแกนนำและกิจกรรมที่แกนนำผู้ติดเชื้อมีส่วนในการ จัดรูปแบบบริการในโรงพยาบาล	74
9 จำนวนและร้อยละการสร้างศักยภาพทีมสหวิชาชีพ ของแต่ละรูปแบบบริการ	75
10 จำนวนและร้อยละของ กิจกรรมการสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์องค์รวมในแต่ละ รูปแบบบริการ	76
11 จำนวนและร้อยละของการประชุมคณะทำงานในโรงพยาบาล และนอก โรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบบริการ	77
12 จำนวนและร้อยละของการประสานโครงการกับองค์กรปกครองท้องถิ่น แหล่ง สนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับในแต่ละรูปแบบบริการ	79
13 จำนวนและร้อยละของ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับในแต่ละรูปแบบบริการ	80
14 จำนวนและร้อยละของลักษณะการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในแต่ละ รูปแบบบริการ	81
15 จำนวนและร้อยละของลักษณะการจัดกิจกรรมบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในแต่ละรูปแบบบริการด้านการรักษาและป้องกันโรค	82
16 จำนวนและร้อยละของลักษณะการจัดกิจกรรมบริการในโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละ รูปแบบบริการ ด้านสังคมจิตวิทยาและบริการดูแลต่อเนื่อง	84

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	จำนวนและร้อยละของลักษณะการจัดกิจกรรมบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในแต่ละรูปแบบบริการด้านการคุ้มครองสิทธิและประสานส่งต่อ	85
18	จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการของโรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบบริการ จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป ของผู้รับบริการ	87
19	จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการของโรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบบริการ จำแนกตามการประกอบอาชีพและสภาพทางเศรษฐกิจ	89
20	จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการของโรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบบริการ จำแนกตามลักษณะสัมพันธภาพ	91
21	จำนวนและร้อยละของด้านการเข้าถึงบริการในการเข้ารับบริการ	92
22	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการเข้าถึงบริการการช่วยเหลือ	94
23	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการเข้าถึงบริการการดูแลรักษา	95
24	จำนวนและร้อยละของการรับรู้การเจ็บป่วยและสภาวะสุขภาพ	96
25	จำนวนและร้อยละของการรับรู้การเจ็บป่วยและสภาวะสุขภาพ	98
26	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ	102
27	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ	106
28	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ	107
29	การเปรียบเทียบสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ	108

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
30	การเปรียบเทียบสัดส่วนการเปลี่ยนแปลง CD 4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสห วิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ (ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)	109
31	การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (รายชื่อ)	214
32	ความพึงพอใจคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ด้านระบบบริการ (รายชื่อ)	216
33	ความพึงพอใจคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ด้านกระบวนการบริการ (รายชื่อ)	218
34	ความพึงพอใจคุณภาพบริการที่ได้รับของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ด้านผู้ให้บริการบริการ (รายชื่อ)	220

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

9

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาโรคเอดส์ นับเป็นปัญหาโรคติดต่อร้ายแรงที่ยังคุกคามต่อสุขภาพอนามัยของประชากรทั่วโลก การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยเริ่มเมื่อ พ.ศ.2527 ในระยะแรกพบการระบาดในชายรักร่วมเพศ (สัญญาชัย ชาสมบัติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547 : 15) จากรายงานของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ.2527 ถึง วันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2548 รวมทั้งสิ้น 354,510 ราย และเป็นผู้เสียชีวิต 85,372 ราย กลุ่มวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงานที่มีอายุ 15 - 44 ปีพบสูงสุดถึงร้อยละ 87.07 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด (กองโรคเอดส์, 2546 : 6) และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคฉี่หนู 77,989 ราย (ร้อยละ 29.54)

คาดว่าในปี พ.ศ.2549 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,109,000 ราย คาดว่าจะเสียชีวิต 600,600 ราย (www.aidthai.org/care:April 2006) ปัจจุบันแม้ว่า การติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลง จากความร่วมมือป้องกันโรคเอดส์ทุกภาคส่วน แต่ผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งต้องการการดูแลยังคงมีปริมาณมากขึ้นทุกปี ในปีพ.ศ.2549 ประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 508,323 ราย และผู้ป่วยเอดส์ 60,052 ราย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547 : 1) ที่รัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวรวมทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้ตัวผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องประสบปัญหาต่างๆ ทั้งปัญหาด้านสุขภาพกาย ผลต่อสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย บางรายได้รับการรังเกียจไม่ให้อยู่ในสังคม ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา หากไม่สามารถปรับตัวได้ บางรายถึงกับต้องฆ่าตัวตาย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2547: 1-2) เอดส์จึงเป็นปัญหาที่ซับซ้อน เชื่อมโยงกับระบบโครงสร้างสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของประเทศ ที่รัฐบาลจะต้องเร่งดำเนินการแก้ไข ช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ /ผู้ป่วยเอดส์(สัญญาชัย ชาสมบัติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547 : 17) ดังนั้น จึงต้องส่งเสริม

สนับสนุนการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการตาย และอัตราป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (สัญญา ชาสสมบัติ, ชีวันนท์ เลิศพริยสุวัฒน์, 2547 : 17) ผู้ติดเชื้อเอช ไอวี /ผู้ป่วยเอดส์จึงควรได้รับการดูแลครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมในทุกมิติ ของความเป็นมนุษย์ ทั้งกาย ใจ สังคม เศรษฐกิจ จิตวิญญาณ

ประเทศไทยเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นอย่างมาก มุ่งเน้นความต้องการการดูแลของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีนโยบายการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณสำหรับจัดหาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีที่มีอาการป่วย ตั้งแต่ พ.ศ.2534 เรื่อยมา (สัญญา ชาสสมบัติ, ชีวันนท์ เลิศพริยสุวัฒน์, 2547 : 17) ปลายปีงบประมาณ 2543และปีงบประมาณ 2544 กรมควบคุมโรคติดต่อได้เริ่มโครงการพัฒนาบริการติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์พัฒนาประสิทธิภาพ การให้ยาต้านไวรัสด้วยสูตรยา 3 ชนิดพร้อมกัน และสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547 : 3) ต่อมาในปี งบประมาณ 2547 ได้สนับสนุนงบประมาณ เพื่อซื้อยาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วยเอดส์ 40,000 คน รวมกับงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund) เพื่อการจัดหาต้านไวรัส คาดว่าผู้ป่วยประมาณ 50,000 คนจะมีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสในปี 2547 เนื่องด้วยการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต และประสิทธิภาพการรักษาขึ้นอยู่กับความครบถ้วนและต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญ เพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำสุดและไม่เพิ่มจำนวน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547 : 18) เพื่อป้องกันปัญหาการดื้อยาในประเทศไทย จึงมีการพัฒนา โครงสร้างและระบบบริการการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี /ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ พัฒนาบุคลากร ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา และเภสัชกร ครอบคลุมถึงบุคลากรองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ และกลุ่มผู้ติดเชื้อ มาตรการที่สำคัญ คือ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการทาง การแพทย์ ควบคู่ไปกับการบูรณาการ การดูแลทั้งด้าน การแพทย์ การพยาบาล บริการปรึกษา และบริการทางสังคม ในการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (Comprehensive and continuum care) ทุกระยะการดำเนินไปของโรค การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและที่ชุมชน (Home and community based care) รวมทั้งพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (Quality improvement) (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547 : 3)

จากปัญหาเอดส์ที่ยังทวีความรุนแรง มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการที่ยังต้องการการดูแลรักษาที่จะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก ฉะนั้น การดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอจึงเป็นการดูแลจากภาครัฐที่ทำได้ในวงจำกัด อาจขาดความครอบคลุมต่อเนื่อง จึงมีการผลักดันบทบาทเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ซึ่งปัจจุบันมีการตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อต่างๆ ขึ้นมากมายทั่วประเทศ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเอดส์ ทั้งงานป้องกัน และแก้ไข ปัญหาเอดส์ อย่างจริงจังร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ ในการช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน การเข้าถึงโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ โดยมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะ การให้ผู้ติดเชื้อร่วมเป็นทีมในการจัดระบบบริการดูแลรักษา การให้คำปรึกษา การติดตาม การให้ความช่วยเหลือภายในกลุ่ม โดยใช้แนวคิด กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help Group) การที่สมาชิกกลุ่มมีลักษณะและปัญหาคล้ายคลึงกัน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันก็จะช่วยให้สามารถแก้ปัญหากลุ่มสมาชิกได้อย่างแท้จริง โดยคาดว่าแนวคิดนี้จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เกิดศักยภาพในการดูแลตนเองและเพื่อนสมาชิก โดยมุ่งหวังครอบคลุมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ จิตวิญญาณ เพื่อมุ่งลดปัญหาการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์จากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรง สามารถกลับไปทำงานและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข มุ่งให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ของจังหวัดนครราชสีมา ผู้ป่วยเอดส์สะสมตั้งแต่ปี 2527 ถึง กันยายน 2547 พบว่า จำนวน 5053 ราย เสียชีวิต 957 ราย ยังคงกินยาต้านไวรัสต่อเนื่อง 831 ราย วิวัฒนาการการรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีการพัฒนาระบบบริการ พัฒนาศูนย์บริการ พัฒนาเครือข่าย การตรวจทางห้องปฏิบัติการพัฒนาระบบการให้บริการปรึกษา ระบบการบริหารจัดการ คลังยา ระบบการติดตามกำกับและประเมินผลพัฒนาเครือข่ายผู้ติดเชื้อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและพัฒนาระบบการประสานงาน

จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในโรงพยาบาลชุมชน เริ่มโครงการตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ด้านการบริการทางการแพทย์และส่งเสริมสุขภาพ สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในการดำเนินงาน (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัด นครราชสีมา : 15) ผลของโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดนครราชสีมา

ด้านผลผลิต ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 1,014 คน รักษาต่อเนื่อง จำนวน 872 คน ร้อยละ 85.9 (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัด นครราชสีมา : 18) โดยที่ผ่านมาการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น การขาดการติดตามผลของการใช้ยาโดยแพทย์ ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อแนะนำการรักษา ก่อนข้างต่ำ ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ขาดทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้เกิดความครอบคลุมต่อเนื่อง จึงมีการผลักดันบทบาทเครือข่ายผู้ติดเชื้อในจังหวัดนครราชสีมา ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเอดส์ อย่างจริงจังร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ของจังหวัดนครราชสีมา โดยสร้างการมีส่วนร่วมเป็นทีมในระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้แกนนำผู้ติดเชื้อร่วมเป็นทีมการให้คำปรึกษา การติดตามเยี่ยม การให้ความช่วยเหลือภายในกลุ่ม โดยนำแนวคิด กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) มาใช้เพื่อ จะเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันช่วยให้สามารถแก้ปัญหาของกลุ่มสมาชิก เกิดศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและเพื่อนสมาชิก โดยมุ่งหวังให้ผู้ติดเชื้อได้รับบริการครอบคลุมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ จิตวิญญาณ

จากการส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้ผู้ติดเชื้อเข้ามามีบทบาทดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยรูปแบบบริการองค์รวมที่จัดขึ้นในจังหวัดนครราชสีมาที่ผ่านมายังขาดการรวบรวมข้อมูลด้าน ลักษณะรูปแบบบริการองค์รวมและประสิทธิผลที่เกิดจากการมีแกนนำผู้ติดเชื้อและบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินงานร่วมกันเชิงประจักษ์ เพื่อสะท้อนให้เห็นภาพโดยรวมที่เกิดขึ้น สำหรับเป็นข้อมูลในการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนที่มีการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยมีแกนนำผู้ติดเชื้อร่วมทำงานกับบุคลากรทางการแพทย์ กับ ที่ไม่มีแกนนำผู้ติดเชื้อร่วมทำงานกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่ส่งผลต่อสุขภาพองค์รวมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างไร โดยหวังให้เกิดประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยนี้ไปใช้วางแผนปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวมในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นอย่างยั่งยืน และเพื่อนำไปวางแผนทางนโยบายสนับสนุน พัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดนครราชสีมาต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของบริการแบบองค์รวมของโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ที่ดำเนินโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอช ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของจังหวัดนครราชสีมา

ปัญหาในการวิจัย

รูปแบบบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และรูปแบบบริการที่ดำเนินการโดย ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับ แก่นนำผู้ติดเชื้อเอดส์ ในจังหวัดนครราชสีมา มีประสิทธิผลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ กับที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแก่นนำผู้ติดเชื้อ ในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ของจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะรูปแบบการบริการแบบองค์รวมของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแก่นนำผู้ติดเชื้อ ใน จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพขององค์รวม ในผู้ติดเชื้อเอช ไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแก่นนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับของแก่นนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแก่นนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐาน

1. ลักษณะรูปแบบการบริการแบบองค์รวมของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีความแตกต่างกับโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จังหวัดนครราชสีมา
2. ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพองค์รวม ด้าน ระดับ CD4, น้ำหนักตัว, การป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส และการรับรู้คุณภาพชีวิต แตกต่างกับ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา
3. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ แตกต่างกับ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา
4. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส แตกต่างกับ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา

คำจำกัดความที่ใช้เฉพาะในงานวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจเลือดพบการติดเชื้อเอช ไอ วี และได้รับการตรวจหาระดับ CD4 แพทย์พิจารณาเข้าร่วมโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยทั่วไป (ไม่รวม หญิงตั้งครรภ์ และเด็ก) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก/เข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ได้รับประทานยาต้านไวรัส ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลลัพธ์ความสำเร็จที่เกิดจากการให้บริการแบบองค์รวมของโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ของจังหวัดนครราชสีมา โดยวัดจากตัวแปร ต่างๆดังนี้

2.1 สภาวะสุขภาพองค์รวม จะวัดการเปลี่ยนแปลงครอบคลุมด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ การวัดการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายโดย เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกแฟ้มประวัติผู้ป่วยรายบุคคล (OPD Card) / จากแบบบันทึกผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีและผู้ป่วยเอดส์/โปรแกรมสำเร็จรูป โครงการ NAPHA ในด้านการเปลี่ยนแปลง CD4 จากห้องปฏิบัติการและการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว รวมถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส ซึ่งวัดจากแบบสอบถามตามการรับรู้ของผู้รับบริการและการรับรู้คุณภาพชีวิต ด้านสภาวะทางกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ จิตวิญญาณ ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย สภาวะทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2.2 ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ จะวัดความคิดเห็น ความรู้สึกต่อการบริการที่ได้รับจากการให้บริการ ในด้านต่างๆ ได้แก่ การสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการ การให้บริการของ เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ และแกนนำผู้ติดเชื้อ ลักษณะบริการที่ได้รับ โดยวัดจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการขาด้านไวรัสต่อคุณภาพบริการ ด้านระบบบริการ กระบวนการและผู้ให้บริการ

2.3 พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จะวัดการปฏิบัติในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ในด้านความต่อเนื่อง ตรงเวลา และความถูกต้องตามแผนการรักษา โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส

3. รูปแบบบริการแบบองค์รวมหมายถึง การจัดบริการเพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างครบถ้วน ทั้งบริการดูแลทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางเศรษฐกิจและสังคม โดยมีความต่อเนื่องยาวนานสอดคล้องหรือตอบสนองกับสภาพปัญหาที่พบหรือเผชิญอยู่ ในแต่ละช่วงเวลาคำวินิจฉัยโรค บริการเริ่มจากสถานบริการสุขภาพ ไปจนถึงครอบครัวและชุมชน ในรูปแบบการต่างๆเป็น

3.1 บริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส

3.2 บริการปรึกษาทางการแพทย์และสังคม

3.3 บริการกิจกรรมกลุ่ม/เครือข่าย

3.4 บริการเยี่ยมบ้าน

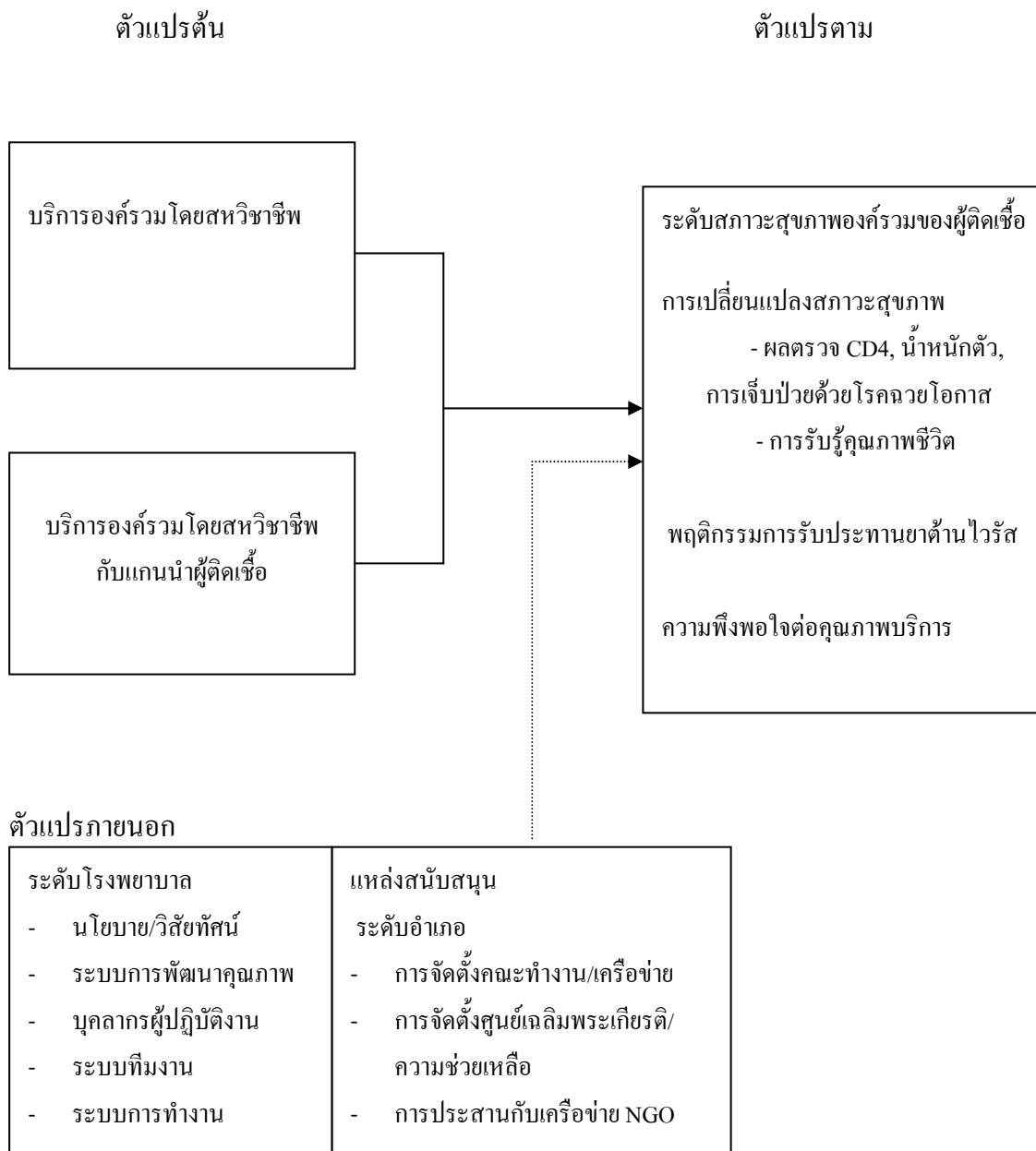
3.5 บริการด้านการสงเคราะห์ บริการส่งต่อ

ในการวิจัยนี้จำแนกบริการที่จะศึกษาเป็น 2 รูปแบบ

1. บริการองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา เป็นผู้ให้บริการร่วมกัน
2. บริการองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของแกนนำผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ และแกนนำผู้ติดเชื้อเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการ

นอกจากนี้ บริการจากการวิจัยครั้งนี้จำแนกตามลักษณะบริการแบ่งได้เป็น 1) บริการการรักษาและป้องกันโรค 2) บริการด้านสังคมจิตวิทยา 3) บริการดูแลต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของรูปแบบบริการองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ ที่จะส่งผลต่อสถานะสุขภาพองค์รวมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ของจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. นโยบายการให้ยาต้านไวรัสและระบบบริการ
2. สุขภาพแบบองค์รวม
3. การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. นโยบายการให้ยาต้านไวรัสและระบบบริการ

นโยบายการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ (สัญญา ขาสมบัติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547 : 17)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณสำหรับจัดหาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการป่วย ตั้งแต่ พ.ศ.2534 ซึ่งต่อมากการสนับสนุนในด้านนี้ได้รับการพัฒนามาเป็นการสนับสนุนผ่านเครือข่ายการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 เนื่องจากความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านยาต้านไวรัส และความสามารถในการผลิตยาต้านไวรัสภายใน ประเทศขององค์การเภสัชกรรมเป็นการพัฒนาแบบก้าวกระโดด ซึ่งมีผลทำให้ราคาต้านไวรัสถูกลงกว่าเดิมมาก ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดหาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วยเอดส์ที่จำเป็นได้รับยา ในปลายปีงบประมาณ 2543 และปีงบประมาณ 2544 กรมควบคุมโรค จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา

ประสิทธิภาพการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยสูตรการรักษาแบบสามชนิดพร้อมกัน (Triple therapy) และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาลเพื่อรองรับการบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

กระบวนการของการพัฒนานี้ได้นำองค์ความรู้ทางด้านการวิจัยเข้ามาประยุกต์ใช้ มีการพัฒนาความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ในด้านระบบบริการทางการแพทย์และพยาบาล ด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านการให้การปรึกษา และพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการเก็บข้อมูล ระบบการรายงานที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงระบบการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาต้านไวรัส เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ และมีพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการอบรมทีมงานเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานทั้ง 5 ด้านซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ให้การปรึกษา และเภสัชกร พร้อมทั้งได้จัดทำคู่มือการดูแลรักษา คู่มือการปฏิบัติงาน แบบบันทึกและแบบรายงานแนวทางการติดตามผู้ป่วย เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน และเพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามกำกับและประเมินผล

ในปีงบประมาณ 2547 รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนงบประมาณจำนวน 800 ล้านบาท เพื่อซื้อยาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ประมาณ 40,000 คน รวมกับงบที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund) ที่คาดว่าจะสามารถนำมาจัดหายาด้านไวรัสอีก 10,000 คน รวมมีผู้ป่วยประมาณ 50,000 คน ที่จะมีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสในปีนี้ ซึ่งในเดือนเมษายน พ.ศ.2547 มีหน่วยงานต่างๆ ทั่วประเทศ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย เป็นเครือข่ายมากกว่า 800 หน่วยงาน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับประทานยาต้านไวรัสในโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 33,481 ราย และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ ณ ปัจจุบัน จำนวน 29,547 ราย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2546 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2547 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ามารับบริการยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นทุกเดือน ดังนั้นคาดว่าจะในปีงบประมาณ 2547 จะมีผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งหมดจำนวนไม่น้อยกว่า 44,000 ราย และคาดว่าจะมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่จะได้รับยาต้านไวรัสจากระบบประกันสุขภาพต่างๆ เช่น ประกันสังคม ระบบสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น ซึ่งสามารถเพิ่มการเข้าถึงด้านไวรัสมากขึ้น และทำให้บรรลุเป้าหมายโครงการที่ตั้งไว้ในปี พ.ศ.2547

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต และประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับความครบถ้วนและต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญ เพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำสุดและไม่เพิ่มจำนวน นอกจากนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมี

การตรวจติดตามอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตั้งนั้นการดำเนินโครงการจึงต้องมีความพร้อมในหลายมิติของการให้บริการ ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ผู้ให้บริการ สถานบริการ นโยบาย และงบประมาณ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้มีความยั่งยืน ครอบคลุมผู้ป่วยอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน หน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ร่วมมือกันพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อเตรียมการเข้าสู่ระบบบริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเต็มรูปแบบต่อไปในอนาคต (สัญญาชัย ชาติสมบัติ, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547 : 18)

แนวทางการดำเนินงานโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (สัญญาชัย ชาติสมบัติ, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547 : 21)

การพัฒนาโครงสร้างและระบบบริหาร

การพัฒนาโครงสร้าง และระบบบริการการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งดำเนินการโดยกรมควบคุมโรค ได้พัฒนามาจากโครงการที่ดำเนินงานในอดีตหลายส่วน ในปี พ.ศ.2543 พัฒนาโครงสร้างการให้บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม และส่งเสริมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลในเครือข่ายทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง กลาโหม สถาบันวิจัย องค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO) เข้าร่วมด้วย

ต่อมากรมควบคุมโรคติดต่อ (เดิม) ได้มีนโยบายขยายเป้าหมายการให้บริการจากมุ่งเน้นการวิจัยมาสู่โครงการในแบบนาร่อง เพื่อการบริการด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แบบสามชนิตร่วมกันมีเป้าหมายการให้บริการ 3,000 ราย ทั่วประเทศ โดยใช้ชื่อโครงการดังกล่าวว่า “Access to Care” ซึ่งได้มีการจัดการเป้าหมายการให้บริการให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ ในภาคต่างๆ ของประเทศ จำนวน 119 แห่ง เพื่อดำเนินการดังกล่าว ทั้งนี้ ได้มีการกำหนดแนวทางการบริหารโครงการขยายโอกาสเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ “Access to Care” (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547 : 21)

ในปี พ.ศ.2546 ได้มีการขยายเป้าหมายการบริการแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วประเทศจำนวน 13,000 ราย และได้ปรับสูตรการรักษาสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่เป็น 3 สูตร ซึ่งมียาที่ผลิตได้โดยองค์การเภสัชกรรมเป็นหลัก มีการอบรมบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมากกว่า 4,000 รายทั่วประเทศ และได้พัฒนาระบบบริการส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไปพร้อมๆ กัน ในทุกแง่มุมโดยทิศทางการดำเนินโครงการได้ปรับจากลักษณะมุ่งเน้นการวิจัยมาเป็นลักษณะมุ่งเน้นการให้บริการอย่างเต็มรูปแบบมากขึ้น

ต่อมาในปี พ.ศ.2547 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้มีนโยบายที่จะขยายโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ให้มากขึ้น และได้ตั้งเป้าหมายการบริการให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 50,000 ราย และได้เปลี่ยนชื่อโครงการเป็น “โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” (National Access to Antiretroviral Program for PHA : NAPHA) โดยทิศทางและแนวทางการดำเนินงานโครงการ NAPHA นี้ มีประเด็นที่มุ่งเน้นเพิ่มเติมจากโครงการ Access to Care ดังนี้

1. มุ่งเน้นการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและลดปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต
2. พัฒนาโครงสร้างและรากฐานของการบริการ เพื่อนำเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ
3. การบูรณาการการให้บริการยาต้านไวรัสที่ดำเนินการอยู่โดยหน่วยงานต่างๆ ให้มีความใกล้เคียงกัน เพื่อให้การบริการเป็นไปด้วยมาตรฐานเดียวกัน เช่น โครงการบริการยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ประกันตน โดยสำนักงานประกันสังคม เป็นต้น
4. การพัฒนาระบบประกันคุณภาพการให้บริการ (สัญญา ชาติสามัคคี, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547 : 21-22)

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน

จากการติดตามผลการดำเนินงานโครงการฯ ที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย และการดำเนินงานในระดับเขต ระดับจังหวัด และโรงพยาบาลประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านนโยบาย
2. การบริหารจัดการด้านบุคลากร งบประมาณ สิ่งสนับสนุนต่างๆ อย่างเหมาะสม

3. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการเตรียมความพร้อมของระบบบริการ
4. การพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของบุคลากรด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
5. การติดตามผลการรักษา มีระบบการรายงาน และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
6. การทำงานเป็นทีม มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การวางแผนการดำเนินงานแบบบูรณาการ รวมทั้งการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
7. การวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการดูแลรักษาและกลไกทางเศรษฐศาสตร์ (สัญญา ชาสุมบัติ, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, 2547: 22-23)

แนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ประเทศไทย ควรประกอบด้วยคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้บริหารของหน่วยงานมีนโยบายให้การสนับสนุน และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมในโครงการ
2. มีทีมงานซึ่งเป็นโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยงาน ในการให้บริการยาต้านไวรัส ประกอบด้วยบุคลากร 5 ด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ให้การปรึกษา (Counsellor) เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่พร้อมปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง
3. มีความสามารถในการตรวจในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจระดับ CD4 หรือมีระบบประสานกับหน่วยงานที่มีความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าว เพื่อให้ได้มาซึ่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. มีการประสานงานระหว่างทีมงาน และประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการที่จะพัฒนาระบบบริการ ระบบการส่งต่อ และการติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการดำเนินงาน

แนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการดำเนินงานเพื่อการเข้าถึงการบริการด้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ เด็ก และหญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละระดับนั้น ไม่มีรูปแบบการปฏิบัติเฉพาะ แต่เป็นการรวบรวมจากผลการติดตามการดำเนินงานโครงการ การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคร่วมกันระหว่างหน่วยดำเนินงานส่วนกลาง ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน โดยมีแนวทางฯ และบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละระดับ ดังนี้ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547 : 32)

ผู้บริหารสถานพยาบาล

1. การบริหารจัดการโครงการ โดยให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการด้านไวรัส
2. การจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลรักษา ด้านการให้การปรึกษา ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้านการบริหารคลังยา และระบบข้อมูล
3. การมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้แก่บุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง
4. การจัดการอบรมและฟื้นฟูองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลและการดำเนินโครงการฯ
5. .ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ ทั้งด้านบุคลากรและทรัพยากร รวมทั้งระบบบริการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และสภาพปัญหา
6. ติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ ฯ

ผู้ประสานงานหรือแกนนำในการดำเนินโครงการ

อาจเป็นผู้บริหารของสถานพยาบาลนั้น หรือบุคลากรในขณะทำงาน ซึ่งผ่านการอบรมแนวทางการดำเนินโครงการการเข้าถึงการบริการด้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ และ/หรือผ่านการอบรมแนวทางการดำเนินการดูแลหญิงหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี

บทบาทและแนวทางก่อนการดำเนินโครงการ

1. การนำเสนอโครงการต่อผู้บริหาร เพื่อขอรับนโยบายและแนวทางการดำเนินงานซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน
2. การประสาน/สร้างทีมงานสหวิชาชีพ 5 ด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ให้การศึกษา และเจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อความเข้าใจและได้รับข้อมูลที่ตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการ การมีส่วนร่วม และบทบาทหน้าที่ของบุคลากร
3. การวางแผนแนวทางการดำเนินงานของสถานพยาบาล ได้แก่
 - การจัดระบบบริการที่สนับสนุนต่อการให้บริการของบุคลากร และการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยพิจารณาในประเด็นของการจัดตั้งเอชไอวีคลินิก, One-stop Service, การผสมผสานกับระบบบริการเดิม
 - ร่วมกับคณะทำงาน พิจารณาคูณสมบัติที่เหมาะสมของผู้รับยาต้านไวรัส นอกเหนือจากเกณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้กำหนดไว้ในโครงการฯ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้รับยา
 - การจัดตั้งคณะกรรมการระดับพื้นที่ เพื่อร่วมคัดกรองผู้สมัครที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการรับประทานยาต้านไวรัส
4. การประชาสัมพันธ์โครงการฯ เช่น เสาตามสาย สื่อสิ่งพิมพ์ ผ่านกลุ่ม / เครือข่ายผู้ติดเชื้อ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547 : 33)

บทบาทและแนวทางระหว่างดำเนินโครงการ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547 : 34-35)

1. การรับสมัครและการคัดกรองผู้สมัครเข้าโครงการโดยคณะกรรมการหรือทีมงาน
2. ดำเนินการให้บริการยาต้านไวรัส
3. การจัดทำรายงานและประเมินการดำเนินโครงการ ในประเด็นของ
 - จำนวนผู้รับยาในโครงการ
 - คุณภาพการบริการ
 - การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
4. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการให้บริการและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของทีมงานสหวิชาชีพ 5 ด้าน

เป็นโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. แพทย์ เป็นผู้ทำหน้าที่ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทางด้านการแพทย์

ได้แก่ CD4, โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และให้การรักษารอคติดเชื้อฉวยโอกาส การให้ยาต้านไวรัสเอดส์เมื่อผู้ป่วยพร้อมรับยา รวมทั้งการติดตามผลการรักษา การเปลี่ยนแปลง ขณะที่ผู้ป่วยรับยา ลงข้อมูล ในแบบบันทึกผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2. พยาบาล ร่วมกับแพทย์ประเมินความพร้อมก่อนรับยาต้านไวรัส ติดตาม

ผลการรักษาของผู้ป่วยรับยา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ช่วยแพทย์กรอกผลการรักษาและเก็บรวบรวมแบบบันทึกผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประสานทีมงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในหน่วยงาน และประสานระหว่างหน่วยงานพร้อมทั้งร่วมกับทีมงานในการให้การปรึกษาการกินยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย

3. เภสัชกร บริหารจัดการคลังยา ได้แก่ การตรวจรับยา การเก็บรักษา

การเบิกยาจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค การจ่ายยาให้ผู้ป่วย การจัดทำรายงานยาคลัง การแลกเปลี่ยนยาเมื่อใกล้หมดอายุตามแนวทางปฏิบัติงาน การดำเนินงานสำหรับยาที่หมดอายุตามระเบียบพัสดุ ร่วมกับทีมงานในการให้การปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะรับประทานยา และการรับประทานยาตัวอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

4. เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กรณีตรวจหาระดับภูมิต้านทาน (CD4))

สำหรับโรงพยาบาลที่มีเครื่องตรวจหาระดับภูมิต้านทาน

- เก็บตัวอย่างเลือดย้อนและตรวจหาระดับภูมิต้านทาน รายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ ร่วมกับทีมงานในการค้นหาสาเหตุเมื่อการตรวจผิดปกติ

สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีเครื่องตรวจหาระดับภูมิต้านทาน

- เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ / ย้อม (ในกรณีที่ย้อมได้) โดยประสานงานและส่งไปยังหน่วยงานที่มีเครื่องตรวจหาระดับภูมิต้านทานของเม็ดเลือดขาวในเครือข่ายของกระทรวง

สาธารณสุขที่กำหนด พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจ ร่วมกับทีมงานในการค้นหาสาเหตุเมื่อผลการตรวจผิดปกติ

5. ผู้ให้การปรึกษา ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการให้

การปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยโรคเอดส์ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- สัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางสังคมที่เกี่ยวข้อง
- ร่วมกับทีมงาน ในการคัดกรองผู้รับยา อธิบายการกรอกใบสมัครเพื่อเข้าร่วมโครงการฯ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ
- ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาในอดีต การรักษาในปัจจุบัน การให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกต้อง
- ให้การปรึกษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์
- ดำรงปัญหาอุปสรรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่อง
- ร่วมกับแพทย์ และเภสัชกร ในการให้การปรึกษาการแก้ไขปัญหาในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การส่งรักษาหน่วยงานอื่นงานสังคมสงเคราะห์ องค์กรพัฒนาเอกชนติดตามผลการรับประทานยาของผู้รับยา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547 : 34-35)

ประเภทการบริการ

บริการด้านการรักษาสุขภาพ

1. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มเป้าหมาย

เป็นผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ทั่วไป ที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน หรือเป็นผู้ที่กำลังรับการรักษาด้วยยา จีพีโอวีเออร์ โดยที่อาการทางคลินิก และระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) บ่งชี้ว่าการรักษายังได้ผลดีอยู่ หรือหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อ HIV

วัตถุประสงค์ ช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV / ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการดูแลรักษา
สามารถดำรงชีพได้ตามปกติ

บริการที่จัดให้

- ให้ยาด้านไวรัสเอดส์ตามสูตรการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข
- ให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม ต่อเนื่อง

เกณฑ์การให้ยาด้าน

- ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์
- ผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่มีอาการ แต่มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ต่ำกว่า 200 เซลล์/
ลบ.มม.
- ผู้ติดเชื้อ HIV มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 250 เซลล์ / ลบ.มม.
ร่วมกับมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ เช่น มีไข้เรื้อรัง เชื้อราในปาก น้ำหนักลด ท้องเสียเรื้อรัง ซึ่งแสดง
ให้เห็นว่าภูมิคุ้มกันกำลังถูกทำลาย
- ไม่มีประวัติการแพ้สารใด ๆ ในส่วนประกอบของสูตรยา
- มีความตั้งใจ และมีความพร้อมที่จะดูแลรักษาตนเอง ในการติดตามการ
รักษา การกินยา การรับประทานอย่างสม่ำเสมอตามนัด เพราะต้องกินยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

วิธีเข้าถึงบริการ

- แพทย์ตรวจแล้วว่าเป็นไปตามเกณฑ์การให้ยาด้าน
- ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ กรอกใบสมัคร และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วม
โครงการสูตรยาที่ใช้

- สูตรที่ 1 : ดีโฟที + สามทีซี + เนวราพิน หรือ จีฟิโอเวีย
- สูตรที่ 2 : ดีโฟที + สามทีซี + เอฟฟาไวเรนซ์ หรือ
เอแซดที + สามทีซี + เนวราพิน หรือ
เอแซดที + สามทีซี + เอฟฟาไวเรนซ์
- สูตรที่ 3 : ดีโฟที + สามทีซี + อินดินาเวียร์ / ริโทนาเวีย

การเปลี่ยนสูตรยาด้าน

- พิจารณาจากการเกิดปัญหาการตอบสนองของตัวยาต่อการรักษา มีปัญหา
การแพ้ยา มีผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง

ผลสำเร็จในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ พิจารณาจาก

- ปริมาณ HIV ในร่างกายลดลง
- ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 เพิ่มขึ้น
- มีความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล
- ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้นใหม่

การหยุดการรักษาและการสิ้นสุดโครงการ

- แพทย์เห็นว่าการใช้ยาต่อไปอาจมีผลข้างเคียงเป็นอันตรายต่อผู้ติดเชื้อมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ

- ผู้ติดเชื้อไม่มารับการตรวจรักษาตามนัด และหรือ ขาดยาเกิน 7 วัน โดยไม่ได้รับความเห็นชอบจากแพทย์และผู้ดำเนินโครงการ

- เกิดอาการแทรกซ้อนอย่างรุนแรงระหว่างได้ยา

- เกิดการรักษาล้มเหลวตามแนวทางการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งปัญหาการรักษาล้มเหลวได้แก่

- เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่ หรือเป็นซ้ำหลังการรักษานานกว่า 6 เดือน ร่วมกับ / หรือ เม็ดเลือดขาว CD4 ลดลง 30% จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้ง ติดต่อกัน

ค่าใช้จ่าย

- ได้ยาด้านไวรัสฟรี
- ตรวจ CD4 ฟรี

หลังจากได้รับการพิจารณาให้เข้าร่วมโครงการได้

- ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ

บริการด้านสังคม

มี พรบ. ส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 กำหนดให้รัฐต้องคุ้มครอง, ส่งเคราะห์, พัฒนาบุคคลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งตนเองได้

องค์กรรัฐและบริการด้านสวัสดิการสังคม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานสวัสดิการสังคม และสวัสดิการ กทม.

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ให้บริการด้าน

- การสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อและครอบครัว
- การสงเคราะห์เด็กติดเชื้อและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
- การฝึกอาชีพสตรี

กระทรวงแรงงาน ให้บริการด้าน

- การแนะแนวอาชีพ
- การฝึกอาชีพ
- การพัฒนาฝีมือแรงงาน
- การจัดหางาน
- การประกันสังคม

การคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อ

ระบบบริการการดูแลการเข้าถึงโครงการยาต้านไวรัส

กิจกรรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในยุคของการให้ยาด้านไวรัสเอดส์

แนวคิดของการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องเป็นแนวคิดที่พยายามจะทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เข้าใจสภาพความเป็นไปของโรคเอดส์ บทบาทและหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนที่พึงปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การดำเนินโครงการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 ส่งผลให้เกิดการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ให้อยู่ร่วมในชุมชนได้ ตลอดจนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ดีขึ้น

การจัดบริการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง แบ่งเป็น 2 ลักษณะที่สำคัญ คือ การบริการที่ครอบคลุมสภาพปัญหาต่างๆ (Comprehensive care) และการบริการที่มีความต่อเนื่อง (Continuum care)

1. การดูแลอย่างครบถ้วน (Comprehensive care)
 - 1.1 ทางกายภาพ / การพยาบาล
 - 1.2 ทางด้านสังคมจิตวิทยา
 - 1.3 ทางด้านเศรษฐกิจ / การดำรงชีวิต / บริการทางสังคม / การคุ้มครองสิทธิ
2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuum care)
 - 2.1 การดูแล รักษา การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพและสังคม บ้านและชุมชน
 - 2.2 การทำให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินของโรค

การบริการดูแลอย่างครบถ้วน (Comprehensive care)

การบริการดูแลอย่างครบถ้วน (Comprehensive care) โดยบริการต่าง ๆ จะต้องมีความครอบคลุมสภาพปัญหาต่าง ๆ ทั้งหมดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว ดังนี้

1. การดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล (Medical care) เพื่อตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกายตามสถานภาพทางสุขภาพและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
2. การดูแลทางด้านสังคมจิตวิทยา (Psychological care) ได้แก่ การบริการปรึกษาทางการแพทย์และสังคม (Counselling) การให้กำลังใจ (Emotion support) การสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว (Self – help group) รวมทั้งการให้ข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว
3. การดูแลทางด้านสังคม-เศรษฐกิจ และการคุ้มครองสิทธิ (Socio-economical care and human right) ได้แก่ การช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัวในด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน อาชีพ รายได้ และอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัวสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดั้งเดิม และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ รวมทั้งบริการเฉพาะในกรณีที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เช่น ทุนการศึกษานูตริ บริการหาครอบครัวที่รับเด็กเป็นบุตรบุญธรรม (Child adoption) หรือการหาครอบครัวอุปการะ (Foster home) เป็นต้น

นอกจากนี้ การช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม (Legal and ethical service) เช่น การคุ้มครองปกป้องสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ถูกละเมิด และการดำเนินการกรณีถูกละเมิดสิทธิ (Human right protection) การปรับปรุงระเบียบและกฎหมายเพื่อเอื้อให้เกิดการอยู่ร่วมกันและการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เช่น การประกันชีวิตและการประกันสุขภาพ (Health and life insurance) การสนับสนุนทางด้านกฎหมาย หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและกฎหมาย เช่น เรื่องการจัดการทรัพย์สินและมรดก ของผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ไปอย่างยุติธรรม การช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์เข้าถึงบริการต่าง ๆ โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

การบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuum care)

1. ความต่อเนื่องของมิติสถานที่ (Place) ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 2 ประเด็น คือ ความต่อเนื่อง ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว เพื่อรับบริการสำหรับปัญหา ที่ภายในหน่วยงานของผู้ส่งไม่มี หรือมีแต่ไม่เพียงพอ เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลและมีปัญหา เรื่องครอบครัวขาดรายได้ ไม่สามารถส่งบุตรเข้ารับการศึกษาคได้ ผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล ควรส่งต่อครอบครัวของผู้ป่วยไปขอใช้บริการจากหน่วยงานประชาสงเคราะห์ หรือหน่วยงานด้านการศึกษา สงเคราะห์ เป็นต้น

2. ความต่อเนื่องในมิติด้านเวลา (Time) หมายถึง ความต่อเนื่องของบริการดูแลต่าง ๆ ที่ยาวนาน เพียงพอกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว โดยในระยะแรกของการติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ การรักษาความลับ ต่อมาเมื่อป่วยจะมีปัญหาด้านสุขภาพ ตกงาน ขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น แม้กระทั่งผู้ป่วยโรคเอดส์เสียชีวิตไปแล้ว ครอบครัวอาจจะประสบปัญหาอยู่ เช่น ลูกเสี่ยงจากสังคม ขาดรายได้ บุตรหลานในครอบครัวไม่สามารถเข้ารับการศึกษาคได้ตามปกติ ปัญหาเรื่องสิทธิในทรัพย์สินของผู้เสียชีวิต เป็นต้น

ระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นระบบบริการที่มีความครบถ้วนทั้งบริการดูแลทางด้านร่างกาย (Bio-medical care) บริการดูแลทางด้านจิตใจ (Psychological care) และบริการดูแลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economical care) โดยมีความต่อเนื่องของการให้บริการดูแลจากสถานบริการสุขภาพ ไปจนถึงครอบครัวและชุมชน ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถให้บริการดูแลแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการ ผู้ป่วยโรคเอดส์และ

สมาชิกในครอบครัว รวมถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์โดยอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพจากองค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนท้องถิ่นและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้องค์ความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ (Evidence based)

ระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ จะมีการให้บริการเป็น 2 ลักษณะ คือ การบริการดูแลเป็นรายบุคคล (Individual care) และการบริการดูแลเป็นกลุ่ม (Group care)

การให้บริการดูแลเป็นรายบุคคล เป็นการให้บริการเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายบุคคล เหมือนการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ไป หรือกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ประสงค์จะเปิดเผยตัวเอง ในกลุ่มการให้บริการดูแลลักษณะนี้ก็สามารถจัดในรูปแบบที่เป็นคลินิกนิรนาม หรือคลินิกเฉพาะโรค

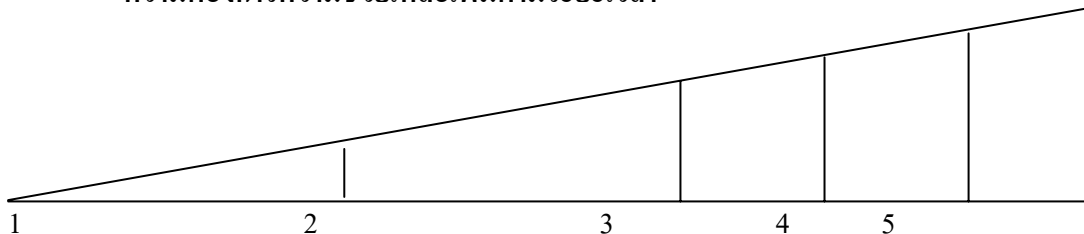
การให้บริการดูแลเป็นกลุ่ม เป็นการจัดการบริการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่พร้อมมาเปิดตัวในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน รูปแบบของการให้บริการจะเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มหรือมีกิจกรรมกลุ่มเพื่อหวังให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมในกลุ่มสามารถพัฒนาศักยภาพของตัวเอง (Empower) ในการปรับตัวและเรียนรู้การเผชิญปัญหา โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การให้บริการดูแลเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่จัดให้มีขึ้นในสถานบริการสุขภาพ เป็นบริการที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการ ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว เป็นบริการที่มีความครบถ้วน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และการคุ้มครองสิทธิ

การจัดการดูแลที่บ้านและชุมชนเป็นการจัดการดูแลที่มีความต่อเนื่องจากสถานบริการสุขภาพไปสู่ครอบครัวและชุมชน ไม่ใช่เป็นการผลักภาระการดูแลไปให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพ (Health care provider) ซึ่งมีความรู้ทางเทคนิค การให้บริการทางการแพทย์ กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมและช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน อันจะส่งผลให้ชุมชนตระหนักและเข้ามามีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์สำหรับสมาชิกของชุมชนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี

โดยสรุป แนวคิดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เป็นการเตรียมระบบบริการดูแลเพื่อรองรับสภาพปัญหาบนเส้นทางชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งระยะก่อน การติดเชื้อเอชไอวี ระยะที่พบว่าติดเชื้อและยังไม่มีอาการ ระยะเมื่อเริ่มมีอาการป่วย ระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต และภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต โดยการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างครบถ้วน ทั้งด้านการแพทย์ และการพยาบาล การดูแลด้านสังคมจิตวิทยา การดูแลทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการคุ้มครองสิทธิ รวมทั้งการบริการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ยาวนานเพียงพอกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น จากสถานบริการสุขภาพไปจนถึงที่บ้านและชุมชน

ความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มตามระยะเวลา



เป้าประสงค์การให้ความช่วยเหลือ

1. ให้คำปรึกษาให้เกิดพลังใจ ขอมรับการติดเชื้อ เข้าใจสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี พัฒนาการยอมรับ และความช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน
2. ดำเนินชีวิตตามสถานภาพเดิม ให้กำลังใจ และพัฒนาให้สามารถควบคุมความเครียด จากสถานะติดเชื้อให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี
3. ป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อน ให้กำลังใจ บำรุงสุขภาพ พัฒนาคือครอบครัวและชุมชน ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อมากยิ่งขึ้น พิจารณาการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
4. รักษาและดูแลการป่วยระยะสุดท้าย เตรียมความพร้อมครอบครัว และให้การสนับสนุนและสงเคราะห์เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากผู้ติดเชื้อเสียชีวิต
5. ดูแลช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการเสียชีวิต สนับสนุนให้ชุมชนเกื้อกูลกัน

การให้การปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546)

การให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นเพียงส่วนหนึ่งของขบวนการดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ สิ่งที่สำคัญคือการบริการปรึกษาที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา การรักษาสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาและกินยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การให้การปรึกษายังเป็นส่วนสำคัญในการวางแผนการให้บริการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ เนื่องจากข้อมูลของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ทุกขั้นตอนของโครงการ ทั้งในขั้นตอนการสมัครเข้าโครงการ การคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ การส่งเสริมการกินยาอย่างต่อเนื่อง และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานนั้น โดยส่วนใหญ่ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ประสานการดำเนินงานในขั้นตอนดังกล่าว ผู้ให้การปรึกษาจะต้องร่วมมือกับคณะผู้ให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดโดยตลอด

ดังนั้นผู้ให้การศึกษา นอกจากจะต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติในการเป็นผู้ให้การปรึกษาและผ่านการอบรมพื้นฐานทักษะการให้การปรึกษา รวมทั้งจะต้องมีประสบการณ์การให้การปรึกษาแล้ว ผู้ให้การปรึกษายังจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสูตรยาต่าง ๆ ในโครงการ วิธีการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาและผลกระทบด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพในการให้บริการปรึกษาตามโครงการมากยิ่งขึ้น

การปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546)

โดยทั่วไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาโดยการใช้ยา ซึ่งแม้จะเป็นการใช้ยาเพียงชนิดเดียวมีวิธีการกินยาที่ไม่ซับซ้อน จำนวนเพียง 1-2 เม็ด และต้องกินอย่างต่อเนื่องเพียง 1 สัปดาห์ เช่น ยาแก้อักเสบ ปัญหาที่พบเสมอคือ การกินยาที่ไม่ครบถ้วนตามกำหนด มีการหยุดยาเอง ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจอย่างแท้จริงว่า การกินยาแก้อักเสบจะต้องกินอย่างต่อเนื่องแม้อาการจะดีขึ้น ส่วนใหญ่เหตุผลที่กินไม่ต่อเนื่องคือลืมกินยา ลืมเวลา หรือทำงานจนล่วงเลยเวลากินยา ลืมพกพา ยาหมด บางคนเข้าใจว่าอาการดีขึ้นก็สามารถหยุดยาได้ ไม่พอใจอาการข้างเคียง หรือเกรงผลเสียจากการกินยานาน ๆ ฯลฯ

ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นการใช้ยาที่เน้นความต่อเนื่องทั้งจำนวนและชนิดของยาอย่างมาก ข้อกำหนดในการกินยา ได้แก่ ช่วงเวลากินยา วิธีกินยา ข้อพึงหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันการเสริมฤทธิ์ของยา และด้านฤทธิ์ยา ความเบื่อหน่าย ท้อแท้ เมื่อรับยาไปนาน ๆ อาจทำให้มีปฏิกิริยาต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น ปฏิเสธไม่อยากจะกินยาอีก ขอดื่มน้ำกินยาลดลง โกรธ ที่เป็นเช่นนี้ โทษตัวเองและความเลวร้ายของชีวิต เสรีที่ต้องดูเหมือนเป็นคนป่วยตลอดชีวิต ดูเหมือนการรับยาเป็นการตอกย้ำความเจ็บป่วยตลอดไป ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งรับยาต้านไวรัส ย่อมต้องประสบปัญหาดังกล่าว ดังนั้นการทำความเข้าใจและการให้โอกาสในการพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและการร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ในการพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องอันเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้ให้การปรึกษา จึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำอย่างยิ่ง

ผู้รับยาก็เหมือนคนทั่วไปที่พอจะแบ่งคร่าว ๆ ได้ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. พึ่งพาตนเอง / แก้ปัญหาได้เอง กลุ่มนี้การรับฟังให้ผู้รับยาได้มีโอกาสระบายความทุกข์ใจและเสริมแรงแก่วิธีการที่ผู้รับยาใช้ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับคนเป็นระยะ จะเป็นการช่วยให้กำลังใจทำให้ผู้รับยาคงสภาวะการดูแลตนเองได้ดีต่อไปยาวนาน

2. ต้องการบริการปรึกษา กลุ่มนี้อาจรู้สึกว้าวุ่นสับสนเป็นครั้งคราว เมื่อเผชิญอุปสรรคหรือปัญหาเป็นระยะ การปรึกษาด้วยการรับยา ให้ระบาย พิจารณาหาทางออก แต่ละทางเลือกอย่างมีเหตุผลด้วยข้อมูลจำเป็นเฉพาะกรณีที่เหมาะสมกับคน

3. ต้องการกลุ่มพึ่งพากัน (Poor group Self help group) ที่มีคุณภาพ กลุ่มนี้อาจเป็นกลุ่ม 1 หรือ 2 ที่มีโอกาสสนทนา ร่วมกลุ่มกับผู้ประสบชะตากรรมเดียวกัน การพูดคุยแลกเปลี่ยนสุข ทุกข์ ของกันและกัน ข้อมูลการดูแลตนเองที่ได้ผล การผ่านพ้นอุปสรรคของชีวิตแต่ละช่วงอย่างไร จะช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าไม่ได้เป็นแต่เขาคนเดียวที่ทุกข์เพื่อน ๆ ที่เป็นแบบเขา หรือยิ่งกว่าเขาก็มี ก็จะเกิดกำลังใจในการดูแลตนเอง อยากรู้ตามผู้ที่เข้ากลุ่มนี้ อาจมีคำถามสำคัญต่อกันในการเข้าร่วมสมาชิก เช่น ผู้แข็งแรงกว่าช่วยผู้อ่อนแอ มีองค์ความรู้ทางคลินิกที่จะช่วยได้ ถูกต้องเหมาะสมกับปัญหาเฉพาะ มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ เช่น สื่อสารได้ชัดเจน ตรงประเด็น สื่อสารสองทางคือ รับฟังด้วย สื่อสารด้วย รวมทั้งสามารถสื่อความรู้สึกที่แท้จริงได้ด้วย เช่น สื่อความห่วงใย ความปรารถนาดี จะทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกทางบวกต่อข้อมูลและต่อตนเองในการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้นเรื่อย ๆ

การรักษาที่มีความจำเป็นที่จะต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน ๆ ผู้ป่วยมักมี ปัญหาในหลายด้าน คือ

1. ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ปัญหาที่พบคือ
 - ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา และการกินยาที่ถูกต้อง
 - ขาดความตั้งใจอย่างแท้จริง
 - ลืมกินยา / ลืมเวลากินยา
 - มีปัญหาสุขภาพแทรกซ้อน เช่น เจ็บคอ กลืนลำบาก หรือมีประวัติการกินยา ยาก
 - ผู้ป่วยหมดกำลังใจเมื่อกินยาเป็นเวลานานแต่ยังไม่เห็นผลการรักษาหรือ อาการยังไม่ดีขึ้น
 - เมื่อเกิดปัญหาการกินยาผู้ป่วยไม่กล้าบอกความจริงแก่ผู้ให้การรักษา เนื่องจากกังวลกลัวถูกตำหนิ
 - ไม่เปิดเผยผลเลือดแก่คนรอบข้างหรือครอบครัว ทำให้เกิดปัญหา เช่น กลัว คนอื่นรู้จนขาดยาในบางมือ
 - มีความเชื่อที่ผิดต่อการรักษา การดูแลสุขภาพ หรือใช้วิธีการรักษาที่ขัดกับ แนวปฏิบัติตามโครงการ
 - ขาดการรักษาสุขภาพ ดื่มสุรา ใช้น้ำยาเสพติด
2. ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวยา ปัญหาที่พบคือ
 - ยามีรสชาดไม่ดี
 - ยาหลายขนาน จำนวนยาในแต่ละมื้อมีมาก และยาบางชนิดมีขนาดใหญ่
 - วิธีกินยาที่ยุ่งยาก เช่น บางชนิดต้องละลายน้ำ ช่วงเวลากินไม่สะดวก เช่น ก่อนอาหาร หลังอาหาร กินเมื่อท้องว่าง ฯลฯ
 - เกิดการแพ้ยา หรือเกิดอาการข้างเคียงจากยาอย่างมาก
3. ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับระบบการบริการ ปัญหาที่พบคือ
 - ข้อจำกัดของระบบการบริการ ได้แก่ การนัดตรวจสุขภาพ นัดรับยา การให้ การปรึกษา ซึ่งไม่สะดวกต่อผู้ป่วย เช่น การนัดในช่วงเวลาที่ต้องทำงานมี การเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ทีมงานทำให้ขาดความต่อเนื่อง ทีมผู้ให้บริการมีข้อมูล และให้ข้อมูลไม่ตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสับสน เป็นต้น

- ปัญหากระบวนการให้การปรึกษา ได้แก่ สถานที่ให้การปรึกษาไม่เหมาะสมในการให้การปรึกษา ฯลฯ
 - ทีมงานขาดระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง
4. ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับสภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ ปัญหาที่พบคือ
- ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ ไม่สามารถมารับยาตามนัด
 - ผู้ป่วยไม่ยอมขาดงาน จึงไม่มาตามนัด
 - ไม่มีเงิน หรือค่าใช้จ่ายบางอย่างที่จำเป็นในการรักษา เนื่องจากยากจน ไม่มีงานทำ ขาดรายได้
 - ครอบครัวเกิดความท้อแท้ ไม่สนับสนุนและช่วยเหลือ
 - ไม่มีผู้พามารับยา
 - ได้รับข้อมูลจากคนรอบข้าง หรือจากสื่อ เกี่ยวกับการรักษา หรือยาที่ไม่ตรงกับข้อมูลในโครงการ ทำให้เกิดความสับสน
 - สมัครเข้าโครงการโดยขาดความตั้งใจจริง ตามเพื่อน ตามกระแส

การบริการเยี่ยมบ้าน (วาริ ระกิตติ, 2534 : 278-285)

การเยี่ยมบ้าน เป็นกลวิธีที่พยาบาลอนามัยชุมชน เข้าไปดูแลสุขภาพของประชาชนที่บ้านเป็นการนำบริการอนามัยไปสู่ประชาชนทุกคนที่มีภาวะปกติ คนเจ็บป่วยและพิการ ทำให้สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้การช่วยเหลือประชาชนตามความต้องการ

ความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน

1. ให้ทราบสภาวะของครอบครัว เช่น ภูมิหลังของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ฐานะทางเศรษฐกิจของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว พฤติกรรม อนามัย ภาวะสิ่งแวดล้อม โภชนาการ ตลอดจนความเชื่อถือ ขนบธรรมเนียมประเพณีของครอบครัว ของชุมชน ความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคล

2. ได้เห็นสภาพต่าง ๆ ของครอบครัว ซึ่งจะได้พิจารณานำทรัพยากรที่มีอยู่ในครอบครัวมาใช้ดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหาของครอบครัว อันเป็นผลที่จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้

3. ได้ทราบปัญหาที่แท้จริง ทั้งที่เป็นปัญหาสุขภาพโดยตรง และปัญหาที่มีความสัมพันธ์และมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคลและครอบครัว จึงเป็นผลดีในการให้คำแนะนำและร่วมกับครอบครัว จึงเป็นผลดีในการวางแผนแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม

2. สุขภาพแบบองค์รวม

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพองค์รวม

เมื่อกล่าวถึง คำว่า “สุขภาพ” เราส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าเป็นเพียงสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่ความจริงคำว่าสุขภาพมีความหมายที่ลึกซึ้ง คำนิยามคำว่า สุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก มีดังนี้ Health is complete physical, mental, social and spiritual well-being, สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้ง ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ประเวช เวที, 2543 : 4) สอดคล้องกับคำจำกัดความของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวช เวที ให้คำนิยาม สุขภาพ หมายถึง วิถีชีวิตทั้งหมด คำนิยามของคำว่าสุขภาพ ไม่ใช่เรื่องของโรงพยาบาล เท่านั้น แต่เป็นเรื่องของความถูกต้องทั้งหมดสุขภาวะ คือ ภาวะที่เป็นสุขทั้ง ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545 : 61)

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย	หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรคไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุปสรรคอันตรายสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ
สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต	หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตาสัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึง การลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีความสุขทางจิตที่สมบูรณ์ไม่ได้
สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม	หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า/เป็นความสุขที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์ หลุดพ้นจากความมีตัวตน Self transcending มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นยอดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีก 3 มิติ ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณมนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง และขาดความสมบูรณ์ในตัวเองก็จะรู้สึกขาดหรือพร่องอยู่เรื่อยไป (ประเวศ วะสี : 2543, 4-5)

นอกจากนี้มุมมองสุขภาพของ ดร.เกรียงยศ วุฒิกุลณ์ คำว่า สุขภาพ มาจากคำว่า Whole ที่แปลว่า ทั้งหมดทั้งสิ้นหรือสมบูรณ์ ซึ่งความหมายเดิมของสุขภาพ นี้ตรงกับสุขภาพกาย สุขภาพใจ หรือสุขภาพองค์รวม /กินความหมายถึงชีวิตและความงาม (เกรียงยศ วุฒิกุลณ์, 2545 : 134) แสดงให้เห็นว่าการที่คนเราจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้ผู้ที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังก็สามารถมีสุขภาพดีได้ หากได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวม

สรุปได้ว่า สุขภาพ ก็คือความสุขหรือคุณภาพชีวิต ไม่ใช่เพียงการป่วยหรือไม่ป่วยเป็นโรค เท่านั้น

โดยคำจำกัดความของสุขภาพดังกล่าวข้างต้น สุขภาพย่อมไม่ใช่ขึ้นอยู่กับผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาลเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งหมด

โดยหลักวิชา สุขภาพขึ้นกับองค์ประกอบ ๓ ประเภท คือ (ประเวศ วะสี, 2536-55-57)

๑. ปัจจัยส่วนบุคคล

๒. สิ่งแวดล้อม

๓. ระบบบริการ

ซึ่งจะขยายความพอเป็นสังเขปดังนี้

๑. ปัจจัยส่วนบุคคล

กรรมพันธุ์ มีส่วนกำหนดสุขภาพที่สำคัญ

พฤติกรรม มีส่วนกำหนดสุขภาพอย่างสำคัญยิ่ง

ความเชื่อ (belief) และจิตวิญญาณ (spirituality) มีผลต่อการเป็นโรคหรือไม่เป็นโรคและการหายหรือไม่หายจากโรค

แม้แต่ยาที่แพทย์แผนปัจจุบันใช้แล้วได้ผล ส่วนใหญ่ไม่ใช่ได้ผลจากฤทธิ์จำเพาะของยาแต่ได้ผลจากความเชื่อของคนไข้ว่ายานั้น ๆ จะทำให้เขาหายป่วย การศึกษาวิจัยสมัยใหม่ช่วยให้เข้าใจว่า ความเชื่อมีผลต่อระบบชีววิทยา

๒. สิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น น้ำ อากาศ ที่อยู่อาศัย ขยะมูลฝอย

สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น เชื้อโรค และพาหะนำโรค

สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา กฎหมาย ความยากจน และความไม่เสมอภาคมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างสำคัญ ทิศทางการพัฒนาประเทศจึงมีผลอย่างมากต่อสุขภาพ

๓. ระบบบริการ

- การครอบคลุมและการเข้าถึง

- ความหลากหลาย (พหุลักษณะ)

ระบบบริการต้องครอบคลุมและเข้าถึงได้โดยประชาชนทั้งหมด สุขภาพดีถ้วนหน้าจึงจะเป็นไปได้ ระบบบริการจึงควรมีความหลากหลายหรือพหุลักษณะ เช่น มีทั้งแผนตะวันตก และแผนพื้นเมืองหรือแผนวัฒนธรรม

สุขภาพจึงเป็นองค์รวม ได้แยกส่วนเฉพาะโรงพยาบาล เรื่องของมดหมอหยูกยาเท่านั้น (ประเวศ วะสี, 2536 : 16-32) ดังจะเห็นได้จากแพทย์ปัจจุบันแยกมนุษย์ออกเป็นเสี่ยง ๆ ประชาชนที่มีโอกาสน้อยเข้ารับบริการได้ยาก และ แพทย์เริ่มไม่เข้าใจคนไข้มากยิ่งขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย แพทย์มุ่งเน้นรักษาที่โรค แต่ให้ความสำคัญกับตัวคน ใน ความเป็นมนุษย์น้อยลง ซึ่งเรื่องการต่อสู้กับ

ความเจ็บไข้ได้ป่วยนั้น ไม่ใช่ปล่อยให้เป็นเรื่องของหมอไปสู้กับโรคเท่านั้น แต่คนอื่น ๆ ควรมีบทบาทด้วย และใช้วิธีการที่หลากหลาย (ประเวศ วะสี, 2536) โดยใช้การแพทย์แบบองค์รวมในการรักษา การแพทย์แบบองค์รวมมีลักษณะสามอย่าง เป็นเหตุเป็นผลเชื่อมโยงกันดังนี้ คือ

1. เป็นการดูแลคนไข้แบบองค์รวม คือ มองเห็นคนไข้ในทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ มิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และจิตใจ (แตกต่างจากการมองแบบแยกส่วนที่มองเฉพาะด้านชีวการแพทย์เท่านั้น หรือมองผู้ป่วยแยกเฉพาะกาย ใจ โรค หรือ อวัยวะ) การแพทย์แบบองค์รวม มองมิติทางสุขภาพครอบคลุมมิติถึง 3 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพใจ และสุขภาพสังคม ทั้งนี้การแพทย์แบบองค์รวมถือว่าสุขภาพของประชาชนเป็นเพียงเหตุ และปัจจัยอันหนึ่งที่เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยอื่น ๆ อีกมากมายของระบบสังคมโดยรวมของชาวบ้าน

2. มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง มิใช่ดูแลเฉพาะช่วงที่เขามาหาแพทย์ แต่แพทย์รู้จักคนไข้ตั้งแต่เขาเป็นคน ๆ หนึ่งที่สบายดี อยู่ในสังคมที่รับผิดชอบและดูแลคนไข้คนนั้นอย่างชาวบ้านในพื้นที่รับผิดชอบและดูแลต่อเนื่องไปจนถึงสุขภาพของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ปัญหาด้านสุขภาพของเขาได้รับการแก้ไขอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ตั้งแต่ก่อนเกิดจวบจนวันตาย

3. มีลักษณะการดูแลแบบบูรณาการ หมายถึง การดูแลนั้นมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ระหว่างงานด้านรักษาโรคและการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ รวมไปถึงการดูแลที่มีการผสมผสานกับศาสตร์และศิลป์ด้านอื่น ๆ ด้วย

จึงจะทำให้ชาวบ้านยอมรับการบริการทั้งที่เป็นความต้องการ (Demand) และที่เป็นความจำเป็นที่แท้จริง (Need) จึงจะทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องได้ และในทางกลับกัน เพราะมีการดูแลชาวบ้านอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้แพทย์เข้าใจชาวบ้านอย่างองค์รวมได้ และเพราะมีการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง จึงจะเปิดโอกาสให้เชื่อมโยงการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่าง ๆ ของการให้บริการได้ เปิดโอกาสให้แพทย์ได้เข้าใจชาวบ้านมากยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อมนุษย์หรือชาวบ้าน ซึ่งคือแก่นหรือลักษณะเด่นของแพทย์แบบองค์รวมนั่นเอง ดังนั้น การแพทย์แบบองค์รวม จึงเป็นพื้นฐานในการพัฒนามนุษย์และชุมชนให้พึ่งตนเองในด้านสุขภาพ

จากข้างต้นจึงสรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพของบุคคลควรได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติ ของความเป็นมนุษย์ ที่อาจรวมเรียกว่า สุขภาพองค์รวม

องค์รวม (Holism) มาจากคำในภาษากรีก คือ Holos หมายถึง ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความเป็นทั้งหมด หน่วยรวม (Whole) ซึ่งเกินความลึกซึ้งกว่าการรวมกันขององค์ประกอบย่อยๆ (The Whole is greater than the sum of its parts) Smuts (Smuts, 1926; ในทัศนาบุญทอง, 2531, เจียมจิต แสงสุวรรณ และสมจิต แคนสีแก้ว, 2544อ้างในสุวรรณ บุญยะลิพรรณ 2545) จากแนวคิดตะวันตกได้นำมาเป็นแนวคิดในการทำความเข้าใจมนุษย์และการช่วยเหลือมนุษย์มากขึ้นในปัจจุบัน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับมนุษย์และปรัชญาขององค์รวมดังนี้ (ทัศนาบุญทอง, 2531อ้างใน สุวรรณบุญยะลิพรรณ, 2545 : 103)

1. มนุษย์ในฐานะองค์รวมมีความหมายมากกว่าและแตกต่างไปจากการรวมกันขององค์ประกอบต่าง ๆ ทางด้านร่างกายทั้งหมดของบุคคล (Man as a whole is more than and different from the sum of the its component parts) ทั้งนี้เพราะบุคคลยังมีจิตใจ อารมณ์ สังคม วิญญาณและสิ่งแวดล้อมของบุคคลเข้ามาเป็นองค์ประกอบสำคัญ การศึกษาเข้าใจในมนุษย์ ต้องทำการศึกษาเป็นหน่วยรวมเท่านั้น เพราะการทำความเข้าใจร่างกายของบุคคลส่วนหนึ่ง แล้วทำความเข้าใจเรื่องจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมของบุคคลอีกทีละส่วน แล้วนำมารวมกันโดยจัดว่าเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับบุคคลนั้น ๆ ก็จะทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากบุคคลเป็นหน่วยเพียงหนึ่งเดียว (Unified whole)

2. มนุษย์จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าในฐานะองค์รวม (Man is always response as an unified whole) มนุษย์ตอบสนองต่อสิ่งเร้าในฐานะองค์รวม ซึ่งเป็นผลจากการทำงานอย่างผสมผสานหรือบูรณาการของมนุษย์ที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมของบุคคล มิใช่จากการตอบสนองของด้านร่างกายหรือจิตใจเพียงด้านเดียว

สุขภาพแบบองค์รวม(Holistic health) มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

ความหมายสุขภาพองค์รวม (ประเวศ ะสี, 2544 อ้างในสุวรรณ บุญยะลิพรรณ 2545 : 106) หมายถึง สุขภาพที่ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์อันละเอียดอ่อนระหว่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ใช่มีแต่เฉพาะเรื่องกายหรือชีววิทยาเท่านั้นซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับของส.ปีณวลี/ วันชัย บ่อเงิน, 2544 อ้างในสุวรรณ บุญยะลิพรรณ, 2545 : 106) ที่หมายถึง สภาวะที่ระบบชีวิตรักษาสสมดุลของระบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆไว้ ทั้งองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และ สอดคล้องกับความหมายที่ว่า สุขภาพแบบองค์รวม เป็นภาวะสมบูรณ์ทางสุขภาพ หรือภาวะที่บุคคลมีคุณภาพอันเกิดจากการเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์หรือบูรณา

การของกาย จิต จิตวิญญาณ กับสิ่งแวดล้อมภายนอก (สังคม) เข้าเป็นหนึ่งเดียวที่จะก่อให้เกิดบุคคลมีคุณภาพชีวิต มีความผาสุก หรือมีสุขภาวะที่สมบูรณ์

ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องให้การดูแลคนทั้งคนที่ไม่ใช่ร่างกายหรือจิตใจอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น หากแต่จะต้องทำความเข้าใจถึงการเชื่อมโยงและความสัมพันธ์กันขององค์ประกอบต่าง ๆ ของผู้รับบริการ และให้ความสำคัญในทุก ๆ ด้านอย่างเท่าเทียมกัน การมองปัญหาทางสุขภาพจึงไม่ได้มองว่าผู้รับบริการมีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางจิต หากแต่มองว่าอาการและโรคที่เกิดขึ้นเป็นสัญญาณที่สำคัญ ที่บ่งบอกถึงความขัดแย้งขององค์ประกอบต่าง ๆ ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพของชีวิตหรือความผิดปกติของคุณภาพของผู้รับบริการขึ้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ และสมจิต แคนสีแก้ว, 2544 อ้างในสุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ, 2545 : 106)

หลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

หลักการพื้นฐานของสุขภาพแบบองค์รวมเน้นความเชื่อเกี่ยวกับมนุษย์และความเป็นองค์รวม ดังนี้ (กลุ่มนโยบายสาธารณสุขด้านสังคม วัฒนธรรม สำนักรนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2543 อ้างในสุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ, 2545 : 108)

สุขภาพองค์รวมให้คุณค่าของคำว่า “สุขภาพ” ว่าหมายถึง การปรับ แก้ไขและพัฒนาให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงแค่การไม่เจ็บป่วย

1. “สุขภาพของเราก็จะเป็นแบบเดียวกับที่วิถีชีวิตของเราเป็น
2. การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญที่สุด หลักการของสุขภาพองค์รวมจะเน้นการพัฒนาในระดับการมีสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อยๆ จนให้ดีขึ้นจนถึงที่สุด โดยให้ทบทวนพฤติกรรมในแต่ละวันที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
3. สุขภาพองค์รวม เน้นการให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต ให้ความสำคัญกับกระบวนการทางการศึกษาและการสร้างความรับผิดชอบให้แต่ละบุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาวะที่สมดุลและสมบูรณ์
4. เมื่อมีภาวะความเจ็บป่วยแพทย์แบบองค์รวม จะใช้หลักการแบบองค์รวมในการแลกเปลี่ยนเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพกับคนไข้ โดยการบำบัดหรือเยียวยาแบบธรรมชาติและพิจารณาปัจจัยทั่วทั้งตัวตนและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

เทคนิคการพื้นฐานในการบำบัดหรือเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวม (Fundamental techniques of holistic healing) มีดังนี้ (กลุ่มนโยบายสาธารณสุขด้านสังคมวัฒนธรรม สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2543 อ้างในสุวรรณา บุญยะลิพรรณ, 2545 : 106)

1. อาหารและโภชนาการ
2. การผ่อนคลายความเครียด
3. การบำบัดหรือเยียวยาทางจิตใจด้านใน
4. การหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ
5. การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ
6. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก
7. การแบ่งปันความรักและสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคนรอบข้างรวมทั้งตนเอง
8. การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์
9. การสร้างสัมพันธ์ภาพทางจิตวิญญาณและการบำบัดหรือการเยียวยา

หลักการในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ดูแลรักษาแบบองค์รวม คือ ผู้ดูแลรักษาไม่จำกัดบุคคล อยู่เฉพาะแพทย์พยาบาลเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย สังคม สิ่งแวดล้อม ตลอดจนบุคคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้ได้มีโอกาสเปิดใจเรียนรู้ซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์เคารพซึ่งกันและกัน สร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ ถ่ายทอดองค์ความรู้และปัญญาให้เกื้อกันและกัน อันจะทำให้ความรู้เรื่องสุขภาพได้กระจายออกไปอย่างทั่วถึง (พระมหาจรรยา สุริยาโณ, 2543 อ้างในสุวรรณา บุญยะลิพรรณ, 2545 : 106)

แนวคิดของสุขภาพองค์รวมจะเน้นที่การป้องกันความเจ็บป่วย การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและกระบวนการหาย โดยบุคคลจะต้องรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง (Illich, 1977 อ้างถึงในสมจิตหนู เจริญกุล, 2531)

สำหรับงานวิจัยนี้ แนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวม มุ่งเน้นการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นโรคเรื้อรังโดย มองปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของความสมดุลระหว่างกาย จิต จิตวิญญาณ กับสิ่งแวดล้อมภายนอก (สังคม) ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ความผาสุก หรือมีสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมพลังความสามารถการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

สรุปว่า การดูแลสุขภาพองค์รวม เรื่องการต่อสู้กับความเจ็บไข้ได้ป่วยนั้น ไม่ใช่ปล่อยให้เป็นเรื่องของหมอไปสู้กับโรคเท่านั้น แต่คนอื่น ๆ ควรมีส่วนร่วมด้วย และใช้วิธีการที่หลากหลายการที่มีกลุ่มอาสาสมัครเข้ามาช่วยให้กำลังใจ มาแนะนำเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งสอนสมาธิให้ แน่นอน ย่อมก่อให้เกิดความอบอุ่น มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น และมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งไปต่อสู้กับโรคได้ดีขึ้น (ประเวช ะสี, 2536)

จะเห็นว่าเป็นการช่วยให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ที่ไม่ป่วยและผู้ที่ไม่ป่วยและผู้ที่ไม่ป่วยและผู้ที่ไม่ป่วยในการบูรณาการเป็นองค์รวม

3. การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Self-help group)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

“Self-help group” กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง การส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจตัวเอง ช่วยตัวเอง สมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่างก็มีปัญหาอย่างเดียวกัน กลุ่มมีจุดมุ่งหมายช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน พัฒนาปรับปรุงด้านจิตใจ ช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาวิกฤตให้เกิดความสามัคคีมีศักยภาพช่วยตัวเอง สมาชิกในกลุ่มต่างให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจสนับสนุนซึ่งกันและกันเพิ่มความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม ฝึกทักษะ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแนวคิด วิธีการคิดในการแก้ปัญหา การขจัดปัญหา หาทางออกที่ดี สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้วยความสมัครใจ เต็มใจ ลักษณะผู้นำกลุ่มเป็นผู้เผชิญปัญหาเดียวกันกับสมาชิกกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น (สุริย์ จันทรโมลี, 2543)

แนวคิดหลักของการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง Self-Help Group (SHG)

เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน โดยมีเป้าหมายที่จะให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกของกลุ่ม กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดยสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองอาศัยแนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม (Steiger & Lipon, 1985 : 250)

การมีกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาจากเหตุผลและความจำเป็นหลายประการ (บุญชื่น อิมมาก, 2537: 30)

1. ความล้มเหลวของระบบบริการสุขภาพ ในการตอบสนองความต้องการ และการแก้ปัญหาบางอย่างของประชาชน การตระหนักถึงผลประโยชน์ของการช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน รวมทั้งการมีสื่อต่าง ๆ เผยแพร่เรื่องของกลุ่มช่วยเหลือตนเองมากขึ้น

2. จากการที่สังคมเปลี่ยนแปลง ครอบครัวขยายลดลง ขาดแรงสนับสนุน ทางสังคมที่เคยได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันจึง หันหน้าพึ่งพากันมากขึ้น

3. เนื่องจากลักษณะปัญหาของสมาชิก เป็นตราบาปของชีวิต จึงจำเป็นต้อง มีการแก้ไขโดยนำแรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งสมาชิกมีปัญหา อย่างเดียวกันเข้ามาช่วย

จากการแบ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นชนิดต่าง ๆ พอสรุปได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง สามารถแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ คือ

1. กลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. กลุ่มที่ส่งเสริมการปรับตัวต่อความเครียด หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิต
3. กลุ่มที่เน้นการแก้ปัญหาคความเจ็บป่วยและความพิการ
4. กลุ่มสนับสนุนประชาชนและบุคคลพิเศษต่าง ๆ ในด้านการวิจัย การศึกษา

การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (ครุณี ชูณหะวัณ, 2537 : 267-289)

เป็นแนวคิดใหม่ในเรื่องการบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุดนั่นคือ การ กระตุ้นให้บุคคล ครอบครัวหรือชุมชน ได้ใช้ศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสังคมนั้นให้ได้ สูงสุด เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หรือพึ่งพาตนเองในทุกระยะของ การเจ็บป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) เป็นบริการอย่างหนึ่งที่ยึดฐานแนวคิดนี้เป็น หลัก โดยมีเป้าหมายในเรื่องสุขภาพและการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนิน ชีวิต

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่าง เดียวกัน โดยมีเป้าหมายที่จะให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกของกลุ่ม กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดยสมาชิกและเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่มด้วยความสมัครใจ (Pasket & Madara, 1983) กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ในแต่ละกลุ่มเหล่านี้ เป็นกลุ่มอาสาสมัครที่ไม่ได้ตั้งขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรใด ๆ (Ross & Mico, 1980) แต่จะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มนั้น ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน สถานบริการสุขภาพ และกลุ่มเหล่านี้จะมีเป้าหมายกว้าง ๆ เหมือนกันคือ ช่วยให้สมาชิกมีความรู้เพิ่มขึ้น เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มสมาชิก ส่งเสริมการปรับตัว การแก้ปัญหา เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือ ช่วยให้สมาชิกนำประโยชน์จากกลุ่มมาเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง อาศัยแนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเกราะกำบังที่สำคัญในภาวะวิกฤติ ความเจ็บป่วยและการตาย โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมที่พอเพียง สามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ จากภาวะวิกฤติให้สามารถลดจำนวนการใช้ยาของผู้ป่วย ลดระยะเวลาของการเจ็บป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม (Cobb, 1976 อ้างใน Steiger & Lipson, 1985)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคมที่ให้ผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง โดยที่สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกันมารวมกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นคล้าย ๆ กัน กลุ่มชนิดนี้จะไม่มีขั้นตอนที่แน่นอน เป็นการทำงานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม ตั้งขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานที่ว่า บุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึก ร่วมให้ข้อมูล ข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Steiger & Lipson, 1985) กลุ่มจะช่วยสมาชิกในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนเคยได้รับและได้แก้ไขจนผ่านพ้นภาวะต่าง ๆ มาแล้ว มาร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้

การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help Group Organization)

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางด้านสุขภาพ อาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเองที่ต้องการรวมกลุ่ม เพื่อเป็นศูนย์กลางในการปรึกษาปัญหาระหว่างสมาชิกด้วยกัน หรือเกิดจากความต้องการของพยาบาล แพทย์ นักสุขภาพ เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน ให้สมาชิกของกลุ่มได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์อย่าง

เดียวกันมาก่อน และสามารถเอาชนะปัญหาต่าง ๆ มาได้ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือที่สมาชิกยอมรับได้ง่ายกว่าคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่

กลุ่มช่วยเหลือตนเองจัดตั้งขึ้นได้หลายรูปแบบ แต่โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ แบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ (Resnick, 1986)

กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นเป็นทางการ จะมีโครงสร้างของกลุ่มชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีกรรมการบริหารกลุ่ม มีนโยบายและวิธีการ ดำเนินงานอย่างแน่ชัด มีการตีพิมพ์ข่าวสารของสมาชิก ซึ่งจะมีข้อมูลเรื่องแนวทางการรักษาใหม่ ๆ การฟื้นฟูสุขภาพ กฎหมายเกี่ยวกับกลุ่มถ้าเป็นกลุ่มใหญ่ระดับชาติ จะมีจดหมายข่าวระดับนานาชาติ มีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม มีรูปแบบในการประชุม

กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ จะมีลักษณะและโครงสร้างไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ ทำหน้าที่เหมือนกลุ่มที่มารวมตัวกันทางสังคม หรือ กลุ่มเล็ก ๆ ที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล บางกลุ่มมีโทรศัพท์สายด่วน สำหรับปัญหาวิกฤติ (Crisis hotline) บางกลุ่มจัดโปรแกรมต่าง ๆ ขึ้น เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกและอยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเผชิญความเจ็บป่วย จัดภาวะเครียดหรือความกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีต่อความเจ็บปวด ความก้าวหน้าของโรค และผลดีที่จะตามมา

ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีลักษณะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งคิลเลีย (Killiea, 1976 อ้างใน Robinson, 1985 : 109) สไตเกอร์ และลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985 : 260) ได้กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้พอสรุปได้ดังนี้

1. สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีประสบการณ์คล้าย ๆ กัน ฉะนั้นผู้ให้การช่วยเหลือและผู้ได้รับการช่วยเหลือจะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน
2. สมาชิกให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในระหว่างกลุ่มสมาชิก กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดยสมาชิก และดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอ
3. สมาชิกจะเข้าร่วมกลุ่มโดยสมัครใจ
4. สมาชิกจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันตามที่แต่ละคนได้รับประสบมา

5. กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกลดการแยกตัวจากสังคม ปรับเปลี่ยนการรับรู้ต่อตนเอง จากที่เห็นว่าตนเองแตกต่างจากผู้อื่น มาเป็นการยอมรับว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ก็มีปัญหาย่างเดียวกัน

6. กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีกำลังใจและเกิดความศรัทธา จากการที่ได้เห็นปัญหา และผลสำเร็จในการแก้ปัญหของสมาชิกคนอื่น ๆ ทำให้มีกำลังใจและเจตคติดีขึ้น

7. กลุ่มช่วยให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งทำให้สมาชิกเข้าใจปัญหาของตนในระดับจิตใจอย่างแท้จริง

8. กลุ่มมีแนวปรัชญาว่า สมาชิกจะเกิดการเรียนรู้โดยการกระทำ และพฤติกรรมต่าง ๆ จะปรับเปลี่ยนไปได้ด้วยการกระทำ

ชนิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Typology of Self-Help Group)

การ์ทเนอร์และไรสส์แมน (Gartner & Reissman, 1976 อ้างใน Ross & Mico, 1980) ได้แบ่งกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันออกเป็น 4 กลุ่ม และกำหนดเป้าหมายของแต่ละกลุ่มแตกต่างกันไปบ้าง คือ

ชนิดที่ 1 กลุ่มที่เน้นการฟื้นฟูสุขภาพ โดยช่วยให้สมาชิกของกลุ่มสามารถปรับตัวต่อสภาพหลังการรักษาได้

ชนิดที่ 2 กลุ่มที่เน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กลุ่มผู้ติดบุหรี่

ชนิดที่ 3 กลุ่มเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เช่น กลุ่มผู้ป่วยถุงลมโป่งพอง กลุ่มผู้ป่วยข้ออักเสบ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 4 กลุ่มที่เน้นในการป้องกันและเฝ้าระวังโรค เช่น กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มโยคะ และกลุ่มฝึกสมาธิ เป็นต้น

เป้าหมายของกลุ่มโดยส่วนรวมจะครอบคลุมกิจกรรมที่จะช่วยให้สมาชิกพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในที่สุด

ลักษณะของสมาชิกและผู้นำกลุ่ม

สมาชิกของกลุ่มเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ สำหรับผู้นำกลุ่มอาจมาจากสมาชิกของกลุ่มที่มีความรู้ทางสุขภาพหรือสมาชิกคนหนึ่งคนใด ผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิกหรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่ ในการประชุมแต่ละครั้ง หากได้มาจากการเลือกควรมีการ

กำหนดวาระของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอาจต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่ม หรือเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม โดยทั่วไปการเปลี่ยนผู้นำตามวาระจะได้รับการยอมรับจากสมาชิกมากกว่ามีผู้นำคนเดียวตลอดไป

แนวคิดเกี่ยวกับกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหลาย ๆ ประการ ซึ่งนักวิชาการหลาย ๆ ท่านได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยสรุปได้ดังนี้

1. สมาชิกของกลุ่มต่างก็มาจากบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือน “ลงเรือลำเดียวกัน” จึงแน่ใจว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ เข้าใจปัญหาอย่างแท้จริงมิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ
2. ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่นจะมีผลถึงตนเองเสมอ เพราะทำให้ผู้ที่แนะนำคนอื่น กระทำกิจกรรมนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ จนเกิดความชำนาญ
3. คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกจะเป็นคำแนะนำในระดับที่ปฏิบัติได้โดยง่าย ซึ่งจะหาไม่ได้จากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัวหรือเพื่อน ยกเว้นเสียแต่ว่าบุคคลดังกล่าวประสบปัญหาอย่างเดียวกันมาก่อน
4. มิตรภาพที่เกิดจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกันบนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหที่เกิดขึ้น
5. การได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหา และได้แก้ไขปัญหาดังกล่าว เป็นผลดี จะยอมรับว่า บุคคลนั้นเป็นแบบอย่าง (Role model) ของผู้ที่รู้จริง ซึ่งสมควรปฏิบัติตามและแน่ใจว่าตนเองสามารถผ่านพ้นปัญหา และภาวะวิกฤติเหล่านั้นไปได้เช่นกัน
6. การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกัน ทำให้ระบายความรู้สึกทุกข์ คับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวังและปัญหาอื่น ๆ ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงใจ และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจอย่างเต็มที่

7. การที่สมาชิกได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งในการให้ข้อมูล ความรู้ กำลังใจ หรือสิ่งของอื่นๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม อึดทน ทนทานดีขึ้น ยอมรับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

8. สมาชิกที่เคยมีความรู้สึกเลวร้ายหรือมีตราบาป ที่เกิดปัญหาในชีวิต การได้พบปะกับบุคคลที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือสิ้นหวัง ทำให้ลดการแยกตัวจากสังคม

บทบาทของพยาบาลในการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

พยาบาลมีส่วนช่วยเหลือในการจัดตั้งและการดำเนินงานของกลุ่ม ได้หลายประการ

1. เป็นผู้ติดต่อประสานงานให้กลุ่ม โดยจัดหาสมาชิกใหม่และเป็นตัวกลางในการติดต่อกับสมาชิกในระยะแรก ๆ เพื่อให้กลุ่มมีความมั่นคงมากขึ้น
2. เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและการจัดกลุ่ม (Newton, 1985 ; Christianson, 1986) ให้ความรู้เรื่องโรคและการปรับตัวเป็นครั้งคราว
3. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก เมื่อมีสมาชิกเพิ่มขึ้นประมาณ 5 คน ขึ้นไป ควรให้สมาชิกได้เลือกผู้นำจากกลุ่มสมาชิกด้วยกัน
4. ทำหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม และส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับปัญหา ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญมาก
5. เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม
6. เป็นสมาชิกของกลุ่ม ถ้าพยาบาลเคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกันมาก่อน เช่นเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม สมาชิกที่เป็นพยาบาลจะเป็นสมาชิกที่ให้ประโยชน์แก่กลุ่มได้มาก
7. ติดตามประเมินผลการปรับตัว และความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

นอกจากนี้ เฮเลน และ พอล (Helen S.R. และ Paul R. Mico, 1980 : 82) ได้กล่าวถึงบทบาทของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังนี้

1. เป็นสมาชิกและมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
2. ช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มในการจัดตั้งกลุ่มและเป็นผู้สังเกตการณ์ เมื่อสมาชิกสามารถดำเนินงานได้เอง
3. เป็นที่ปรึกษาให้กับกลุ่ม ในกรณีที่กลุ่มต้องการแนวทางในการแก้ปัญหาที่สำคัญ
4. ช่วยกลุ่มในการติดต่อประสานงานกับสมาชิกกลุ่ม
5. เป็นผู้ฝึกสมาชิกกลุ่ม ให้เข้าใจถึงบทบาท หน้าที่ของสมาชิก รวมทั้งเพิ่มพูนทักษะในการแก้ปัญหาให้กับสมาชิก

ปัญหาในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ในทางปฏิบัติมักพบปัญหาเกิดขึ้นกับการดำเนินงานของกลุ่ม ทำให้กลุ่มไม่บรรลุเป้าหมายตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ ปัญหาต่าง ๆ ที่พบ พอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้นำขาดทักษะในการรวมกลุ่ม การจัดกระบวนการกลุ่ม แม้ว่าผู้นำกลุ่มจะมีความรู้เรื่องโรค การแก้ปัญหา และเคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ มาแล้ว แต่อาจไม่สามารถจัดรวมกลุ่มได้ จึงต้องมีการเลือกผู้นำกลุ่มอย่างรอบคอบ หรือต้องได้รับความสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในวิชาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักสุขศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ โดยเจ้าหน้าที่ดังกล่าวเข้ามาช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดหาห้องประชุม จัดสถานที่พบปะของสมาชิก ช่วยให้สมาชิกเข้าใจเป้าหมายของการประชุม ช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปได้ โดยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนในการอภิปราย ควบคุมบุคคลที่คอยควบคุมให้บุคคลอื่นยอมตามในทุก ๆ เรื่อง หรือควบคุมบุคคลที่ผูกขาดการพูด เมื่อผู้นำกลุ่มมีทักษะในการดำเนินการกลุ่ม เจ้าหน้าที่ควรเข้าไปช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น

2. สมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่เจ็บปวด ผู้ที่เดินไม่ได้ ผู้ที่ติดต่อสื่อสารทางภาษาพูดไม่ได้ จะมีอุปสรรคในการเข้าร่วมกลุ่ม เช่น เข้าร่วมกลุ่มไม่ได้เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทาง เข้าร่วมกลุ่มไม่ได้เนื่องจากอ่อนเพลีย เจ็บป่วย เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ผู้นำกลุ่มต้องติดตามปัญหาของสมาชิก และหาทางแก้ไข โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหรือกลุ่มที่ปรึกษา

3. ปัญหาเกี่ยวกับสถานที่ในการจัดประชุมกลุ่ม จัดพบปะกลุ่มย่อย เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีปัญหาที่ต้องการแก้ไข ฉะนั้นสถานที่พบปะหรือจัดประชุมต้องเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยด้วย เช่น ห้องกว้างพอเหมาะ เงียบและเป็นสัดส่วน สถานที่ควรอยู่ในที่ขึ้นลงได้ง่าย ถ้าหากสถานที่ประชุมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ควรมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกในการจัดประชุมแต่ละครั้ง

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มเข้ามาด้วยความสมัครใจ และมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงไม่มีการเก็บเงินค่าสมาชิก ทำให้ขาดเงินในการดำเนินการกลุ่ม เช่น ค่าใช้จ่ายในการส่งข่าวแก่สมาชิก ทั้งทางจดหมาย ทางโทรศัพท์ ค่าเครื่องคืมของสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม จึงอาจจำเป็นต้องรับบริจาคจากสมาชิกบางรายหรือจากหน่วยงาน โดยสมาชิกดำเนินการจัดหาเอง หรือขณะที่ปรึกษากลุ่มจัดหาจากแหล่งอื่น ๆ ในการจัดประชุมกลุ่มควรหลีกเลี่ยงการเก็บเงินจากสมาชิก เพราะจะเป็นเหตุให้สมาชิกที่มีรายได้ต่ำไม่มาร่วมประชุมได้

5. ปัญหาในการเดินทางมาเข้าร่วมประชุม เนื่องจากสมาชิกบางรายอาจอยู่ไกลมาก จึงไม่สามารถมาเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้ง ผู้นำกลุ่มต้องส่งข่าวสารให้สมาชิกผู้นั้นอย่างสม่ำเสมอ หรือจัดประชุมในวันที่สมาชิกส่วนใหญ่มาพบแพทย์อยู่แล้ว หรือประสานกับแพทย์พยาบาล ให้นัดผู้ป่วยในวันเดียวกันหรือใกล้กัน

ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้สมาชิกสามารถปรับตัวได้และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เกิดความพิการ ผู้ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรค ผู้ที่ต้องปรับเปลี่ยนแผนชีวิต กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะให้ประโยชน์ทั้งด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ในปัจจุบันนี้นอกจากกลุ่มจะมีจำนวนมากขึ้นแล้ว ขอบเขตของกิจกรรมของกลุ่มยังขยายออกไปอย่างกว้างขวางอีกด้วย ซึ่งมีข้อมูลและผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะให้ประโยชน์แก่สมาชิกของกลุ่มและเจ้าหน้าที่ด้วย ประโยชน์ที่ได้รับของแต่ละกลุ่มอาจเน้นเรื่องต่าง ๆ แตกต่างกันไป แต่โดยสรุปแล้วคือ (บุญชื่น อิ่มมาก, 2537 : 39)

1. สมาชิกได้รับการยอมรับการเป็นบุคคล ได้รับการส่งเสริมให้รู้สึกมีคุณค่า ทำให้มีความเชื่อมั่นมากขึ้น มีอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ในทางบวกมากขึ้น
2. สมาชิกเกิดความรู้สึกว่า ตนเองสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติจากโรคและการรักษาได้เช่นกัน จากการได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น มีการปรับตัวที่ดีขึ้น
3. การได้เข้ากลุ่มที่กำลังเผชิญปัญหาเดียวกัน ทำให้สมาชิกได้รับความเข้าใจ เห็นใจจากสมาชิกด้วยกัน มีความผูกพันเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเล็ก ๆ
4. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซักถามข้อสงสัยในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ช่วยให้สมาชิกได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค
5. สมาชิกมีโอกาสระบายความวิตกกังวล และความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา

โทรเจน (Trojan , 1989:225-232) กล่าวถึงประโยชน์ในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองของสมาชิก 23 คน จากกลุ่มโรคต่าง ๆ 65 กลุ่ม โดยการสัมภาษณ์และเข้าไปร่วมกิจกรรมเพื่อสังเกตกลุ่ม ผลปรากฏว่ามากกว่า ร้อยละ 90 ของสมาชิกบรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มดังต่อไปนี้

1. ในแง่ของความเครียดที่เกิดจากโรค กลุ่มช่วยให้ความเครียดลดลง มีความสามารถเพิ่มขึ้นและเพิ่มแรงกระตุ้นทางสังคม
2. ในด้าน สัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อนกลุ่มช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือช่วยบุคคล และทำให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากขึ้น
3. ในด้านพฤติกรรมของบุคคลกับสถานบริการสุขภาพ กลุ่มช่วยให้เกิดผลดีในการเพิ่มความสามารถในการใช้ระบบบริการสุขภาพ และขยายกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้น จึงมั่นใจได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย มีปัญหาทางกาย ทางจิตใจและสังคม เศรษฐกิจ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวข้องกับสุขภาพองค์รวม

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมในประเด็นต่าง ๆ มากมาย อย่างงานวิจัยของสุกัญญา เตชะไซทวิวัฒน์ (2544 : 115) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มารับบริการที่สถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ 6 และ โรงพยาบาลบางปะกอก จำนวน 200 ราย ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยอายุ การศึกษา ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริไท พฤษะศรี (2546) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด สนใจประเด็น ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ด้านกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ แต่ไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านจิตวิญญาณ และสภาพเศรษฐกิจในครอบครัว แหล่งช่วยเหลือคำปรึกษาพยาบาลและครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ อาการข้างเคียงที่รุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวมเช่นกันและ

การศึกษาของสุกัญญา เตชะไซทวิวัฒน์ (2544 : 115) ทำให้ทราบว่า ปัจจัยพื้นฐานความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองแบบองค์รวม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและวิถีชีวิตที่มีการดูแลตนเองแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ นอกจากนี้การศึกษากลุ่มผู้ไร้กล่องเสียง จำนวน 60 คนที่มาติดตามการรักษา ณ ห้องตรวจหู คอ จมูก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช, รามาธิบดี, จุฬาลงกรณ์, พระมงกุฎราชวิทยาลัย, และผู้ไร้กล่องเสียงที่มาร่วมกิจกรรมการฝึกพูดโดยใช้เสียงจากหลอดอาหารที่สมาคมผู้ไร้กล่องเสียงในประเทศไทย ของบังอร เหลี่ยมเจริญ (2545) โดยศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการปรับผ่านสู่ภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียง พบว่าภาวะสุขภาพโดยองค์รวม มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการรับรู้ความสามารถของร่างกาย การให้ความหมายและความหวังหลังผ่าตัดและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของร่างกาย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียงได้

ซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุนของวราภรณ์ บุญเชียง (2547) วิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จังหวัดเชียงใหม่ โดย วิจัยนี้นำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่เป็นแกนนำ 23 คนและสมาชิก 63 คน การพัฒนาโปรแกรม มี 4 ระยะ คือ 1) สร้างโปรแกรมการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม 2) การนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ใช้กับกลุ่มแกนนำ 3) การเผยแพร่แนวคิดการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม จากแกนนำสู่สมาชิก และ 4) การประเมินโปรแกรมการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ใช้ ระยะเวลาดำเนินการรวม 13 เดือน ผลการวิจัยพบว่า แกนนำมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรับรู้ ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการเป็นผู้เผยแพร่แนวคิดการดูแลสุขภาพ อย่างเป็นองค์รวม และมีการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม สูงขึ้น ส่วนสมาชิก พบว่า มีการรับรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ความพึงพอใจในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และมีการดูแลสุขภาพ อย่างเป็นองค์รวม สูงขึ้น สำหรับงานวิจัยด้านเอดส์ ยังมีผู้สนใจศึกษา ประสิทธิภาพรูปแบบ การพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี (สมจิต ปทุมมานนท์, 2541) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษาทั้งหมด 110 คน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลังการทดลอง สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการ ดูแลตนเองและคุณภาพกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม มีความรู้ การปฏิบัติตัวและ คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มทดลองมีประสิทธิผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน ด้านที่มี ประสิทธิภาพสูงกว่ามากที่สุดคือ ด้านคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม ข้างต้นการนำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมา ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ สุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างรอบด้านในทุก มิติ ทั้งทางกาย ใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ อันจะนำมาซึ่งภาวะสุขภาพโดยองค์รวม สิ่งนี้ จะสามารถเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นสำคัญ ในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง โดยปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองอย่างเป็นองค์รวม ต้องมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อเพิ่มพูนความรู้ เจตคติ เกิด การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเป็นองค์รวม เมื่อเกิดการรับรู้ในความสามารถของตน มีความคาดหวังในผลลัพธ์ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเป็นองค์ รวม อันจะนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้สนใจและศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองในประเด็นต่างๆมากมาย ดังเช่น

ร้อยเอกหญิง กมลวรรณ หวังสุข (2541 : 86) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยจัดโปรแกรมสุขภาพแบบกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผลจากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์และการส่งเสริมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการความเครียด และการใช้ระบบบริการสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539: 54) ที่ว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่มักไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองหลังติดเชื้อและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี และ

การศึกษาของเกสรี เลิศประไพ (2539 : ก) เป็นสิ่งยืนยันได้อีกทางหนึ่งว่า ภายหลังจากการเข้ากิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความบกพร่องในการดูแลตนเองลดลงกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง และลดลงมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนตามปกติ นอกจากนี้ การศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะ 2 และ 3 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดที่มุ่งเน้นแก้ปัญหามากกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540 : 68-70) ซึ่งคล้ายกับเจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล (2541 : 104) พบว่า การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการลดความเครียดให้กับนักศึกษาพยาบาลได้ เพราะการพบนักศึกษาคนอื่นๆ ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกว่ามีไม่เพียงแต่ตนคนเดียวเท่านั้นที่มีปัญหา มีผลให้เกิดกำลังใจ เกิดการยอมรับความจริง กล้าเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น (Robinson, 1985 : 110-111)

อังคณา สรียาภรณ์ (2541 : 32-33) ศึกษาการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อศึกษาการปรับตัวด้านจิตสังคม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ (Roy Adaptation Model) เป็นกรอบแนวคิดพบว่า การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีผลต่อการ

ปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองพบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ยิ่งสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ซึ่งเป็นโรคที่สังคมรอบข้างยังไม่ยอมรับและให้การรังเกียจ ดังนั้นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้ การสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง : ซึ่งก็พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะให้ผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง (Gilbey, 1987 : 23-24)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบบริการรณรงค์ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล
- 2) ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดย

สำหรับโรงพยาบาล

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่เข้าร่วมโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์

- 2) คัดเลือกโรงพยาบาลที่มี ขนาด 30 เตียง, 60 เตียง, 90 เตียง และ 120 เตียง ที่ให้บริการแบบองค์รวม ทั้งที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ
- 3) แบ่งระหว่างโรงพยาบาลที่ให้บริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ กับที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จับคู่โรงพยาบาลในแต่ละขนาดเตียงจำนวนเท่ากันๆกัน โดยให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส อย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งจำนวนใกล้เคียงกัน
- 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย ดังนี้

- 1) ไม่เคยเข้าร่วมโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส
- 2) ขอดอนตัว/ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ/ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามทั้งหมด

เมื่อตรวจสอบประชากรตามเกณฑ์ข้างต้นจะได้โรงพยาบาลเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทั้งสิ้น 10 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ 5 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ 5 แห่ง และแต่ละแห่งจะทำการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล
- 2) ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

สำหรับผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์โดยตรงในโรงพยาบาลที่ศึกษาทุกแห่ง
แต่ละ 1 คน
- 2) มีประสบการณ์ทำงานเอดส์อย่างน้อย 1 ปี
- 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

สำหรับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้

- 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป และทราบผลการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในเลือด
- 2) สามารถอ่านออก เขียนได้
- 3) ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัส ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 4) สมารถยินดียใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากโครงการ ดังนี้

- 1) กำลังตั้งครรภ์ หรือ หญิงหลังคลอด
- 2) เป็นผู้พิการไม่สามารถสื่อสารเข้าใจ
- 3) ป่วยหนักเข้าสู่ภาวะผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือเสียชีวิต
- 4) ขอดอนตัว / ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ/ไม่สมารถใจตอบแบบสอบถาม
ทั้งหมด

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการ
แผนกผู้ป่วยนอก จากสูตรของ ยามาเน (Yamane, 1973 : 725) ได้ขนาดไม่ควรต่ำกว่า 220 คน
สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจงในผู้ที่สมารถใจเข้าร่วมวิจัย ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่าง 289
คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนโดยพิจารณาตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังตาราง

ขนาด โรงพยาบาล	โรงพยาบาลที่ให้บริการรณรงค์ ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ			โรงพยาบาลที่ให้บริการรณรงค์ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ		
	จำนวน โรงพยาบาล	ทีม สหวิชาชีพ	ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์	ชื่อ โรงพยาบาล จำนวน สหวิชาชีพ	จำนวน แกนนำผู้ติด เชื้อ	ผู้ติดเชื้อ * ผู้ป่วยเอดส์
120 เตียง	1 แห่ง	6	79	1 แห่ง	4	125
90 เตียง	1 แห่ง	7	54	1 แห่ง	4	48
30 เตียง	3 แห่ง	11	18	3 แห่ง	6	54
		5	14		6	26
		8	18		5	40
รวม	5 แห่ง	37	184	5 แห่ง	25	293

หมายเหตุ * จำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมแกนนำผู้ติดเชื้อ

โดยมีเงื่อนไขว่ากลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่มสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยลงนามในเอกสาร
ยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (Inform Consent Form)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการจัดบริการรณรงค์ของโรงพยาบาล โดย
สัมภาษณ์จาก ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับผิดชอบงาน ประกอบด้วย ข้อคำถาม
เกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา อายุการทำงาน ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ทำงาน/
อบรม ด้านเอดส์ รวมทั้งสิ้น 6 ข้อ คำถามเป็นคำถามปลายเปิดและให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับลักษณะของโรงพยาบาล ลักษณะ พื้นที่ ความรับผิดชอบ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การเข้าร่วมโครงการการจัดตั้งศูนย์องค์กร ลักษณะจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 รูปแบบบริการองค์รวมโครงการขาด้านไวรัสเอดส์ ประกอบด้วยข้อคำถามนโยบายโรงพยาบาล โครงสร้าง บุคลากรผู้ให้บริการ การบริหารจัดการ แหล่งสนับสนุน ลักษณะการให้บริการ ดำเนินงาน รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและให้เลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม เกี่ยวกับการได้รับบริการองค์รวมของผู้รับบริการที่ได้รับขาด้านไวรัสเอดส์ในระบบบริการองค์รวมของโรงพยาบาลชุมชน โดยสอบถามจาก แกนนำผู้ติดเชื้อและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี /ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี /ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย ข้อคำถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา อาชีพ สังคม/เศรษฐกิจ รวมทั้งสิ้น 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงการรักษาพยาบาล การรับรู้สถานะการเจ็บป่วย การได้รับการบริการดูแลรักษา และการช่วยเหลือ รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะถามเป็นทั้งคำถามปลายเปิดและให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับขาด้านไวรัส ในด้านต่างๆ ได้แก่ ร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำถามจะให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 17 ข้อ ให้เลือกตอบ โดยคำถามมีทั้งข้อคำถามด้านบวก และข้อคำถามด้านลบ และคำถามความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม 5 ข้อ

โดยคำถามจะให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่พอใจเลย พอใจน้อย พอใจปานกลาง พอใจมาก พอใจมากที่สุด จำนวน 5 ข้อ ให้เลือกตอบ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการตามการรับรู้ ในด้านต่างๆ ได้แก่ ระบบการให้บริการกระบวนการให้บริการ และผู้ให้บริการ โดยคำถามจะให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 43 ข้อ ให้เลือกตอบ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำมาดัดแปลงจาก แบบประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ของ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล คณะแพทยโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ข้อคำถามปลายเปิดและให้เลือกตอบการรับประทานยาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา วัดความถี่ของการรับประทานยา ในด้าน ความตรงเวลา ความต่อเนื่อง และความคลาดเคลื่อนในแผนการรักษาของแพทย์ โดยคำถามมีทั้งข้อคำถามด้านบวก และข้อคำถามด้านลบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย น้อยครั้ง บางครั้ง บ่อย และคำถามอีก 1 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด ให้เสนอแนะปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยาและการให้บริการ

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ ผู้ป่วยเอดส์ เฉพาะราย (ผู้วิจัยบันทึก) ประกอบด้วย ผลการชั่งน้ำหนัก ผลการตรวจ CD4 เจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส จำนวน 2 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานหัวหน้าฝ่ายงานควบคุมโรคเอดส์ และกามโรค ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ในการจัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในกลุ่มโรงพยาบาลเป้าหมาย 10 แห่ง
2. จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์หรือแกนนำผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับรายละเอียดของการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัย ด้วยความสมัครใจ และทำความเข้าใจในการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการชี้แจง พัททษัสิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามกลุ่มเป้าหมาย อันได้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และแจ้งกำหนดช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

4. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเอดส์ และเก็บข้อมูลประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยหรือ จากโปรแกรมโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนแบบสอบถามผู้วิจัยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเอดส์ แกนนำผู้ติดเชื้อ แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ให้บริการทีมสหวิชาชีพ แกนนำผู้ติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการได้

5. สำหรับการเก็บรวบรวมชุดแบบสอบถามคืน จากกลุ่มเป้าหมายเมื่อผู้ตอบทำการตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะดำเนินการขอรับชุดแบบสอบถามภายหลังประมาณ 1 เดือน

6. ผู้วิจัยรวบรวมชุดแบบสอบถามทั้งหมด และดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จนครบตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

7. นำชุดแบบสอบถามทั้งหมด ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การทดสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และนำแบบสอบถามไปใช้ทดสอบ กับโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นในจังหวัดนครราชสีมา ที่ไม่เป็นโรงพยาบาลเป้าหมาย แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หา ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) นำเครื่องมือที่ทดสอบมาปรับแก้ให้เหมาะสมก่อนไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป เมื่อการดำเนินการ

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาประสิทธิผลบริการองค์รวมของโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MU 2007-016 ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ที่

คาดว่าจะได้รับการศึกษาและข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล และไม่เกิดผลเสียต่อกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายสามารถยกเลิก การให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ หรือการตอบแบบสอบถามได้หากต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาล ลักษณะรูปแบบการบริการแบบองค์รวม ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 1.2 สภาวะสุขภาพ การรับรู้คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

- 2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะรูปแบบบริการองค์ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโดยการแจกแจงความถี่ สถิติร้อยละ
- 2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสภาวะสุขภาพ การรับรู้คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ของกลุ่มที่ได้รับการบริการองค์รวมที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และค่าสัดส่วน Z-test ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมของโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งสิ้น 10 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ดำเนินการให้บริการแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ และ โรงพยาบาลชุมชนที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขนครราชสีมา กลุ่มละ 5 แห่ง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 10 คน และการตอบแบบสอบถามของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล แบบสอบถามสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ รวมทั้งสิ้น 282 คน ซึ่งนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 ระบบบริการองค์รวมโครงการยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้รับผิดชอบงานเอดส์

ข้อมูลจากการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลทั้ง 2 รูปแบบบริการ

เมื่อแยกวิเคราะห์ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย มากกว่า เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 แต่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80

ภาพรวมผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.5 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุดคือ 24 ปี และมากที่สุด คือ 51 ปี โดยรวมมีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 60

เมื่อแยกวิเคราะห์ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 80 ในขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ แกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 มีอายุมากกว่า 40 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล จำแนกตามคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลร้อยละ (n = 10)

คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูล	โรงพยาบาลดำเนินการโดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)		(n = 10)	
เพศ						
ชาย	3	60.0	1	20.0	4	40.0
หญิง	2	40.0	4	80.0	6	60.0
อายุ (ปี)						
< 40 ปี	4	80.0	2	40.0	6	60.0
40 ขึ้นไป	1	20.0	3	60.0	4	40.0
$\bar{x}$ 36.5, Min 24, Max 51, SD 9.536						

1.2 ประสบการณ์ทำงานด้านเอดส์ ของผู้รับผิดชอบงานเอดส์

ประสบการณ์

ภาพรวมผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดำเนินงานเอดส์ อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 80 โดยมีอายุการทำงานต่ำสุด คือ 2 ปี และมากที่สุด คือ 15 ปี

เมื่อแยกวิเคราะห์ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ทำงานด้านเอดส์ อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดย

ทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ แก่นนำผู้ติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 ก็มีประสบการณ์ทำงานด้านเอดส์อยู่ระหว่าง 1-5 ปี เช่นกัน และมีบางแห่งผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 40

ตำแหน่ง

ตำแหน่งของผู้ให้ข้อมูล โดยรวมส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 เป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมาคือ นักวิชาการและ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อย 30 และ ร้อยละ 10 ตามลำดับ

เมื่อแยกวิเคราะห์ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 40 เท่ากัน รองลงมา คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 20 ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแก่นนำผู้ติดเชื้อ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 20

บทบาทภายนอกหน่วยงาน

สำหรับบทบาทภายนอกหน่วยงาน เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มพบว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแก่นนำผู้ติดเชื้อมีบทบาทภายนอกหน่วยงานเป็นร้อยละ 60 ซึ่งมากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ที่มีบทบาทภายนอกหน่วยงานเพียงร้อยละ 40 โดยมีบทบาทนอกหน่วยงาน เป็นคณะทำงานแก้ปัญหาเอดส์ระดับอำเภอ

การผ่านการอบรมโครงการยาต้านไวรัสเอดส์

การเข้ารับการอบรมโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่จะเคยผ่านการอบรม คิดเป็นร้อยละ 80 โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแก่นนำผู้ติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 100 เคยผ่านการอบรมโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งมากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูล เคยผ่านการอบรมโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ร้อยละ 60 และไม่เคยผ่านการอบรม ร้อยละ 40 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้รับผิดชอบงานเอดส์ จำแนกตามประสบการณ์
ทำงานด้านเอดส์ และการอบรมโครงการ ยาต้านไวรัสเอดส์ (n = 10)

คุณลักษณะของ ผู้ตอบ แบบสอบถาม	โรงพยาบาลดำเนินการ		โรงพยาบาลดำเนินการโดย สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)		(n = 10)	
ประสบการณ์การทำงานเอดส์						
1 - 5 ปี	5	100.0	3	60.0	8	80.0
> 5 ปี	0	0.0	2	40.0	2	20.0
$\bar{x}$ 5.80, Min 2, Max 15, SD 4.756						
ตำแหน่งหน้าที่						
พยาบาล	2	40.0	4	80.0	6	60.0
นักวิชาการ	2	40.0	1	20.0	3	30.0
เจ้าพนักงาน	1	20.0	0	0.0	1	10.0
สาธารณสุขชุมชน						
บทบาทภายนอกหน่วยงาน						
ไม่มีบทบาท	3	60.0	2	40.0	5	50.0
คณะทำงานเอดส์ระดับอำเภอ	2	40.0	3	60.0	5	50.0
การอบรมโครงการยาต้าน						
ไม่เคยอบรม	2	40.0	0	0.0	2	20.0
เคยอบรม	3	60.0	5	100.0	8	80.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

2.1 ประเภทของสถานบริการสุขภาพ

พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ที่เหลือเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง และ 120 เตียง คิดเป็นร้อยละ 20 และร้อยละ 20 ตามลำดับ

2.2 บริบทสถานบริการสุขภาพ ลักษณะความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

จากการศึกษาบริบทของโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพในการรักษา ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ในภาพรวมจำนวนผู้ป่วยนอกที่ต้องดูแลของโรงพยาบาลส่วนมาก คือ ตั้งแต่ช่วง 101 รายขึ้นไป โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ ส่วนมากมีผู้ป่วยนอกต้องดูแลมากกว่า 200 รายขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80 ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ส่วนมากมีผู้ป่วยนอกต้องดูแลน้อยกว่า 200 ราย คิดเป็นร้อยละ 60

สำหรับอัตราการครองเตียง พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพและแกนนำ มีอัตราการครองเตียงสูงกว่า ร้อยละ 80 มีจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 80 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามบริบทของสถานบริการ
ภาระความรับผิดชอบ (n = 10)

ประเภทบริบท สถานบริการสุขภาพ	โรงพยาบาลดำเนินการ		โรงพยาบาลดำเนินการโดย		รวม	
	โดยสหวิชาชีพ		สหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)		(n = 10)	
โรงพยาบาลชุมชน						
ขนาด 30 เตียง	3	60.0	3	60.0	6	60.0
ขนาด 90 เตียง	1	20.0	1	20.0	2	20.0
ขนาด 120 เตียง	1	20.0	1	20.0	2	20.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามบริบทของสถานบริการ
ภาระความรับผิดชอบ (n = 10) (ต่อ)

ประเภทบริบท สถานบริการสุขภาพ	โรงพยาบาลดำเนินการ		โรงพยาบาลดำเนินการโดย สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ		รวม	
	โดยสหวิชาชีพ		สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ			
	จำนวน (n = 5)	ร้อยละ	จำนวน (n = 5)	ร้อยละ	จำนวน (n = 10)	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยนอกมารับบริการ (คน)						
น้อยกว่า 100	1	20.0	0	0.0	1	10.0
101-200	2	40.0	1	20.0	3	30.0
201-300	1	20.0	2	40.0	3	30.0
มากกว่า 300 ขึ้นไป	1	20.0	2	40.0	3	30.0
อัตราการครองเตียง (%)						
< 50	1	20.0	0	0.0	1	10.0
51- 80	2	40.0	1	20.0	3	30.0
> 80	2	40.0	4	80.0	6	60.0

2.3 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการพัฒนาคุณภาพครบทุกแห่งจำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 โดย แบ่งตามประเภทการรับรองคุณภาพได้ดังนี้

การพัฒนาคุณภาพด้วยระบบ ISO

โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ผ่านการพัฒนาคุณภาพ ISO คิดเป็น ร้อยละ 20 คือมีเพียง 1 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผ่านการพัฒนาคุณภาพ ISO ร้อยละ 80 คือจำนวน 4 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง 3 แห่งและ 120 เตียง 1 แห่ง

การพัฒนาคุณภาพด้วยระบบ HA

โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ผ่านการพัฒนาคุณภาพ HA ร้อยละ 40 โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 และ 90 เตียง อย่างละ 1 แห่ง และอยู่ระหว่างดำเนินการอีก 3 แห่ง เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง 2 แห่งและ 120 เตียง 1 แห่ง ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 80 ผ่านการพัฒนาคุณภาพ HA โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 2 แห่ง, 90 เตียง และ 120 เตียง อย่างละ 1 แห่ง และอยู่ระหว่างดำเนินการ 1 แห่ง เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง

การพัฒนาคุณภาพด้าน HPH

โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ผ่านการพัฒนาคุณภาพ HPH ร้อยละ 60 โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด 30, 90, 120 เตียง อย่างละ 1 แห่ง ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผ่านการพัฒนาคุณภาพ HPH ร้อยละ 40 โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 และ 90 เตียงอย่างละ 1 แห่ง

2.4 ประสิทธิภาพการดำเนินการโครงการยาต้านไวรัส

โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพมีระยะเวลาการดำเนินการโครงการยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 อยู่ที่ 4 ปี รองลงมาคือ 5 ปี ร้อยละ 20 ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีระยะเวลาการดำเนินการโครงการยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่ อยู่ที่ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ 4 ปี และ 7 ปี ร้อยละ 20 เท่ากัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามผลการพัฒนาคุณภาพ (n = 10)

การรับรองพัฒนาคุณภาพ	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
ผลการพัฒนารับรองคุณภาพ				
ISO				
● ผ่านการรับรองคุณภาพ				
รพ. 30 เดียง	0	0.0	3	60.0
รพ. 90 เดียง	0	0.0	0	0.0
รพ. 120 เดียง	1	20.0	1	20.0
HA				
● อยู่ระหว่างดำเนินการ				
รพ. 30 เดียง	2	40.0	1	20.0
รพ. 90 เดียง	0	0.0	0	0.0
รพ. 120 เดียง	1	20.0	0	0.0
● ผ่านการรับรองคุณภาพ HA				
รพ. 30 เดียง	1	20.0	2	40.0
รพ. 90 เดียง	1	20.0	1	20.0
รพ. 120 เดียง	0	0.0	1	20.0
HPH				
● ผ่านการรับรองเป็นรพ.ส่งเสริมสุขภาพ				
รพ. 30 เดียง	1	20.0	1	20.0
รพ. 90 เดียง	1	20.0	1	20.0
รพ. 120 เดียง	1	20.0	-	-
ระยะเวลาการดำเนินงานโครงการyardánไวร้ส (NAPHA)				
4 ปี	4	80.0	1	20.0
5 ปี	1	20.0	3	60.0
7 ปี	0	0.0	1	20.0

2.5 การจัดตั้งศูนย์องค์รวม หรือชมรมผู้ติดเชื้อ

โรงพยาบาลชุมชนที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ จำนวน 5 แห่ง มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน คือ ร้อยละ 40 มีการดำเนินการมา น้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 40 ดำเนินการมา 4-6 ปี และร้อยละ 20 ดำเนินการมามากกว่า 6 ปี โดยสถานที่ในการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มทุกแห่ง ร้อยละ 100 อยู่ในโรงพยาบาล ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามการจัดบริการศูนย์องค์รวม
(n = 5)

การจัดบริการศูนย์องค์รวม	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)	
ระยะเวลาดำเนินการศูนย์บริการองค์รวม (เฉพาะ โรงพยาบาล 5 แห่ง)		
< 3 ปี	2	40.0
4 - 6 ปี	2	40.0
7 - 10 ปี	1	20.0

ส่วนที่ 3 ระบบบริการองค์รวมโครงการยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล

การกำหนดนโยบาย

โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพมีการกำหนดนโยบาย เป็นลายลักษณ์อักษร น้อยกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ คือ คิดเป็นร้อยละ 40 และ ร้อยละ 80 ตามลำดับนอกจากนี้ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียวยังมีการกำหนดนโยบายไม่ชัดเจนและไม่มีการกำหนดนโยบายร้อยละ 40 และ ร้อยละ 20 ตามลำดับ

การมีส่วนร่วมของผู้บริหารโรงพยาบาล

ด้านนโยบาย

จากการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ทั้งที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯด้านทุกแห่ง ร้อยละ 100 และผู้บริหารรับทราบนโยบายการดำเนินโครงการและนำไปสู่การปฏิบัติ ทุกแห่ง ร้อยละ 100

ด้านบริหารจัดการ

การกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจนระดับโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานระดับโรงพยาบาล มากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ คือร้อยละ 80 โดยส่วนของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียวไม่มีแห่งใดเลยที่ผู้บริหารร่วมกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานระดับโรงพยาบาล

การร่วมกำหนดเป็นพันธกิจ และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลให้สอดคล้องโครงการ พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีส่วนร่วมกำหนดเป็นพันธกิจ และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลให้สอดคล้องโครงการ มากถึงร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการสหวิชาชีพ ซึ่งมีส่วนบ้าง คิดเป็นร้อยละ 20

การร่วมกำหนดเป็นแผนพัฒนาของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีส่วนร่วมกำหนดเป็นแผนพัฒนาโรงพยาบาล มากถึงร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการสหวิชาชีพ ที่คิดเป็นร้อยละ 20

การสื่อสารโครงการแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสื่อสารพันธกิจเป้าหมายโครงการ แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน มากถึงร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการสหวิชาชีพ ที่คิดเป็นร้อยละ 40

การมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน มากถึงร้อยละ 60 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการสหวิชาชีพ ที่คิดเป็นร้อยละ 40

การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานบริหารโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส เอดส์ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่แต่งตั้งคณะกรรมการ โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการดำเนินการเรื่องนี้ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการคิดเป็นร้อยละ 40

ด้านการสนับสนุน

การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการองคร่วม พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์องคร่วมในหน่วยงาน ในทุกแห่งคิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการสหวิชาชีพที่มีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์องคร่วมในหน่วยงานบ้างคิดเป็นร้อยละ 20

การสนับสนุนการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ทั้งที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และ ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสนับสนุนการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสนับสนุนการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียวที่มีการสนับสนุนด้านนี้ ร้อยละ 80

การสนับสนุนการมีส่วนร่วมดำเนินงานของแกนนำผู้ติดเชื้อ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ทั้งที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และ ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมดำเนินงานของแกนนำผู้ติดเชื้อ โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสนับสนุนด้านนี้ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียวที่มีการสนับสนุนด้านนี้ ร้อยละ 60

การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยในโครงการ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ทั้งที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และ ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีสนับสนุน มากถึงร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียวที่เป็น ร้อยละ 40

การสนับสนุน ด้านทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสนับสนุนด้านนี้ ร้อยละ 60 มากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ อย่างเดียวที่สนับสนุนด้านนี้เพียงร้อยละ 40

การสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ การจัดทำแนวทางดำเนินงาน พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสนับสนุน มากถึง ร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ อย่างเดียวที่สนับสนุนด้านนี้เพียง ร้อยละ 40

การสนับสนุนการประเมินผล/ติดตามการดำเนินโครงการ ด้านบริหารจัดการ พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสนับสนุนด้าน นี้ มากถึงร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียวที่สนับสนุนด้าน นี้เพียงร้อยละ 40 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมของผู้บริหารในการสนับสนุนในแต่ละรูปแบบ บริการตามการรับรู้ของผู้รับผิดชอบงาน จำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพ (n = 10)

องค์ประกอบที่สำคัญและมีผลต่อ รูปแบบบริการ	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
การกำหนดนโยบาย				
มีนโยบายชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร	2	40.0	4	80.0
มีนโยบายไม่ชัดเจนขาดลายลักษณ์อักษร	2	40.0	1	20.0
ไม่กำหนดนโยบาย	1	20.0	0	0.0
การมีส่วนร่วมของผู้บริหารโรงพยาบาล				
ด้านนโยบาย				
- สัมครใจเข้าร่วมโครงการเข้าถึง	5	100.0	5	100.0
บริการยาต้านไวรัส(NAPHA)				
- รับทราบนโยบายการดำเนิน	5	100.0	5	100.0
โครงการและนำไปสู่การปฏิบัติ				

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมของผู้บริหารในการสนับสนุนในแต่ละรูปแบบ
บริการตามการรับรู้ของผู้รับผิดชอบงาน จำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพ (n = 10) (ต่อ)

องค์ประกอบที่สำคัญและมีผลต่อรูปแบบ บริการ	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
ด้านบริหารจัดการ				
- ร่วมกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานระดับ โรงพยาบาล	0	0.0	4	80.0
- ร่วมกำหนดเป็นพันธกิจวิสัยทัศน์ของ โรงพยาบาลให้สอดคล้องโครงการ	1	20.0	4	80.0
- ร่วมกำหนดเป็นแผนพัฒนา โรงพยาบาล	1	20.0	4	80.0
- สื่อสารพันธกิจ เป้าหมายโครงการแก่ เจ้าหน้าที่ทุกหน่วย	2	40.0	4	80.0
- มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบแก่ผู้เกี่ยวข้อง (สรรหาผู้ทำงาน)	2	40.0	3	60.0
- แต่งตั้งคณะทำงานบริหาร โครงการเข้าถึง บริการยาต้านไวรัส	2	40.0	5	100.0
ด้านการสนับสนุน				
- สนับสนุนให้มีการตั้งศูนย์องค์รวมใน โรงพยาบาล	1	20.0	5	100.0
- สนับสนุนการดำเนินงานของ ทีมสหวิชาชีพ	1	80.0	5	100.0
- สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของแกน นำผู้ติดเชื้อ	3	60.0	5	100.0
- สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการดำเนินโครงการ	2	40.0	4	80.0
- สนับสนุนด้านทรัพยากร งบประมาณวัสดุ อุปกรณ์	2	40.0	3	60.0
- สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการโดยให้ จัดทำแนวทางดำเนินงาน	2	40.0	4	80.0
- สนับสนุนติดตามประเมินผลการดำเนิน โครงการ	2	40.0	4	80.0

โครงสร้างคณะทำงานรับผิดชอบโครงการยาด้านไวรัสเอดส์

โรงพยาบาลที่ให้บริการองค์รวมโดยสหวิชาชีพ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเป็นทางการชัดเจนไม่แตกต่างจาก โรงพยาบาลที่ให้บริการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 80 เช่นกัน

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาล ไม่แตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลที่ให้บริการองค์รวมโดยสหวิชาชีพและโรงพยาบาลที่ให้บริการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการกำหนดบทบาทในทุกตำแหน่งชัดเจน ร้อยละ 80 เช่นกัน

บุคลากรทีมสหวิชาชีพ จำนวนบุคลากรทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลที่ร่วมเป็นคณะทำงานผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ พบว่า ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม มีบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ชั้นสูง แต่มีโรงพยาบาล 1 แห่ง ที่ยังขาดบุคลากรผู้ให้คำปรึกษาในทีม รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของโครงสร้างคณะทำงาน ทีมสหวิชาชีพของแต่ละรูปแบบบริการ (n = 10)

โครงสร้างคณะทำงาน	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
โครงสร้างการแต่งตั้งคณะทำงาน				
แต่งตั้งชัดเจน	4	80.0	4	80.0
แต่งตั้งเป็นส่วนหนึ่งของคณะทำงานชุดอื่น	1	20.0	1	20.0
การกำหนดบทบาทสหวิชาชีพ				
ไม่กำหนด	0	0.0	0	0.0
กำหนดบางตำแหน่ง	1	20.0	1	20.0
กำหนดชัดเจน	4	80.0	4	80.0

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของโครงสร้างคณะทำงาน ทีมสหวิชาชีพของแต่ละรูปแบบบริการ
(n = 10) (ต่อ)

โครงสร้างคณะทำงาน	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
บุคลากรทีมสหวิชาชีพ				
แพทย์	5	100.0	5	100.0
พยาบาล	5	100.0	5	100.0
เภสัชกร	5	100.0	5	100.0
ผู้ให้คำปรึกษา	5	100.0	4	80.0
เจ้าหน้าที่ตรวจทานห้องปฏิบัติการ	5	100.0	5	100.0
อื่นๆ	3	60.0	1	20.0

การมีส่วนร่วมของแกนนำ พบว่า จำนวนแกนนำผู้ติดเชื้อที่มีส่วนร่วมให้บริการในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 4-6 คน โดยแกนนำที่มีส่วนร่วมในการให้บริการของโรงพยาบาล 5 แห่งที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ เป็นร้อยละ 100 ซึ่งบทบาทของแกนนำประกอบด้วย แกนนำมีการให้ข้อมูลความรู้และออกเยี่ยมบ้านมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ร้อยละ 80 ได้แก่ ให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล, เยี่ยมผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล, จัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่วนการอบรมแกนนำผู้ติดเชื้ออื่น, จัดบริการในคลินิกและส่งเสริมอาชีพมีการทำงานอยู่ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 40 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของแกนนำและกิจกรรมที่แกนนำผู้ติดเชื้อมีส่วนในการจัดรูปแบบบริการในโรงพยาบาล (n = 10)

การมีส่วนร่วมในศูนย์องค์รวม	โรงพยาบาลดำเนินการ	
	โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ (n= 5)
จำนวนแกนนำ		
4 คน	2	40.0
5 คน	1	20.0
6 คน	2	40.0
การมีส่วนร่วมของแกนนำผู้ติดเชื้อ		
ให้ข้อมูลความรู้	5	100.0
ให้คำปรึกษาใน รพ.	4	80.0
ออกเยี่ยมผู้ติดเชื้อใน รพ.	4	80.0
ออกเยี่ยมบ้าน	5	100.0
จัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	4	80.0
ช่วยอบรมแกนนำผู้ติดเชื้อ	2	40.0
ช่วยในคลินิกบริการ/ส่งเสริมการกินยา	2	40.0
ส่งเสริมอาชีพ	2	40.0

การสร้างศักยภาพของทีมสหวิชาชีพ พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกแห่ง มีการเสริมสร้างศักยภาพคิดเป็นร้อยละ 100 โดยในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการอบรมในโรงพยาบาลกับอบรมนอกโรงพยาบาลและจัดทำคู่มือ เผยแพร่ความรู้ โดยแต่ละกิจกรรมมีการดำเนินการคิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากันในขณะที่โรงพยาบาล ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อใช้การอบรมจากภายนอกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนการทำคู่มือ เผยแพร่ความรู้ที่น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 20 รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละการสร้างสรรค์ศักยภาพทีมสหวิชาชีพ ของแต่ละรูปแบบบริการ (n = 10)

การพัฒนาศักยภาพ	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
การเสริมสร้างศักยภาพ				
• มีการเสริมสร้างศักยภาพ โดยวิธี	5	100.0	5	100.0
อบรมภายใน รพ.	3	60.0	2	40.0
อบรมภายนอก รพ.	3	60.0	4	80.0
ศึกษาดูงาน รพ. อื่น	1	20.0	0	0.0
นิเทศให้คำแนะนำ	2	40.0	3	60.0
จัดคู่มือเผยแพร่ความรู้	3	60.0	1	20.0

การสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์องค์รวม โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพไม่มีการสนับสนุนให้จัดตั้ง 1 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 20 ส่วนที่มีการสนับสนุนก็เป็นเพียงกิจกรรมบางอย่าง เช่น การให้สถานที่รวมกลุ่ม ในขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการสนับสนุนเรื่องสถานที่, การสร้างการมีส่วนร่วม, การเสริมสร้างศักยภาพ และที่ปรึกษา กลุ่ม มากถึงร้อยละ 100 และยังมีร้อยละ 60 คือมีการร่วมประชุมกับทีมสหวิชาชีพ สำหรับการเกิดศูนย์องค์รวมในพื้นที่ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจาก ผู้ป่วยรวมกลุ่มกันเองและเจ้าหน้าที่ ผลักดัน คิดเป็นร้อยละ 80 และยังได้รับการสนับสนุนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, องค์กรพัฒนาเอกชน ในส่วนที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลผลักดันหรือการสนับสนุนน้อยมากคิดเป็นร้อยละ 20 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของ กิจกรรมการสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์องค์ร่วมในแต่ละรูปแบบ
บริการ (n = 10)

การสนับสนุนศูนย์องค์ร่วม	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
การสนับสนุนจัดตั้งศูนย์องค์ร่วม				
ไม่มีการสนับสนุนให้เกิด	1	20.0	0	0.0
มีการสนับสนุนด้วยกิจกรรมต่างๆ				
จัดหาสถานที่รวมกลุ่ม	2	40.0	5	100.0
สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ	1	20.0	5	100.0
สร้างศักยภาพแกนนำผู้ติดเชื้อเป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา	1	20.0	5	100.0
มีพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา	1	20.0	5	100.0
แกนนำประชุมร่วมกับสหวิชาชีพ	0	0.0	3	60.0
อื่นๆ	1	20.0	1	20.0
การเกิดศูนย์องค์ร่วมจาก				
ผู้ป่วยรวมกลุ่มกันเอง	1	20.0	4	80.0
เจ้าหน้าที่ รพ. ผลักดัน	1	20.0	4	80.0
องค์กรพัฒนาเอกชน	0	0.0	3	60.0
องค์กรปกครองท้องถิ่น	1	20.0	4	80.0
อื่นๆ (ไม่มีศูนย์องค์ร่วม)	4	80.0	0	0.0

การประชุมคณะทำงานในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล

ลักษณะการประชุมในทีมโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ไม่มีการประชุมทีมทำงานในโรงพยาบาลมากถึง ร้อยละ 40 ส่วนที่มีการประชุมก็เป็นเรื่อง การวางแผนดำเนินงาน, การปรับกระบวนการทำงาน, การวิเคราะห์หาแนวทางแก้ปัญหาการดำเนินงาน โดยแต่ละเรื่องที่มีการประชุมคิดเป็นร้อยละ 60 และยังมีร้อยละ 20 คือการประชุมเรื่อง จัดทำแผน

โครงการ, รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา, จัดความสำคัญของปัญหา, ประเมินคุณภาพบริการ ซึ่งมีความแตกต่างกันกับโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อที่มีการประชุมคณะทำงานใน ทุกแห่ง ส่วนใหญ่ในเรื่อง รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา, ปรับปรุงกระบวนการทำงาน, วิเคราะห์หาแนวทางแก้ปัญหา เป็นร้อยละ 60 และยังมีร้อยละ 40 คือ เรื่อง จัดทำแผนโครงการ, จัดความสำคัญของปัญหา, การวางแผนดำเนินงาน, ประเมินคุณภาพบริการ

ลักษณะการประชุมคณะทำงานภายนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีการประชุมคณะทำงานนอกโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 40 โดยผู้ที่เข้าร่วมประชุมคือ แพทย์, พยาบาล, ผู้ให้คำปรึกษา คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน ในขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการประชุมคณะทำงานนอกโรงพยาบาลมากกว่าคิดเป็นร้อยละ 80 โดยผู้ที่เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่ คือ แพทย์ ร้อยละ 60 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของการประชุมคณะทำงานในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล ในแต่ละรูปแบบบริการ (n = 10)

การจัดประชุมอบรม	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
การประชุมคณะทำงานในโรงพยาบาล				
ไม่มี	2	40.0	0	0.0
มี	3	60.0	5	100.0
เรื่องที่ประชุม				
จัดทำแผนโครงการ	1	20.0	2	40.0
รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา	2	20.0	3	60.0
จัดความสำคัญของปัญหา	1	20.0	2	40.0
วางแผนดำเนินงาน	3	60.0	2	40.0
ปรับปรุงกระบวนการทำงาน	3	60.0	3	60.0
ประเมินคุณภาพบริการ	1	20.0	2	40.0
วิเคราะห์หาแนวทางแก้ปัญหา	3	60.0	3	60.0

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของการประชุมคณะทำงานในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบบริการ (n = 10) (ต่อ)

การจัดประชุมอบรม	โรงพยาบาลดำเนินการ		โรงพยาบาลดำเนินการ	
	โดยสหวิชาชีพ		โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน (n= 5)	ร้อยละ	จำนวน (n= 5)	ร้อยละ
การประชุมคณะทำงานนอกโรงพยาบาล				
ไม่มี	3	60.0	1	20.0
มี	2	40.0	4	80.0
ผู้ร่วมประชุม ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
แพทย์	1	20.0	3	60.0
พยาบาล	1	20.0	0	0.0
ผู้ให้คำปรึกษา	1	20.0	0	0.0

การประสานโครงการและ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ

ด้านแหล่งช่วยเหลือ/สนับสนุน โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีการประสานหรือได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 60 โดยประสานการทำงานร่วมกับ ศูนย์สุขภาพชุมชน มากที่สุดร้อยละ 60 รองลงมาได้แก่ ผู้นำชุมชน, สถานศึกษา, อบต., ศูนย์เฉลิมพระเกียรติอำเภอ คือร้อยละ 40 เท่ากัน น้อยที่สุด คือ เทศบาล และวัดเพียงร้อยละ 20 ในขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการประสานหรือได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ครบทุกแห่งคิดเป็นร้อยละ 100 โดยแหล่งที่มีการประสานการทำงานร่วมกันมาก ถึงร้อยละ 100 ได้แก่ ศูนย์เฉลิมพระเกียรติอำเภอ รองลงมาคือกับศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 80 ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของการประสานโครงการกับองค์กรปกครองท้องถิ่น แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับในแต่ละรูปแบบบริการ (n = 10)

แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
การประสานโครงการกับองค์กรท้องถิ่น				
ไม่มี	2	40.0	0	0.0
มี ประสาน	3	60.0	5	100.0
กับผู้นำชุมชน	2	40.0	0	0.0
กับวัด	1	20.0	0	0.0
กับสถานศึกษา	2	40.0	2	40.0
กับ อบต.	2	40.0	3	60.0
กับเทศบาล	1	20.0	3	60.0
กับศูนย์เฉลิมพระเกียรติ	2	40.0	5	100.0
กับศูนย์สุขภาพชุมชน	3	60.0	4	80.0
องค์กรเอกชนด้านเอดส์	0	0.0	1	20.0
อื่นๆ	0	0.0	1	20.0

ด้านงบประมาณ พบว่าทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพและโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ทุกแห่งได้รับงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 100 เหมือนกัน แต่แตกต่างที่แหล่งที่สนับสนุนด้านงบประมาณ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพส่วนใหญ่ ได้รับงบประมาณ จากเงินจัดสรรหลักประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา คือเงินบริจาคประชาชน, เงินบำรุงโรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและศูนย์เฉลิมพระเกียรติ คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน ในขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ได้รับงบประมาณ จากศูนย์เฉลิมพระเกียรติ ทุกแห่งคือร้อยละ 100 รองลงมาคือเงินจัดสรรหลักประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ

80 และร้อยละ 60 คือ ได้จากเงินบำรุงโรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อของจังหวัด ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่ได้รับในแต่ละรูปแบบบริการ
(n = 10)

แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
แหล่งสนับสนุนการบริการยาต้านด้านังงบประมาณ				
มี ได้จาก	5	100.0	5	100.0
เงินบริจาคประชาชน	2	40.0	1	20.0
เงินบำรุง รพ.	2	40.0	3	60.0
เงินจัดสรรหลักประกันสุขภาพ	3	60.0	4	80.0
สจจนม.	2	40.0	3	60.0
อบต.	2	40.0	2	40.0
ศูนย์เฉลิมพระเกียรติ	2	40.0	5	100.0
องค์กรเอกชน	1	20.0	1	20.0
สกร.	1	20.0	3	60.0
ศูนย์อนามัย	1	20.0	0	0.0
อื่นๆ	0	0.0	0	0.0

ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ พบว่าลักษณะการจัดบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน ในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ มีลักษณะการจัดบริการ ส่วนใหญ่แบบระบบปกติตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และแบบ One Stop Service คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน ของโรงพยาบาลในกลุ่มนี้ ในขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการแบบคลินิกเฉพาะ คิดเป็น

ร้อยละ 60 รองลงมาแบบ One Stop Service ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลในกลุ่มนี้ รายละเอียดดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของลักษณะการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในแต่ละรูปแบบบริการ (n = 10)

การจัดบริการสุขภาพ	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 5)		(n = 5)	
ลักษณะการจัดบริการ				
ตรวจรักษาที่ OPD รวมกับผู้ป่วยทั่วไป	2	40.0	0	0.0
จัดคลินิกเฉพาะ	1	20.0	3	60.0
จัดแบบ One stop service	2	40.0	2	40.0

ลักษณะการจัดกิจกรรมการให้บริการสุขภาพ

ด้านการรักษาและป้องกันโรค พบว่า มีการจัดกิจกรรมบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ร้อยละ 100 ในด้านการจัดกิจกรรมประเมินสุขภาพ, ตรวจร่างกาย, ตรวจสุขภาพต่อเนื่อง, คัดกรองโรค OI, ส่งตรวจห้อง Lab ตามมาตรฐาน, รักษาด้วยยาต้าน, การให้การรักษาโรค OI, การดูแลช่วยเหลือในสถานบริการ, การให้ข้อมูลดูแลสุขภาพผู้ป่วยแก่ญาติ, การให้ข้อมูลดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยและการให้ข้อมูลด้านโภชนาการ

ส่วนการจัดกิจกรรมการบริการอื่นๆ ในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ด้านกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายและการดูแลช่วยเหลือที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 ในขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 60 ตามลำดับในขณะที่การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการใช้สมุนไพร จัดกิจกรรมร้อยละ 20 ในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพและร้อยละ 40 ในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของลักษณะการจัดกิจกรรมบริการในโรงพยาบาลชุมชน ด้านการ
รักษาและป้องกันโรคในแต่ละรูปแบบบริการ (n = 10)

ดำเนินการโดยกิจกรรมให้บริการ	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
ด้านการรักษาและป้องกันโรค				
ประเมินสุขภาพ	5	100.0	5	100.0
ตรวจร่างกาย	5	100.0	5	100.0
ตรวจสุขภาพต่อเนื่อง	5	100.0	5	100.0
คัดกรองโรค OI	5	100.0	5	100.0
ส่งตรวจห้อง Lab ตามมาตรฐาน	5	100.0	5	100.0
รักษาด้วยยาต้าน	5	100.0	5	100.0
การให้การรักษาโรค OI	5	100.0	5	100.0
ดูแลช่วยเหลือในสถานบริการ	5	100.0	5	100.0
ให้ข้อมูลดูแลสุขภาพญาติ	5	100.0	5	100.0
ให้ข้อมูลดูแลสุขภาพผู้ป่วย	5	100.0	5	100.0
ให้ข้อมูลด้านโภชนาการ	5	100.0	5	100.0
ส่งเสริมการออกกำลังกาย	4	80.0	5	100.0
ดูแลช่วยเหลือที่บ้าน	3	60.0	5	100.0
ให้ข้อมูลด้านสมุนไพร	3	60.0	3	60.0
ส่งเสริมการบริหารจิต	4	80.0	4	80.0
ส่งเสริมใช้สมุนไพร	1	20.0	2	40.0

ด้านสังคมจิตวิทยา พบว่า มีการจัดกิจกรรมบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ร้อยละ 100 เหมือนกันในกิจกรรมต่างๆ คือ ให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด, ให้คำปรึกษาหลังตรวจเลือด, ให้คำปรึกษาการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยป้องกันรับ/แพร่เชื้อ, ให้คำปรึกษาช่วยเหลือทางจิตสังคม, ให้คำปรึกษาayaan, ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพป้องกันโรค OI, ให้คำปรึกษาปัญหาครอบครัว ส่วนการจัดกิจกรรมการบริการอื่นๆ แตกต่างกัน คือ ในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ จะมีการให้คำปรึกษาระยะสุดท้ายร้อยละ 100 ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการจัดกิจกรรมนี้ร้อยละ 60 แต่มีการจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มากถึงร้อยละ 100 มากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียวที่มีการจัดกิจกรรมนี้ ร้อยละ 60

ด้านบริการดูแลต่อเนื่อง พบว่า มีการจัดกิจกรรมบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ร้อยละ 100 เหมือนกันในกิจกรรม คือการควินัยการกินยา ส่วนการจัดกิจกรรมการบริการอื่นๆ ที่แตกต่างกัน คือในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีการให้บริการดูแลที่บ้าน/ปัญหาจิตสังคม ร้อยละ 80 รองลงมา ร้อยละ 60 คือ กิจกรรมชุมชนมีส่วนร่วม, ให้บริการดูแลที่บ้านโดยตามเยี่ยมบ้าน, ให้บริการดูแลที่บ้านด้านปัญหาสุขภาพ, ให้บริการดูแลที่บ้าน/ส่งเสริมการกินยา ส่วนการจัดกิจกรรมที่ทำน้อย คือ จัดบริการ Day care ดูแลสุขภาพ, ระบบติดตามทางไปรษณีย์หรือทางโทรศัพท์, ระบบติดตามเยี่ยมบ้านมีเพียงร้อยละ 40 และมีกิจกรรมรวมกลุ่ม ร้อยละ 20 ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ เน้นให้มีการจัดกิจกรรมจัดบริการ Day care ดูแลสุขภาพ, กิจกรรมรวมกลุ่ม, ให้บริการดูแลที่บ้าน/ส่งเสริมการกินยา คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ กิจกรรมชุมชนมีส่วนร่วม, ให้บริการดูแลที่บ้านด้านปัญหาสุขภาพ, มีการให้บริการดูแลที่บ้าน/ปัญหาจิตสังคม, มีระบบติดตามทางไปรษณีย์หรือทางโทรศัพท์ ร้อยละ 80 ซึ่งมีมากกว่าในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียว ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของลักษณะการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละรูปแบบบริการ
ด้านสังคมจิตวิทยา และบริการดูแลต่อเนื่อง (n = 10)

การจัดบริการสุขภาพ	โรงพยาบาลดำเนินการ		โรงพยาบาลดำเนินการ	
	โดยสหวิชาชีพ		โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน (n= 5)	ร้อยละ	จำนวน (n= 5)	ร้อยละ
ด้านสังคมจิตวิทยา				
ให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด	5	100.0	5	100.0
ให้คำปรึกษาหลังตรวจเลือด	5	100.0	5	100.0
ให้คำปรึกษาป้องกันรับ/แพร่เชื้อ	5	100.0	5	100.0
ปรึกษาช่วยเหลือทางจิตสังคม	5	100.0	5	100.0
ให้คำปรึกษาขาด้าน	5	100.0	5	100.0
ให้คำปรึกษาป้องกันโรค OI	5	100.0	5	100.0
ให้คำปรึกษาครอบครัว	5	100.0	5	100.0
ให้คำปรึกษาระยะสุดท้าย	5	100.0	3	60.0
ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	3	60.0	5	100.0
บริการดูแลต่อเนื่อง				
คู่มือการกินยา	5	100.0	5	100.0
จัดบริการ Day care	2	40.0	5	100.0
กิจกรรมรวมกลุ่ม	1	20.0	5	100.0
กิจกรรมชุมชนมีส่วนร่วม	3	60.0	4	80.0
ให้บริการดูแลที่บ้าน/ส่งเสริมการกินยา	3	60.0	5	100.0
ให้บริการดูแลที่บ้าน/โดยตามเยี่ยม	3	60.0	3	60.0
ให้บริการดูแลที่บ้าน/ด้านปัญหาสุขภาพ	3	60.0	4	80.0
ให้บริการดูแลที่บ้าน/ด้านปัญหาจิตสังคม	4	80.0	4	80.0
ระบบติดตามทางไปรษณีย์หรือโทรศัพท์	2	40.0	4	80.0
ระบบติดตามเยี่ยมบ้าน	2	40.0	3	60.0

ด้านการคุ้มครองสิทธิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการจัดกิจกรรมบริการครอบคลุม ทุกแห่ง ร้อยละ 100 ในกิจกรรม คือการคุ้มครองสิทธิการตรวจเลือดโดยสมัครใจ, คุ้มครองสิทธิการรักษาความลับผลตรวจเลือดในขณะที่ยังมีบางแห่ง ในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพมีการคุ้มครองสิทธิด้านตรวจรักษาที่เสมอภาค (ไม่รังเกียจ) คิดเป็นร้อยละ 80

ด้านการประสานส่งต่อดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการจัดกิจกรรมบริการครอบคลุม ทุกแห่ง ร้อยละ 100 เหมือนกัน ในกิจกรรม คือการประสานส่งต่อดูแล ระหว่างศูนย์สุขภาพกับโรงพยาบาล, ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนการจัดกิจกรรมการบริการอื่นๆ ที่แตกต่างกัน คือในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีการประสานส่งต่อดูแลด้านสังคมเศรษฐกิจ, การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับชุมชน ร้อยละ 80 ส่วนการส่งต่อดูแลด้านอาชีพ ยังมีน้อย เพียงร้อยละ 40 ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ เน้นให้มีการประสานส่งต่อดูแลด้าน อาชีพ, ด้านครอบครัว (ทุนบุตร) และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับชุมชน ร้อยละ 100 ซึ่งมีมากกว่าในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียว ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของลักษณะการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชน ในแต่ละรูปแบบบริการด้านการคุ้มครองสิทธิและการประสานส่งต่อ (n = 10)

การจัดบริการสุขภาพ	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 5)		(n= 5)	
การคุ้มครองสิทธิ				
คุ้มครองสิทธิการตรวจเลือด	5	100.0	5	100.0
คุ้มครองสิทธิการรักษาความลับ	5	100.0	5	100.0
คุ้มครองสิทธิตรวจรักษาเสมอภาค	4	80.0	5	100.0
การประสานส่งต่อ				
ด้านเศรษฐกิจ	4	80.0	4	80.0
ด้านอาชีพ	2	40.0	5	100.0
ทุนการศึกษาบุตร	3	60.0	5	100.0
ระหว่างศูนย์สุขภาพกับรพ	5	100.0	5	100.0
ระหว่างรพ.กับรพ.ศูนย์	5	100.0	5	100.0
ระหว่างรพ. และชุมชน	4	80.0	5	100.0

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์

ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

ข้อมูลจากการศึกษา โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ พบว่า

เพศ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร้อยละ 67 เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 59.4

อายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.61 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 21 ปี และมากที่สุด คือ 67 ปี พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีช่วงอายุระหว่าง 35-39 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.3 และ 31.2 ตามลำดับ รองลงมาคือ ช่วงอายุระหว่าง 30-34 ปี และ 40-44 ปี เหมือนกัน

สถานภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทั้งโรงพยาบาลดำเนินการโดยสหวิชาชีพและโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่อยู่ด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 47.2 และ ร้อยละ 36.8 ตามลำดับ

การศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพและ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดอยู่ระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.2 และร้อยละ 66.3 ลำดับต่อมาคือ การศึกษาระดับชั้นมัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 19.1 และ 14.0 ตามลำดับดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการของโรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบบริการ จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ (n = 282)

คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูล	โรงพยาบาลดำเนินการโดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 89)		(n = 193)		(n = 282)	
เพศ						
ชาย	30	33.7	78	40.4	86	31.6
หญิง	59	66.3	115	59.6	193	68.4
อายุ						
20-24 ปี	2	2.2	2	1.0	4	1.4
25-29 ปี	4	4.5	12	6.2	16	5.7
30-34 ปี	24	27.0	46	23.8	70	24.8
35-39 ปี	27	30.3	61	31.6	88	31.2
40-44 ปี	12	13.5	38	19.7	50	17.7
45-49 ปี	10	11.2	16	8.3	26	9.2
50-54 ปี	5	5.6	9	4.7	14	5.0
55-59 ปี	4	4.5	6	3.1	10	3.5
60 ปีขึ้นไป	1	1.1	3	1.6	4	1.4
Mean 38.61, Min 21, Max 67, SD 7.79						
รวม	89		193		282	

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการของโรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบบริการ จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป ของผู้รับบริการ (n = 282) (ต่อ)

คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูล	โรงพยาบาลดำเนินการ		โรงพยาบาลดำเนินการ	
	โดยสหวิชาชีพ		โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 89)		(n= 193)	
สถานภาพสมรส				
โสด	16	18.0	33	17.1
คู่อยู่ด้วยกัน	42	47.2	71	36.8
หม้าย	22	24.7	54	28.0
หย่า	4	4.5	13	6.7
แยก	5	5.6	22	11.4
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	5	5.6	15	7.8
ประถม	58	65.2	128	66.3
มัธยมต้น	17	19.1	27	14.0
มัธยมปลาย / ปวช.	7	7.9	22	11.4
อนุปริญญา / ปวส.	1	1.1	0	0.0
ปริญญาตรี	1	1.1	1	0.5
รวม	89		193	

อาชีพ ก่อนการติดเชื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 31.5 รองลงมาทำงานโรงงานและ รับจ้าง ร้อยละ 20.2 และ 16.8 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 33.7 รองลงมา คือ อาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 25.9

อาชีพ ปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 37.1 รองลงมาไม่ทำงาน (ว่างงาน) ร้อยละ 28.1 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับ แกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 26.9 ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมา คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 25.4

ความเพียงพอของรายได้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 47.2 และกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 42 ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการของโรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบบริการ จำแนกตามการประกอบอาชีพและสภาพทางเศรษฐกิจ (n = 282)

การประกอบอาชีพ และสภาพทางเศรษฐกิจ	โรงพยาบาลดำเนินการ		โรงพยาบาลดำเนินการ	
	โดยสหวิชาชีพ		โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 89)		(n= 193)	
อาชีพก่อนการติดเชื้อ				
ไม่ทำงาน(ว่างงาน)	7	7.9	15	7.8
เกษตรกรรม	28	31.5	65	33.7
รับจ้าง	15	16.8	50	25.9
ค้าขาย	8	9.0	13	6.7
งานบริษัท	6	6.7	23	11.9
งานโรงงาน	18	20.2	23	11.9
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	4.5	1	0.5
อื่นๆ	3	3.4	3	1.5

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการของโรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบบริการ จำแนกตามการประกอบอาชีพและสภาพทางเศรษฐกิจ (n = 282) (ต่อ)

การประกอบอาชีพ และสภาพทางเศรษฐกิจ	โรงพยาบาลดำเนินการ		โรงพยาบาลดำเนินการ	
	โดยสหวิชาชีพ		โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 89)		(n= 193)	
อาชีพปัจจุบัน				
ไม่ทำงาน(ว่างงาน)	25	28.1	41	21.2
เกษตรกร	33	37.1	49	25.4
รับจ้าง	11	12.4	52	26.9
ค้าขาย	5	5.6	17	8.8
งานบริษัท	2	2.2	14	7.3
งานโรงงาน	5	5.6	10	5.2
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	3.4	1	0.5
อื่นๆ	5	5.6	9	4.7
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอมีหนี้สิน	42	47.2	81	42.0
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	26	29.2	63	32.6
เพียงพอไม่เหลือเก็บออม	17	19.1	36	18.7
เพียงพอเหลือเก็บออม	4	4.5	13	6.7

ลักษณะสัมพันธภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีความรักใคร่ ห่วงใย ช่วยเหลือกันคิดเป็นร้อยละ 96.6 และ 90.7 ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการของโรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบบริการ จำแนกตามลักษณะสัมพันธภาพ (ด้านสังคม) (n = 282)

การประกอบอาชีพ และสภาพทางเศรษฐกิจ	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะสัมพันธภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว				
รักใคร่ ห่วงใย ช่วยเหลือกัน	86	96.6	175	90.7
ต่างคนต่างอยู่ ไม่เอาใจใส่กัน	3	3.4	17	8.8
ทะเลาะกัน ไม่ถูกกัน	0	0.0	1	0.5

การเข้าถึงบริการ

ด้านสิทธิรักษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่มีสิทธิบัตรทองมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 88.8 และ 77.2 รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 5.6 และ 12.4 ตามลำดับ

ด้านคมนาคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่สามารถมารับการรักษาได้โดยสะดวกร้อยละ 91.0 และ 88.1 ตามลำดับ

ด้านระยะเวลาการเข้าถึงบริการ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้าถึงบริการระยะที่ภาวะร่างกายทรุดโทรมมาก คิดเป็นร้อยละ 38.2 และ 42.0 ตามลำดับ

ด้านแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ร้อยละ 98.9 รองลงมาได้รับจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ ร้อยละ 55.1 และจากแกนนำผู้ติดเชื้อระดับจังหวัด 30.3 ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดจาก แพทย์ พยาบาลเหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 85.5 รองลงมาได้รับข้อมูลข่าวสารจากแกนนำผู้ติดเชื้อร้อยละ 63.2 และได้รับข้อมูลข่าวสารจากหนังสือ/วิทยุ/โทรทัศน์/สิ่งพิมพ์ ร้อยละ 33.7

รายละเอียดตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการของโรงพยาบาลในแต่ละรูปแบบ
บริการด้านการเข้าถึงบริการการมารับบริการ

	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล (การจ่ายค่ารักษาพยาบาล)				
ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	0	0.0	3	1.6
บัตรรายได้น้อย	2	2.2	15	7.8
บัตรทอง	79	88.8	149	77.2
ประกันสังคม	5	5.6	24	12.4
ประกันสุขภาพเอกชน	0	0.0	1	0.5
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	3.4	0	0.0
สังคมสงเคราะห์	0	0.0	1	0.5
การคมนาคม				
สะดวก	81	91.0	170	88.1
ไม่สะดวก	8	9.0	23	11.9
ระยะการเข้าถึงบริการ				
ยังไม่มีอาการป่วย	31	34.8	44	22.8
เจ็บป่วยเล็กน้อย	24	27.0	68	35.2
ร่างกายทรุดโทรม	34	38.2	81	42.0
แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่	88	98.9	165	85.5
แกนนำผู้ติดเชื้อ	27	30.3	122	63.2
ครอบครัว	17	19.1	22	11.4
ญาติพี่น้อง	13	14.3	16	8.3
เพื่อนบ้าน/เพื่อนที่ทำงาน	8	9.0	13	6.7
หนังสือ/วิทยุ/โทรทัศน์/สิ่งพิมพ์	49	55.1	65	33.7
เพื่อนผู้ติดเชื้อ	19	21.3	58	30.1
อื่นๆ	1	1.1	0	0.0

การเปิดเผยผลเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อ ในอดีตมีการเปิดเผยผลเลือดร้อยละ 64.0 และ 71.5 ตามลำดับ ส่วนปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อมีการเปิดเผยผลเลือดมากขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 93.3 และ 93.8 ตามลำดับ

การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ พบว่า

ด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อร้อยละ 64.2 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือ มากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 43.8

ด้านการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อร้อยละ 87.0 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือ มากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 80.9

ด้านการส่งเสริมอาชีพ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อร้อยละ 22.3 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือ มากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 19.1

ด้านทุนการศึกษาบุตร โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อร้อยละ 45.6 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือ มากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 10.1

ด้านข้อมูลสุขภาพ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อร้อยละ 94.3 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือ มากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 87.6

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการเข้าถึงบริการการช่วยเหลือ

	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเปิดเผยผลเลือด				
ในอดีต				
เปิดเผย	57	64.0	138	71.5
ไม่เปิดเผย	32	36.0	55	28.5
ปัจจุบัน				
เปิดเผย	83	93.3	181	93.8
ไม่เปิดเผย	6	6.7	12	6.2
ความช่วยเหลือที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย	39	43.8	124	64.2
ด้านการรักษาพยาบาล	72	80.9	168	87.0
ด้านส่งเสริมอาชีพ	17	19.1	43	22.3
ด้านการศึกษาบุตร	9	10.1	88	45.6
ด้านการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ	78	87.6	182	94.3

ความเชื่อมั่นระบบรักษาความลับของโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ เชื่อมั่นว่าระบบบริการมีการรักษาความลับได้ คิดเป็นร้อยละ 52.8 และ 77.7 ตามลำดับ

การบริการที่ได้รับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่ได้รับการด้านการตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา/การเข้ากลุ่ม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.8 รองลงมาได้รับการด้านการตรวจรักษาการเข้ากลุ่มคิดเป็นร้อยละ 23.6 ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ได้รับการด้านการตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา/การเข้ากลุ่ม/เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.7

รองลงมาได้รับการด้านการตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา / การเข้ากลุ่ม / เยี่ยมบ้าน โดยแกนนำ คิดเป็นร้อยละ 22.8

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการเข้าถึงบริการการดูแลรักษา

	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เชื่อมั่นระบบรักษาความลับของโรงพยาบาล				
ได้	47	52.8	150	77.7
ไม่ได้	25	28.1	6	3.1
ไม่แน่ใจ	17	19.1	37	19.2
บริการที่ได้รับ				
ตรวจรักษาเมื่อฉุกเฉิน	2	2.2	4	2.1
ตรวจรักษาทั่วไป	6	6.7	5	2.6
ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา	18	20.2	8	4.1
ตรวจรักษา/เข้ากลุ่ม	21	23.6	37	19.2
ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา/เยี่ยมบ้าน	6	6.7	2	1.0
ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา/เข้ากลุ่ม	23	25.8	28	14.5
ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา/เข้ากลุ่ม/เยี่ยมบ้าน (โดยแกนนำ)	3	3.4	44	22.8
ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา/เข้ากลุ่ม/เยี่ยมบ้าน (โดยเจ้าหน้าที่)	8	9.0	65	33.7
อื่นๆ	2	2.2	0	0.0

การเจ็บป่วยและสภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ใน 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่ามีไม่มีการเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 52.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพและแกนนำผู้ติดเชื้อรับรู้สภาวะสุขภาพใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 47.7 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนใน 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 89.9 และ 77.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของการรับรู้การเจ็บป่วยและสภาวะสุขภาพ

การรับรู้การเจ็บป่วยและสภาวะสุขภาพ	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n= 89)		(n= 193)	
สุขภาพในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่เจ็บป่วย	47	52.8	83	43.0
ป่วยเล็กน้อย	32	35.9	92	46.7
ป่วยบ่อยครั้ง/ไม่นอน รพ.	5	5.6	12	6.2
ป่วยมาก/นอน รพ.	5	5.6	7	3.1
โรคแทรกซ้อนในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่เคย	80	89.9	149	77.2
เคย	9	10.1	44	22.8

ในการรับรู้สุขภาพองค์รวมของผู้ติดเชื้อ ด้านต่างๆ พบว่า

สภาวะสุขภาพด้านร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพกับผู้ติดเชื้อ มีสภาวะสุขภาพดีขึ้นมากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 78.7 และ 85.0

ภาวะสุขภาพด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีอารมณ์จิตใจดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 75.3 และ 80.8 ซึ่งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีอารมณ์จิตใจดีขึ้น มากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว

ภาวะสุขภาพด้านสังคม พบว่า ในอดีตก่อนเข้ารับบริการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยรู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อคนอื่นคิดเป็นร้อยละ 75.3 และ 58.6 ตามลำดับ หลังจากเข้ารับบริการหรือเข้ากลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นบางคนคิดเป็นร้อยละ 60.7 ส่วนกลุ่มที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อเกือบทุกคน เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 46.6

ภาวะสุขภาพด้านการดำเนินชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีการดำเนินชีวิต คิดเป็นร้อยละ 55.1 และ 58.5 ซึ่งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ การดำเนินชีวิตดีขึ้น มากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว

ภาวะสุขภาพด้านเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ทั้งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีสถานะ ทางเศรษฐกิจเหมือนเดิม คิดเป็นร้อยละ 46.1 และ 47.7 ซึ่งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีสถานะ ทางเศรษฐกิจดี มากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของการรับรู้การเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ

	โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานะสุขภาพ				
ด้านร่างกาย				
แย่มาก	2	2.2	4	2.0
เหมือนเดิม	17	19.1	25	13.0
ดีขึ้น	70	78.7	164	85.0
ด้านอารมณ์และจิตใจ				
แย่มาก	5	5.6	5	2.6
เหมือนเดิม	17	19.1	32	16.6
ดีขึ้น	67	75.3	156	80.8
ด้านสังคม				
ก่อนรับบริการ				
ไม่เคย	67	75.3	113	58.6
รู้จักบางคน	22	24.7	73	37.8
รู้จักทุกคน	0	0.0	7	3.6
ปัจจุบัน/หลังเข้ากลุ่ม				
ไม่เคย	11	12.3	0	0.0
รู้จักบางคน	54	60.7	104	53.9
รู้จักทุกคน	24	27.0	89	46.1
การดำเนินชีวิต				
แย่มาก	6	6.7	14	7.3
เหมือนเดิม	34	38.2	66	34.2
ดีขึ้น	49	55.1	113	58.5
สภาพเศรษฐกิจ				
แย่มาก	21	23.6	30	15.5
เหมือนเดิม	41	46.1	92	47.7
ดีขึ้น	27	30.3	71	36.8

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

การเปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่าง โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

การรับรู้คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยรวม กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 64.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.84 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 65.46 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.44 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 22.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.35 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 23.09 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.83 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 14.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.84 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 15.52 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.47 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 10.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.85 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 10.94 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.07 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 15.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.79 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 15.89 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.01 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แม้การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาการรับรู้คุณภาพชีวิตเป็นรายข้อในด้านต่างๆ พบว่า

การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ในรายข้อเกือบทุกข้อในข้อคำถามทางบวก กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีจำนวนมากกว่าใน กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว

ประเด็นที่พบ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าผลตรวจสุขภาพอยู่ในระดับดีกว่าเดิม (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ร้อยละ 54.9 ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ร้อยละ 47.2 และในประเด็น รับรู้ว่าจะสามารถสร้างสุขภาพตนเองให้แข็งแรงได้ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ(ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ร้อยละ 58.5 ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ร้อยละ 46.1 นอกจากนี้

การรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านลบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อโดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่ายังมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนที่ยังต้องรับการรักษา (ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ร้อยละ 28.5 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีการรับรู้คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ ยังเห็นด้วย(ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ว่ายังมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนที่ยังต้องรับการรักษา สูงถึงร้อยละ 41.6

การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ในรายข้อทุกข้อกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ ดีกว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว ประเด็นที่พบ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ รับรู้ว่าได้รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อ ทำให้ไม่โดดเดี่ยว ไม่สิ้น

หวัง กล้าเผชิญปัญหาชีวิต (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ร้อยละ 60.6 ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) น้อยกว่าเพียงร้อยละ 48.3

การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสังคม เศรษฐกิจ ในรายชื่อกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ ดีกว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว ประเด็นที่พบ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ รับรู้ว่าสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัวและค่ารักษาตามจำเป็นได้ (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ร้อยละ 37.3 ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) น้อยกว่าเพียงร้อยละ 25.8 ส่วนในด้านลบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ ไม่เห็นด้วยว่าการติดเชื้อทำให้ต้องแยกตัวจากสังคมไม่เข้าร่วมกิจกรรมเช่นเดิมหรือลดลง (ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ร้อยละ 22.8 ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว (ไม่ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) น้อยกว่าเพียงร้อยละ 20.2

การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ ในรายชื่อกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ ดีกว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว ประเด็นที่พบ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ เห็นด้วยว่าพอใจความสามารถในการดูแลตนเองได้ประสบความสำเร็จ (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ร้อยละ 59.1 ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) น้อยกว่าเพียงร้อยละ 48.3 และกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เห็นว่าภาคภูมิใจยัง เห็นคุณค่าตนเอง ในการมีชีวิตอยู่เพื่อบุตร ครอบครัว หรือทำประโยชน์แก่ผู้อื่น (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) ร้อยละ 73.1 ซึ่งมากกว่าเมื่อเทียบกับ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว (ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง) น้อยกว่า เพียงร้อยละ 60.7 ดังตารางภาคผนวก

ตารางที่ 26 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

คุณภาพชีวิต	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม						
สหวิชาชีพ	89	64.53	8.84	-0.796	181.86	0.427
สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	193	65.46	9.44			
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย						
สหวิชาชีพ	89	22.92	4.35	-0.335	280	0.728
สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	193	23.09	3.83			
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ						
สหวิชาชีพ	89	14.85	2.84	-1.306	280	0.192
สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	193	15.52	4.47			
คุณภาพชีวิตด้านสังคม						
สหวิชาชีพ	89	10.78	1.85	-0.627	280	0.531
สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	193	10.94	2.07			
คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ						
สหวิชาชีพ	89	15.89	2.79	-0.229	280	0.819
สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	193	15.97	3.01			

ความพึงพอใจคุณภาพบริการตามการรับรู้

การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ด้านระบบบริการ

ความพึงพอใจด้านระบบบริการ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 61.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.46 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 63.27 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.21 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ

เมื่อพิจารณารายชื่อของความพึงพอใจด้านระบบบริการซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด จากการวิเคราะห์จากข้อคำถามเกือบทุกข้อ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในแต่ละข้อมากกว่าร้อยละ 60 มีเพียงบางข้อที่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 นอกจากนี้ยังสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว ที่มีความพึงพอใจน้อยกว่าเกือบทุกข้อ ยกเว้น ประเด็นที่ การเข้ารับบริการช่วยให้ท่านใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติเช่นเดิมร้อยละ 49.2

ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ พึงพอใจมาก มากที่สุดได้แก่ การเข้าร่วมโครงการยาต้านช่วยให้ท่านมีความหวังในชีวิต ร้อยละ 77.7 รองลงมาคือ สามารถขอรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องและสะดวก ร้อยละ 70.5 สำหรับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ พึงพอใจมาก มากที่สุดได้แก่ สามารถขอรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องและสะดวก ร้อยละ 64.0 รองลงมาคือบริการที่ได้รับมีประโยชน์ช่วยให้ปฏิบัติตัวดูแลตนเองได้ 62.9

ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ พึงพอใจน้อย ที่สุดได้แก่ การเข้ารับบริการช่วยให้ท่านใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติเช่นเดิมร้อยละ 49.2 และ ระบบติดตามการรักษาเช่นการเยี่ยมบ้านที่ได้รับมีประสิทธิภาพร้อยละ 58.5 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพส่วนใหญ่ พึงพอใจน้อย ที่สุดได้แก่ระบบติดตามการรักษาเช่นการเยี่ยมบ้านที่ได้รับมีประสิทธิภาพร้อยละ

33.7 การมารับบริการช่วยให้ท่านได้รู้จักเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกันคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ร้อยละ 47.2

สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีความพึงพอใจในคุณภาพบริการด้านระบบบริการ มากกว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว

ด้านกระบวนการให้บริการ

ความพึงพอใจด้านกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 53.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.78 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 56.21 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.21 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อพบมีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า ($p\text{-value} < 0.0001$)

เมื่อพิจารณารายข้อของความพึงพอใจด้านกระบวนการซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด จากการวิเคราะห์จากข้อคำถามเกือบทุกข้อ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในแต่ละข้อมากกว่าร้อยละ 70 มีเพียง 2 ข้อที่ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียวส่วนใหญ่วที่ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในแต่ละข้อ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) มีความพึงพอใจน้อยกว่าทุกข้อ

ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ พึงพอใจมาก มากที่สุดได้แก่ ข้อมูล ความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 80.8 รองลงมาคือ การมีกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ได้รับช่วยท่านให้เพื่อน มีความสุขทั้งกาย ใจ อาการทุเลาลง ร้อยละ 78.8 สำหรับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ พึงพอใจมาก มากที่สุดได้แก่ ได้รับการตรวจร่างกายละเอียดและมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจนหายขาด ร้อยละ 64.0 รองลงมาคือ พอใจกระบวนการทำงานเป็นทีม ในการติดตามดูแลต่อเนื่อง 59.6 และ มั่นใจ เชื่อถือ คุณภาพการวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างถูกต้องร้อยละ 59.6 เช่นกัน

ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ พึงพอใจน้อย ที่สุดได้แก่ เวลาให้บริการตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนสิ้นสุดการบริการที่เหมาะสมร้อยละ 60.6 และ รองลงมาคือ กระบวนการให้บริการที่ได้รับมีประสิทธิภาพร้อยละ 69.4 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพส่วนใหญ่ พึงพอใจน้อย ที่สุดได้แก่ ได้มีส่วนเลืกร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมร้อยละ 42.7 การมีกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ได้รับช่วยทำนุให้เพื่อน มีความสุขทั้งกาย ใจ อาการทุเลาลงร้อยละ 44.9

สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีความพึงพอใจในคุณภาพบริการด้านกระบวนการให้บริการมากกว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว

ด้านผู้ให้บริการ

ความพึงพอใจด้านผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 72.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.74 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 80.71 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 73.45 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ

เมื่อพิจารณารายข้อของความพึงพอใจด้านด้านกระบวนการซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด จากการวิเคราะห์จากข้อคำถามเกือบทุกข้อ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในแต่ละข้อมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียวส่วนใหญ่ที่ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในเกือบทุกข้อ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) มีความพึงพอใจน้อยกว่าอีกกลุ่มตัวอย่างทุกข้อ

ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ พึงพอใจมาก มากที่สุดได้แก่ ได้รับกำลังใจจากผู้ให้บริการทำให้มีความมุ่งมั่นทานยาจนสุขภาพดีขึ้น ร้อยละ 80.3 รองลงมาคือ รู้สึกอบอุ่นเมื่อได้รับการเอาใจใส่จากผู้ให้บริการอย่างดีโดยไม่รังเกียจ ร้อยละ 76.7 สำหรับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ พึงพอใจ มากที่สุดได้แก่ สามารถดูแลสุขภาพและพึ่งตนเองได้จากการได้รับข้อมูล คำแนะนำที่เข้าใจง่ายเกี่ยวกับโรค ร้อยละ 62.9 รองลงมาคือ

ผู้ให้บริการเอาใจใส่กระตือรือร้น ดูแลช่วยเหลือท่านอย่างดี ร้อยละ 57.3 และ ผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ท่าน ระบายปัญหา ตามข้อข้องใจด้วยความเต็มใจ ร้อยละ 57.3 เช่นกัน

ส่วนประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ พึงพอใจน้อย ที่สุดได้แก่ การประสานการดูแลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจอย่างดี ร้อยละ 64.2 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพส่วนใหญ่ พึงพอใจน้อย ที่สุดได้แก่การดูแลคำแนะนำ ที่ได้รับจากแกนนำ/เพื่อนที่ติดเชื้อ ตรงความต้องการ ร้อยละ 40.4และการประสานการดูแลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจอย่างดี ร้อยละ 43.8 สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีความพึงพอใจในคุณภาพบริการด้านผู้ให้บริการ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว

ตารางที่ 27 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ความพึงพอใจ	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
ด้านระบบบริการ						
สหวิชาชีพ	89	61.33	8.46	-1.983	280	0.048
สหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	193	63.27	7.21			
ด้านกระบวนการ						
สหวิชาชีพ	89	53.07	5.78	-3.900	210.13	0.000
สหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	193	56.21	7.21			
ด้านผู้ให้บริการ						
สหวิชาชีพ	89	72.64	20.74	-9.992	280	0.322
สหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	193	80.71	73.45			

พฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

พฤติกรรมการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 29.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.87 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 30.38 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.45 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 28 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

โรงพยาบาล (รูปแบบ)	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
สหวิชาชีพ	89	29.43	3.87	-1.285	280	0.200
สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	193	30.38	6.45			

การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว

การเปรียบเทียบสัดส่วนน้ำหนักตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 71.3 มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหรือ ไม่เปลี่ยนแปลง และร้อยละ 23.5 มีน้ำหนักตัวลดลง และเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนดังกล่าว ด้วยสถิติ Z-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z = 4.487$) ในขณะที่กลุ่ม

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียว มีสัดส่วนของร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 29 ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

โรงพยาบาล(รูปแบบ)	การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว				Z
	เพิ่มขึ้น/ไม่เปลี่ยนแปลง	ลดลง	เพิ่มขึ้น/ไม่เปลี่ยนแปลง	ลดลง	
สหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ	189	(71.3)	4	(23.5)	4.487*
สหวิชาชีพ	76	(28.7)	13	(76.5)	
รวม	265	100	17	100	

* ค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

การเปลี่ยนแปลงของผล CD4 ในช่วง 1 ปี

การเปรียบเทียบสัดส่วนผลตรวจ CD 4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับบริการ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีผลการตรวจ CD4 ครั้งที่ 1 ร้อยละ 70.2 มีผลตรวจ CD4 ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 200 และร้อยละ 66.1 มีผลตรวจ CD4 ที่น้อยกว่า 200 และเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนดังกล่าว ด้วยสถิติ Z-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

สำหรับผลการตรวจ CD4 ครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 70.3 มีผลตรวจ CD4 ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 200 และร้อยละ 61.9 มีผลตรวจ CD4 ที่น้อยกว่า 200 เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนดังกล่าว ด้วยสถิติ Z - test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 30 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนผลการตรวจ CD 4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ
ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ (ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)

โรงพยาบาล(รูปแบบ)		ระดับ CD4 ครั้งที่ 1				Z
		≥200		<200		
ครั้งที่ 1	สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	113	(70.2)	80	(66.1)	0.730
	สหวิชาชีพ	48	(29.8)	41	(33.9)	
	รวม	161	(100.0)	121	(100.0)	
ครั้งที่ 2	สหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ	154	(70.3)	39	(61.9)	1.225
	สหวิชาชีพ	65	(29.7)	24	(38.1)	
	รวม	219	(100.0)	63	(100.0)	

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ กับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 แห่ง โดยอาศัยแนวคิดการบริการองค์รวมและแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self- help group) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 5 คน และผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อจำนวน 5 คน และ 2) ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 6 เดือนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล จำนวน 282 คน โดยแบ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 89 คน และ ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จำนวน 193 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ลักษณะของโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การจัดบริการองค์รวมโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ และแบบสอบถามผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบบริการองค์รวมของโรงพยาบาลชุมชน เกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอดส์ การบริการองค์รวมที่ได้รับ การเข้าถึงการรักษาพยาบาล การดูแลและการช่วยเหลือ การรับรู้สถานะการเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ รวมทั้ง แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว การตรวจ CD4

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2551 ถึง เมษายน 2551 หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบผลความแตกต่างของผู้ติดเชื้อเอดส์ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ในด้านการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพองค์รวม คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจคุณภาพบริการ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส การเปลี่ยนแปลง CD4 และน้ำหนักตัว ซึ่งสามารถสรุปผลการศึกษาและอภิปรายผลตามสมมุติฐานดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้รับผิชอบงานเอดส์

จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ 5 คน และ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ 5 คน พบว่า คุณลักษณะประชากรผู้รับผิชอบทั้ง 2 กลุ่มมีความต่างกันในด้าน เพศ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ด้านเอดส์ ตำแหน่งวิชาชีพ บทบาทนอกหน่วยงาน และการได้รับการอบรมโครงการยาต้านไวรัส พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) เป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิชอบงานเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ แกนนำผู้ติดเชื้อ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพผู้รับผิชอบงานเอดส์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ในขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ แกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้รับผิชอบงานเอดส์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีอายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งอาจทำให้มีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เกิดขึ้น

สำหรับประสบการณ์ทำงานด้านเอดส์ ของผู้รับผิชอบงานเอดส์ ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีประสบการณ์การดำเนินงานเอดส์ อยู่ระหว่าง 1-5 ปี โดยมีอายุการทำงานต่ำสุด คือ 2 ปี และมากที่สุด คือ 15 ปี ผู้รับผิชอบงานเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม มีประสบการณ์ต่างกัน

ด้านตำแหน่งวิชาชีพ ผู้รับผิชอบงานเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม มีตำแหน่งต่างกัน โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิชอบงานเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 40) และนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 40) เท่ากัน ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 20) เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 80) รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 20

สำหรับบทบาทภายนอกหน่วยงาน เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มพบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์จะมีบทบาทภายนอกหน่วยงานเป็นร้อยละ 60 ซึ่งมากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ มีบทบาทภายนอกหน่วยงานเพียงร้อยละ 40 โดยบทบาทภายนอกหน่วยงานของกลุ่มโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม คือการเป็นคณะทำงานแก้ปัญหาเอดส์ ระดับอำเภอ

การเข้ารับการอบรมโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ทั้ง 2 กลุ่มเคยอบรมโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสต่างกัน โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ทั้งหมด (ร้อยละ 100) เคยผ่านการอบรม ซึ่งมากกว่าผู้รับผิดชอบงานเอดส์โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ (ร้อยละ 60)

1.2 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์

จากการตอบแบบสอบถามของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 6 เดือนที่ได้รับบริการแบบองค์รวมแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง ประกอบด้วยผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพ 89 คน และเป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ 193 คน

1.2.1 ข้อมูลด้านลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่มารับบริการ ทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องของสมจิต ปทุมานนท์ (2541 : 56) ที่ศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ประเทศไทย ตามรายงานของกองระบาดวิทยาและกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคระบาดวิทยา 2548) และการศึกษาของจริยวัตร คมพัยค์ม์ (2537 : 52) ที่พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาครั้งนี้ สิ่งที่พบคือกลุ่มผู้หญิงให้ความร่วมมือสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาในการตอบแบบสอบถามมากกว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.61 ปี (อายุน้อยที่สุดคือ 21 ปี และมากที่สุด คือ 67 ปี) พบสูงสุด (มากกว่าร้อยละ 70) มีช่วงอายุระหว่าง 30-44 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) เคยมีครอบครัวและมีสถานภาพคู่อยู่ด้วยกันมากที่สุด รองลงมา เป็นหม้าย เสียชีวิต มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมต้น ซึ่งคล้ายคลึงกับสถานการณ์ของประเทศ จากข้อมูลกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2548) ที่มีรายงาน กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดเป็นวัยทำงานมีอายุระหว่าง 20-39 ปี (2548) และการศึกษาของจริยวัตร คมพักษ์ 2537 : 52) ที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี มากที่สุด รองลงมาอายุ 30-39 ปี เป็นประชากรวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงาน ที่มีภาระและหารายได้ในครอบครัว เมื่อมีภาวะติดเชื้อมีผล ต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และเป็นลักษณะที่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต ปทุมานนท์ (2541 : 56) ที่ศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สถานภาพคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่รายได้ไม่พอใช้และมีหนี้

ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด ส่วนใหญ่ร้อยละ 90) มีการประกอบอาชีพโดยประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ปัจจุบันเมื่อติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (มากกว่าร้อยละ 70) มีการประกอบอาชีพลดลง และไม่ได้ทำงานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการติดเชื้อ โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ไม่มีงานทำ (ว่างงาน) มากกว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 28.1 และร้อยละ 21.2 ตามลำดับ) ความเพียงพอของรายได้ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด ในด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน (ร้อยละ 47.2) มากกว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ (ร้อยละ 42) แสดงว่าด้านเศรษฐกิจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ เศรษฐกิจ ดีกว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

การอภิปรายผลการศึกษาตามสมมุติฐาน

สมมุติฐานข้อที่ 1 ลักษณะรูปแบบการบริการแบบองค์รวมของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีความแตกต่างกับรูปแบบการบริการแบบองค์รวมของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษาลักษณะรูปแบบการบริการแบบองค์รวม สำหรับการจัดบริการของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สามารถแบ่งได้ดังนี้คือ โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งศูนย์องค์รวมโดยแกนนำผู้คิดเชื่อร่วมให้บริการกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 5 แห่ง และ โรงพยาบาลที่มีเพียงทีมสหวิชาชีพดำเนินการให้บริการ จำนวน 5 แห่ง พบว่า

1.1 ลักษณะการจัดบริการในโรงพยาบาล ลักษณะการจัดบริการในโรงพยาบาลทั้ง 2 รูปแบบต่างกัน โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพส่วนใหญ่มีการจัดแบบปกติตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วย และจัดแบบ One Stop Service สำหรับโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้คิดเชื่อส่วนใหญ่ จัดแบบคลินิกเฉพาะและมี 2 แห่งจัดแบบ One Stop Service

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้บริหารโรงพยาบาล ด้านนโยบาย การรับนโยบายโครงการยาต้านไวรัสเอดส์เป็นนโยบายของระดับกระทรวงที่มีการจัดทำโครงการระดับประเทศ โดยระยะแรกเป็นการนำร่องโรงพยาบาลบางแห่งตามความสมัครใจ แต่ปัจจุบันมีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการให้ครอบคลุม โดยสำหรับโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จะรับนโยบายจากสำนักงานควบคุมโรคระดับเขตร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขในการถ่ายทอดนโยบาย โรงพยาบาลทุกแห่งระดับอำเภอจึงต้องดำเนินการ

แต่อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มี 3 แห่ง การกำหนดนโยบายไม่ชัดเจนและไม่มีการกำหนดนโยบาย แต่สำหรับโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้คิดเชื่อส่วนใหญ่มีการกำหนดนโยบาย เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน ดังนั้น การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลระดับอำเภอจึงขึ้นกับ การให้ความสำคัญและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารโรงพยาบาล กำหนดนโยบายพัฒนาการจัดบริการ ด้านนโยบาย ด้านบริหารจัดการ และด้านการสนับสนุน จากมุมมองผู้รับผิดชอบงานเอดส์ พบว่าผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่งมีส่วนร่วมและให้ความสำคัญ ในด้านนโยบาย ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้คิดเชื่อส่วนใหญ่เกือบทุกแห่ง มีส่วนร่วมบริหารจัดการมากกว่าผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้คิดเชื่อส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมีส่วนร่วมด้านการสนับสนุนมากกว่าผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ เช่น มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานบริหารโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ทุกแห่ง รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการองค์รวมในหน่วยงานทุกแห่ง โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้คิดเชื่อผู้บริหารสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์องค์รวม มากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการสหวิชาชีพ ซึ่งการสนับสนุนการดำเนินงานที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพใน

บริการดูแลโดยผ่านกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการให้คำแนะนำแก่เพื่อนเป็นการพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อ และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตามแนวคิด เพื่อนช่วยเพื่อน สอดคล้องกับแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.2 ลักษณะการจัดกิจกรรมการให้บริการสุขภาพของครอบครัวแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพและโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีความครอบคลุมการให้บริการองค์รวมในด้านการแพทย์/พยาบาลในการดูแลรักษาด้วยยาต้าน ด้านสังคมจิตวิทยาบริการปรึกษาทางการแพทย์และสังคม ด้านบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง การจัดกิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การคุ้มครองสิทธิ ด้านการประสานส่งต่อ ช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งยกเว้น การดูแลช่วยเหลือที่บ้าน การจัดบริการ Day care กิจกรรมรวมกลุ่ม และการส่งต่อ สงเคราะห์ช่วยเหลือในด้านอาชีพทุนการศึกษาบุตร ซึ่งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการให้บริการมากกว่าโรงพยาบาล ที่ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพ

สำหรับมุมมองด้านการบริการที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการจากโรงพยาบาลในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่ได้รับการครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านการตรวจรักษา ด้านการให้คำปรึกษา ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 25.8 รองลงมาได้รับการครอบคลุม 2 ด้าน คือ ด้านการตรวจรักษาและการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ร้อยละ 23.6 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการครอบคลุม 4 ด้านมีเพียงร้อยละ 12.4

ส่วนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) ได้รับการครอบคลุม 4 ด้านคือ ด้านการตรวจรักษา ด้านการให้คำปรึกษา ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และด้านการเยี่ยมบ้าน

จากข้อมูลดังกล่าว โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อมีการจัดกิจกรรมการให้บริการองค์รวมได้ครอบคลุม มากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ แสดงว่าการสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์องค์รวมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการบริการดูแลครอบคลุมบริการองค์รวมโดยผ่านรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและแกนนำผู้ติดเชื้อ ช่วยให้ประสิทธิภาพบริการองค์รวมดี

ขึ้น สอดคล้องกับชนาภรณ์ อาจศึก(2544) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ว่า กิจกรรมของกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการให้คำแนะนำแก่เพื่อนเป็นการพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อ และช่วยให้ผู้ป่วยรู้ถึงถึงการมีคุณค่า และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตามแนวคิด เพื่อนช่วยเพื่อน สอดคล้องกับแนวคิด ที่ศึกษาซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1

สมมุติฐานข้อที่ 2 ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งได้รับการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ จะเกิดการเปลี่ยนแปลง สถานะสุขภาพองค์รวม ด้านระดับ CD4, น้ำหนักตัว, การป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส, และการรับรู้คุณภาพชีวิต แตกต่างกับ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี จังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งได้รับการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ ผู้ติดเชื้อ มีการเปลี่ยนแปลงของ ระดับCD4, น้ำหนัก, การเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสและการรับรู้คุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียด

1. ระดับCD4

ผลจากการตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ประเมินสถานะทางคลินิก ในร่างกายจำนวน 2 ครั้ง (ห่างกัน 6 เดือน) หลังรับประทานยาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ พบว่า

ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้ง 2 กลุ่มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและการเปลี่ยนแปลงของระดับภูมิคุ้มกันCD4 ที่ ≥ 200 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ สูงกว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ อย่างไม่มีนัยสำคัญ

เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 พบว่า ค่าสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงของผลตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ที่ ≥ 200 ในครั้งที่ 2 สูงขึ้นกว่าครั้งที่ 1 ทั้ง 2 กลุ่มอย่างไม่มีนัยสำคัญ

สรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ระดับ CD4 สูงขึ้นมากกว่า ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดนครราชสีมา แต่ไม่มากพอจึงทำให้ไม่มีความแตกต่างของระดับภูมิคุ้มกัน CD4 เมื่อทดสอบทางสถิติ ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2 อธิบายได้ว่า จากการศึกษารูปแบบบริการโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการจัดศูนย์องค์รวมทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยแกนนำผู้ติดเชื้อทุกแห่งมีส่วนร่วมให้ข้อมูล เยี่ยมบ้านเพื่อนผู้ติดเชื้อ และส่วนใหญ่เกือบทุกแห่งจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองรวมทั้งให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตามแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ที่เป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคมที่ให้ผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง โดยสมาชิกมาจากบุคคลที่มีลักษณะเดียวกัน รวมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายๆกัน (Steger & Lipson, 1985) ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้สมาชิกปรับตัวได้และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (บุญชื่น อิ่มมาก, 2537 : 39) โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 จึงสูงขึ้นมากกว่า อีกรูปแบบบริการ แต่จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ มีการควีนียการกินยา และมีบางแห่งที่จัดกิจกรรมกลุ่มโดยแกนนำจังหวัด, จัดกิจกรรม Day Care

นอกจากนี้ จากการศึกษา ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่มีการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อภาวะร่างกายทรุดโทรมมาก (ร้อยละ 42.0) ซึ่ง (มากกว่าผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ) นับเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์เต็มขั้น ระดับ CD4 ก่อนเริ่มยาค่อนข้างต่ำ ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร CD4 จึงจะเพิ่มมากกว่า 200 สอดคล้องกับการศึกษาของอเนลเล เกตาฮันและคณะ (2549:89) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลและความปลอดภัยของการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์เต็มขั้นด้วยยาต้านไวรัสในรูปเม็ดรวมซึ่งประกอบด้วยสตาเวดิน ลามิเวดิน และเนวิราพีน (จีพีโอเวียร์) โดยสรุปว่า จีพีโอเวียร์เป็นยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลดีในการเพิ่มปริมาณ CD4 และลดเชื้อไวรัสเอชไอวีใน พลาสมาของผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นในช่วงการติดตาม 48 สัปดาห์ และการศึกษาของสมบุรณ์ ดันสุกสวัสดิกุลที่ศึกษาผลของการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกที่สรุปได้ว่าการรับประทานยาต้านไวรัสสูตรจีพีโอเวียร์จะมีผลให้ระดับภูมิคุ้มกันซีดีสี่ของร่างกายสูงขึ้น

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า ผลCD4 ที่เกิดขึ้นที่ไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน อาจเป็นผลมาจากอิทธิพลของการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระยะเวลาของการได้รับยาต้านของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และระยะของการดำเนินโรคของผู้ติดเชื้อรวมทั้ง ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา สอดคล้องกับ การศึกษาของ ลลิตา ชานนท์ (2549: 1-5) ที่ศึกษาการประเมินผลโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าผู้ป่วยเข้าโครงการและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา พบว่ามีระดับ CD4 เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 99.5) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส

2. การเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก

ผลจากการประเมินสถานะทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ครั้งที่ผ่านกับ ครั้งที่ปัจจุบัน จำนวน 2 ครั้ง โดยพิจารณาเปรียบเทียบสัดส่วน พบว่า

น้ำหนักตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหรือไม่เปลี่ยนแปลงและเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนดังกล่าว พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียว มีสัดส่วนของร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า

สรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จะเกิดการเปลี่ยนแปลง น้ำหนักตัว สูงขึ้นมากกว่า ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ จังหวัดนครราชสีมา ดังนั้น ผลการศึกษาจึงสามารถตอบคำถามตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพขององค์รวมด้านน้ำหนักตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดและนครราชสีมามีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับ การศึกษาของลลิตา ชานนท์ (2549 : 15) ที่ศึกษาการประเมินผลโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าผู้ป่วยเข้าโครงการและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของ

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่ามีระดับ CD4 เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 99.5) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส

นอกจากนี้การศึกษาของกมลวรรณ หวังสุข (2541 : 86) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แบบกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผลจากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์และการส่งเสริมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การจัดการความเครียด และการใช้ระบบบริการสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539 : 54) ที่ว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แล้ว จะมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาโรงพยาบาล 2 กลุ่มด้านการแพทย์/พยาบาล มีการจัดกิจกรรมบริการของ ด้านการให้ข้อมูลด้านดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านส่งเสริมการออกกำลังกาย ครอบคลุมทุกแห่งไม่แตกต่างกัน ซึ่งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ด้านบริการต่อเนื่องจะมีมากกว่า เรื่องการให้บริการที่บ้าน/ส่งเสริมการกินยา กิจกรรมการร่วมกลุ่ม ซึ่งสิ่งเหล่านี้สอดคล้องกับบริการองค์รวมและแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังได้กล่าวข้างต้น

3. การเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส

การรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน ใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม (มากกว่าร้อยละ 70) ไม่เคยป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนใน 1 เดือนที่ผ่านมาคล้ายคลึงกัน โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพไม่เคยป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน มากกว่าและเคยป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน 1 เดือนที่ผ่านมาน้อยกว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ อาจเป็นผลมาจากอิทธิพลของการมีแกนนำเครือข่ายให้บริการในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ มีการจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม จึงมีกลุ่มเพื่อนที่ติดเชื้อคอยให้กำลังใจกัน ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรนี้ได้หรืออาจเนื่องจากโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ โดยการจัดกิจกรรมอาจไม่มากพอที่จะสร้างความแตกต่าง ของการรับรู้ แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ในรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นบริการโดยมีเป้าหมายเรื่องสุขภาพและการปรับตัวต่อปัญหา (สุทธิณี พัดวิสัย, 2545 : 79) เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลลักษณะเดียวกัน มีเป้าหมายช่วยเหลือซึ่ง

กันและกัน เปิดให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และกัน ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะมีผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าตนเองของผู้ป่วยลดลง (Kaplan 1983 : 104) แต่เมื่อเข้าร่วมบริการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยเพิ่มให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูง สอดคล้องการศึกษาจากรูธเรน รัสมิเหลืออง อ่อน (2535 : 78) ที่พบว่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ผลการศึกษาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสหรือช่วยให้ภาวการณ์เจ็บป่วยจากโรคลดลงได้

4. การรับรู้คุณภาพชีวิต

ผลจากการศึกษา การเปรียบเทียบประสิทธิผลบริการองค์รวมของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ด้านการรับรู้คุณภาพชีวิต เป็นการวัดทัศนคติตามการรับรู้โดยการตอบแบบสอบถาม พบว่า

การรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ และในรายด้านทั้งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ยกเว้น คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ แสดงว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการรับรู้คุณภาพชีวิต โดยรวม และรายด้านดีขึ้น มากกว่า ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพแต่ไม่แตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอช ไอวี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต คือ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ระยะของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย Ragsdale & Morrow, 1990 : 355-359) ปัจจัยอื่น ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความเจ็บป่วย อาชีพ และอายุ โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2536 : กัดย่อ; ศดานันท์ ปิยกุล, 2542 : บทคัดย่อ) ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองนับเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย การที่

ผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อน่าจะเป็นผลจากการให้บริการในรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งจากการศึกษาการมีแกนนำผู้ติดเชื้อ ร่วมให้บริการดูแลกลุ่มเพื่อน ด้านการให้ความรู้ แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในกลุ่ม การออกเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีส่วนช่วยให้สามารถเผชิญและแก้ปัญหา มีผลทำให้ความเครียดลดลง ควบคุมภาวะความเครียดทางอารมณ์ได้ดีขึ้น (นนทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540 : คัดย่อ ; เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล, 2541 : คัดย่อ) การจัดโครงการสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล มีความรู้เพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองและดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ(อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2537 : 157) และการศึกษาของชุตีวรรณ (ชุตีวรรณ จันทามิ, 2550 : 126) พบว่าการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการ NAPHA แต่การที่ค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจาก การที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเนื่องจากการรับประทานยาจะช่วยให้ระดับ ภูมิคุ้มกัน CD4 ขึ้น ทำให้โอกาสเกิดโรคฉวยโอกาสลดลง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ผลตรวจวัดภูมิคุ้มกัน CD4 กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ กับ กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีความใกล้เคียงกัน ก็ไม่มีความแตกต่างกันมากนักและสอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวมผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ประเมินตนเองว่าอยู่ในระดับค่อนข้างดี-ดีมาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มีสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่ยังไม่ได้รับยาหรือกลุ่มที่เคยได้รับยาแต่หยุดกินยา ($p\text{-value} < 0.001$) การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยในเรื่องการกินยาต้านไวรัสเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ยังเป็นเรื่องสำคัญที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ตามแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จากการให้บริการเป็นกลุ่ม เป็นการจับบริการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อที่พร้อมจะเปิดตัวในกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน รูปแบบของการให้บริการ จะเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มหรือมีกิจกรรมกลุ่ม เพื่อหวังให้ผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมในกลุ่ม สามารถพัฒนาศักยภาพของตัวเอง (Empower) ในการปรับตัวและเรียนรู้ในการเผชิญปัญหา โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิก

ภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งปัจจุบันการบริการดูแลแบบกลุ่มเป็นการดำเนินการในรูปแบบศูนย์การดูแลผู้ติดเชื้อในช่วงกลางวัน (Day Care) หรือการบริการของศูนย์องค์รวมที่มีแกนนำผู้ติดเชื้อร่วมทำงานกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล ซึ่งอาศัยแนวคิด กลุ่มช่วยเหลือตนเองอันเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากสังคมและจากผู้อื่นที่มีลักษณะเดียวกันเป็นสิ่งที่ช่วยให้เขามีความหวัง มีสุขภาพจิตดีขึ้น ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและสิ้นหวัง จากสภาพร่างกายและการแทรกซ้อนของโรค

ผลการศึกษาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้นได้

สมมุติฐานข้อที่ 3 ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ แตกต่างกับ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อมีความพึงพอใจคุณภาพบริการตามการรับรู้โดยรวมมากกว่า ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ โดยแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 3

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อมีความพึงพอใจคุณภาพบริการตามการรับรู้ด้านระบบบริการและด้านผู้ให้บริการสูงขึ้นมากกว่าที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพและแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญจึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 3 ในขณะที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อมีความพึงพอใจด้านกระบวนการสูงขึ้นมากกว่าที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 3

จากการศึกษาของรัตนา พันธุ์พานิชและคณะ (2547) ที่ผลการประเมินความพึงพอใจ ระดับมากอยู่ที่ร้อยละ 56.1 ประเด็นที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีความพึงพอใจมาก-มากที่สุด ได้แก่ การส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นๆ การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อไปรับการช่วยเหลือทางด้านสิทธิ และที่ต่ำสุดคือการส่งต่อไปรับการช่วยเหลือทางด้านสังคม เศรษฐกิจและการฝึกอาชีพ โดยเฉพาะปรับปรุงบริการให้มีความรวดเร็วทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งข้อมูลที่ได้มีความใกล้เคียงกัน กับการศึกษาครั้งนี้

ที่พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อให้การช่วยเหลือด้านการส่งเสริมอาชีพ และด้านทุนการศึกษาบุตร ยังได้รับการช่วยเหลือเพียงส่วนน้อย คือไม่ถึงครึ่งของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการช่วยเหลือด้านนี้ สำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่ ได้รับการช่วยเหลือด้านเงินค่าใช้จ่าย ด้านการส่งเสริมอาชีพ และด้านทุนการศึกษาบุตร ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการช่วยเหลือ น้อยกว่าครึ่งที่ได้รับการช่วยเหลือ แสดงว่าอาจเนื่องจากการได้รับบริการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อที่มีการจัดกิจกรรมการรวมกลุ่ม และการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการ ตรงตามแนวคิดการบริการองค์รวมและแนวคิด กลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งสอดคล้องกับที่ได้มีผู้ศึกษาสัดส่วนของการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนที่มีสูงถึงร้อยละ 71.6 ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องเพียง ร้อยละ 55.8 ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ร่วมกิจกรรมกับโรงพยาบาลชุมชนยังมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป แสดงให้เห็นว่า บริการองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ เป็นบริการที่มีประสิทธิผลดีกว่า บริการองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว ดังนั้นควรมุ่งการให้บริการแบบองค์รวม และการใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยเน้นประสานการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิผลบริการให้ผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจมากขึ้นกว่าเดิม

สมมุติฐานข้อที่ 4 ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส แตกต่างกับ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดนครราชสีมา

จากการตอบแบบประเมินการรับประทานยาสม่ำเสมอ ระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 282 ราย พบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ย สูงขึ้นมากกว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นตามสมมุติฐานข้อ 4

แต่อย่างไรก็ตาม ระบบบริการองค์รวมโครงการยาต้านไวรัสที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ เป็นการสนับสนุนแนวคิด กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ในเรื่องการบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หรือพึ่งพาตนเองในทุกะยะของการเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายในเรื่องสุขภาพและการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (ดรุณี ชุนหวัด : 2537) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น (สุริย์ จันทร โมลี, 2543) และการศึกษาของกัลปนา เพชรเล็ก (2545 : บทคัดย่อ) พบว่า การเข้าร่วมกลุ่มชมรมเพื่อนรัก เพื่อนสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้ จึงมีผลต่อการรับประทานยาสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับวันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ (2547) รายงานว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ประกอบกับการมีระบบบริการองค์รวมโครงการยาต้านไวรัสที่จัดบริการดูแลต่อเนื่อง มีกิจกรรม การคูวินัยการกินยา ในโรงพยาบาลทุกแห่งเหมือนกัน แต่ที่ผลพฤติกรรมไม่ต่างกันมากนัก อาจเป็นเพราะกิจกรรมในการให้บริการของกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ มีการให้บริการดูแลที่บ้าน/ปัญหาจิตสังคม (ร้อยละ 80) รองลงมา ร้อยละ 60 คือ กิจกรรมชุมชนมีส่วนร่วม, ให้บริการดูแลที่บ้านโดยตามเยี่ยมบ้าน, ให้บริการดูแลที่บ้านด้านปัญหาสุขภาพ, ให้บริการดูแลที่บ้าน/ส่งเสริมการกินยา

ส่วนการจัดกิจกรรมที่ทำน้อย คือ จัดบริการ Day care ดูแลสุขภาพ, ระบบติดตามทางไปรษณีย์หรือทางโทรศัพท์, ระบบติดตามเยี่ยมบ้านมีเพียงร้อยละ 40 และมีกิจกรรมรวมกลุ่มร้อยละ 20 ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ เน้นให้มีการจัดกิจกรรมจัดบริการ Day care ดูแลสุขภาพ, กิจกรรมรวมกลุ่ม, ให้บริการดูแลที่บ้าน/ส่งเสริมการกินยา คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ กิจกรรมชุมชนมีส่วนร่วม, ให้บริการดูแลที่บ้านด้านปัญหาสุขภาพ, มีการให้บริการดูแลที่บ้าน/ปัญหาจิตสังคม, มีระบบติดตามทางไปรษณีย์หรือทางโทรศัพท์ ร้อยละ 80 ซึ่งมีมากกว่าในกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียว ดังนั้นการจัดกิจกรรมกลุ่ม เป็นการส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจตัวเอง ช่วยตัวเอง สมาชิกในกลุ่มต่างให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจสนับสนุนซึ่งกันและกันกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ประกอบกับเพิ่มความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มฝึกทักษะ การมีปฏิริยาสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกมีความรู้เพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแนวคิด วิธีการคิดในการแก้ปัญหา การขจัดปัญหา หาทงออกที่ดี กลุ่มมีจุดมุ่งหมายช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน พัฒนาปรับปรุงด้านจิตใจ ช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาวิกฤตให้เกิดความสามัคคีมีศักยภาพช่วยตัวเอง สมาชิกที่เข้ามารวมกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้วยความสมัครใจ เต็มใจ ลักษณะผู้นำกลุ่มเป็นผู้เผชิญ

ปัญหาเดียวกันกับสมาชิกกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น (สุริย์ จันทรโมลี : 2543) แนวคิดหลักของการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง Self-Help Group (SHG) เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน โดยมีเป้าหมายที่จะให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกของกลุ่ม กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดยสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองอาศัยแนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม (Steiger & Lipon, 1985 : 250)

ผลการศึกษาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ช่วยให้มีความปลอดภัยในการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ มากขึ้น ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสหรือช่วยให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ กับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ในผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 แห่ง โดยอาศัยแนวคิดการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของค์รวม และ Self- help group

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 แห่ง ที่เป็นกลุ่มโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ 5 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาลชุมชน 10 คน ตามโรงพยาบาลเป้าหมาย และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส ไม่น้อยกว่า 6 เดือนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 282 คน โดยแบ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 89 คน และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส เอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จำนวน 193 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ลักษณะของโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การจัดบริการองค์รวม โครงการยาต้านไวรัสเอดส์ และแบบสอบถามผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบบริการองค์รวมของโรงพยาบาลชุมชน เกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอดส์ การบริการองค์รวมที่ได้รับ การเข้าถึงการรักษาพยาบาล การดูแล และการช่วยเหลือ การรับรู้สถานะการเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ รวมทั้ง แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพ เกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว การตรวจ CD4 ซึ่งแบบสอบถามผ่านการหาค่าความเชื่อมั่น

โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์และการตอบแบบสอบถามของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน 1 กุมภาพันธ์ 2551 ถึง 1 เมษายน 2551 แล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ

โดยสถิติในการวิเคราะห์คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และหาความแตกต่างระหว่างสัดส่วนของอัตราการเปลี่ยนแปลง CD4 และน้ำหนักตัว โดยใช้สถิติ Z-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เพื่อทดสอบสมมุติฐานด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสามารถนำผลที่ได้รับจากการวิจัยไป เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในพัฒนาปรับปรุงรูปแบบบริการองค์รวมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอถึงประสิทธิผลบริการองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และบริการองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ โดยศึกษาผลที่เกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในด้านการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพองค์รวม คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจคุณภาพบริการ และพฤติกรรมมารับประทานยาสม่ำเสมอ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสมมุติฐานที่ศึกษามุ่งเน้นการศึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและศึกษาการจัดบริการให้การดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นอย่างเป็นองค์รวม การปฏิสัมพันธ์ทั้งระหว่าง ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์กับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อ และองค์ประกอบอื่นๆ ที่มีผลต่อการจัดระบบบริการ เช่น นโยบายและบทบาทผู้บริหารหน่วยงานและศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพทางกายใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งที่ศึกษาได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ, การเปลี่ยนแปลงระดับ CD4, น้ำหนักตัว, การป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส และการรับรู้คุณภาพชีวิต, ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นจากการได้รับบริการ ในลักษณะการให้บริการที่แตกต่างกันจากการรวบรวมข้อมูลได้ครอบคลุมตามสมมุติฐานที่กำหนด จึงนำมาสรุปผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล และระบบบริการองค์รวม โครงการยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้รับผิชอบงานเอดส์

ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ศึกษา 10 แห่ง ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้สัมภาษณ์ คือ ผู้รับผิชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มากกว่า ผู้ชาย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.5 ปี อายุผู้รับผิชอบงานอายุน้อยที่สุดคือ 24 ปี และมากที่สุด คือ 51 ปี ประสบการณ์การดำเนินงานเอดส์ ระหว่าง 1-5 ปี อายุการทำงานต่ำสุด 2 ปี และมากที่สุด คือ 15 ปี เคยเข้ารับการอบรมโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานเอดส์ ไม่เกิน 5 ปี เมื่อเทียบกับ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่า 5 ปีเป็นส่วนใหญ่ บทบาทตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบในทีมสหวิชาชีพ พบว่าผู้รับผิชอบงานเอดส์ ทั้ง 2 กลุ่มโรงพยาบาล มีบทบาทเป็นพยาบาลและผู้ให้คำปรึกษาในคนเดียวกัน เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรที่มีในระบบการให้บริการของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาระบบบริการ ลักษณะการให้บริการในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ส่วนใหญ่มีการมุ่งพัฒนาคุณภาพบริการครอบคลุมครบทุกแห่งที่ศึกษา จึงเห็นได้ว่าโรงพยาบาลทุกแห่งมีการพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามมาตรฐานการพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การดำเนินการโครงการยาด้านไวรัส พบว่า มีการดำเนินการโครงการยาด้านไวรัส ส่วนใหญ่ อยู่ที่ 4 ปี ซึ่งมากที่สุด รองลงมา คือ 5 ปี โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการกำหนดนโยบาย ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร รองลงมา คือ มีการกำหนดนโยบาย แต่ขาดลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

การตอบสนองนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ พบว่า โรงพยาบาลที่ศึกษาทุกแห่งตั้งใจสมัครเข้าร่วมโครงการเข้าถึงบริการยาด้าน รวมทั้งทราบนโยบายและนำสู่การปฏิบัติของบุคลากรในองค์กร นอกจากนี้มีการสนับสนุนการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ โดยพบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสนับสนุนการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพทุกแห่ง และผู้บริหารยังสนับสนุนการมีส่วนร่วมดำเนินงานของแกนนำผู้ติดเชื้อ การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานบริหารโครงการการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการองค์รวมในหน่วยงาน ซึ่งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการดำเนินการเรื่องนี้ทุกแห่ง จึงเห็นได้ว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อผู้บริหารสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์องค์รวม มากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการสหวิชาชีพ ซึ่งกาสนับสนุนการดำเนินงานที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในบริการดูแลให้คำแนะนำแก่เพื่อนเป็นการพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อ และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตามแนวคิด เพื่อนช่วยเพื่อน โดยผ่านกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรมผู้

การกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจนระดับโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ผู้บริหาร ร่วมกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานระดับโรงพยาบาล ร่วมกำหนดเป็นพันธกิจ และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลให้สอดคล้องโครงการ รวมทั้งการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ การจัดทำแนวทางดำเนินงาน การประเมินผล/ติดตามการดำเนินโครงการด้านบริหารจัดการ โดยพบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารจะมีตอบสนองการดำเนินการ มากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการสหวิชาชีพ

การมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า โรงพยาบาลดำเนินการ โดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสื่อสารโครงการแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน การมอบหมายงาน รวมทั้ง การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยในโครงการ มากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการสหวิชาชีพ ดังนั้น การตอบสนองนโยบายของผู้บริหารจะพบว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ผู้บริหารมีสนับสนุนและตอบสนองนโยบายในทุกเรื่อง ค่อนข้างมาก โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ รวมถึง การสนับสนุน ด้านทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ก็เช่นกันที่พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้บริหารมีการสนับสนุน มากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยสหวิชาชีพ

การแต่งตั้งคณะทำงาน โรงพยาบาลที่ให้บริการองค์รวมโดยสหวิชาชีพ และให้บริการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเป็นทางการชัดเจน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ชั้นสูง ในทุกโรงพยาบาล แต่ มี 1 แห่งที่ ขาดผู้ให้คำปรึกษาดูแลผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมของแกนนำ พบว่า แกนนำที่มีส่วนร่วมในการให้บริการของโรงพยาบาล 5 แห่งที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีจำนวนแกนนำรวมทั้งสิ้น 22 คน ส่วนใหญ่อยู่ที่ 4 คน โดยบทบาทของแกนนำ ประกอบด้วย การออกเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล การออกเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.2 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส

ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ศึกษา 10 แห่ง ที่ให้บริการแบบองค์รวม ที่ได้จากแบบสอบถามผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 6 เดือนที่ได้รับบริการแบบองค์รวม จำนวน 282 โดยแบ่งเป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ 89 ราย และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ 193 ราย ข้อมูลจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่รับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.66 ปี อายุุน้อยที่สุดคือ 21 ปี และมากที่สุด คือ 67 ปี สถานภาพ กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลดำเนินการโดยสหวิชาชีพ เป็นคู่อยู่ด้วยกัน การศึกษา พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาเหมือนกัน ซึ่งโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ มีอัตราสูงกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และการศึกษาลำดับต่อมาคือ การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ส่วนอาชีพ ก่อนการติดเชื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม รองลงมาอาชีพงานโรงงาน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง ซึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ และมีภาระหนี้สิน

ลักษณะสัมพันธภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีความรักใคร่ ห่วงใย ช่วยเหลือกันดี

การเข้าถึงบริการ ในด้านสิทธิรักษาพยาบาลพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิบัตรทองมากที่สุด รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม สำหรับด้านคมนาคมส่วนใหญ่สามารถมารับการรักษาได้โดยสะดวก ส่วนด้านการเข้าถึงการรักษา กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และด้านแหล่งข้อมูลข่าวสารจะได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดจาก แพทย์ พยาบาลรองลงมาจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากหนังสือ/วิทยุ/โทรทัศน์/สิ่งพิมพ์

การเจ็บป่วยและสภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพและแกนนำผู้ติดเชื้อรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และการรับรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนใน 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน ส่วนการพูดคุยกับผู้ติดเชื้อพบว่าก่อนเข้ารับบริการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยรู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อคนอื่น หลังจากเข้ารับบริการหรือเข้ากลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อบางคนเพิ่มขึ้น

สรุปผลการวิจัยตามสมมุติฐาน

สมมุติฐานที่ตั้ง เป็นการศึกษเปรียบเทียบสุขภาพองค์รวมผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในเรื่องต่างๆต่อไปนี้ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับ CD4, น้ำหนักตัว, การรับรู้คุณภาพชีวิต, ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ และพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สิ่งที่ได้จากการศึกษา พบว่า ผลที่เกิดจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นดังนี้

ในการรับรู้สุขภาพองค์รวม เมื่อเปรียบเทียบในอดีต พบว่า ด้านร่างกายผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้ง 2 กลุ่มใน ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการดำเนินชีวิต ยกเว้นด้านสภาพเศรษฐกิจที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 2 กลุ่มยังรับรู้ว่ายังมีสภาวะสุขภาพไม่มีการเปลี่ยนแปลง โดยในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย

เอดส์ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อมีสถานะสุขภาพด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการดำเนินชีวิต ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ที่ดีขึ้นมากกว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วน ด้านเศรษฐกิจ ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แม้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.7) ยังรับรู้เศรษฐกิจ เหมือนเดิมมากที่สุด แต่ในส่วนการรับรู้ที่ดีขึ้น (ร้อยละ 36.8) นั้นก็ดีกว่า ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ (ร้อยละ 30.3) รวมทั้ง การรับรู้เศรษฐกิจ แย่ลงนั้นในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รับรู้เศรษฐกิจ แย่ลง (ร้อยละ 15.5) น้อยกว่ามาก เมื่อเทียบกับในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพที่รับรู้แย่ลง (ร้อยละ 23.6)

สรุปว่า เมื่อได้รับการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำ ผู้ติดเชื้อ มีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังมารับบริการเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมารับบริการ ในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านการดำเนินชีวิตในสังคม มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีขึ้นมากกว่าเดิมและดีขึ้นมากกว่า เมื่อได้รับการองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม รับรู้ว่าร่างกายใน 1 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน โดยผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งรับรู้ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 89.9 ซึ่งมากกว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพและแกนนำผู้ติดเชื้อที่รับรู้ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 77.2

การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การเปลี่ยนแปลงของผล CD4 ในช่วง 1 ปี

การเปรียบเทียบสัดส่วนผลตรวจ CD 4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับบริการ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีผลการตรวจ CD4 ครั้งที่ 1 ร้อยละ 70.2 มีผลตรวจ CD4 ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 200 และร้อยละ 66.1 มีผลตรวจ CD4 ที่น้อยกว่า 200 และเมื่อนำมาทดสอบ

ความแตกต่างของสัดส่วนดังกล่าว ด้วยสถิติ Z-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

สำหรับผลการตรวจ CD4 ครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 70.3 มีผลตรวจ CD4 ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 200 และร้อยละ 61.9 มีผลตรวจ CD4 ที่น้อยกว่า 200 เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนดังกล่าว ด้วยสถิติ Z-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 24 และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีผลการตรวจ CD4 ในช่วง 1 ปี ครั้งที่ 1 ไม่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว

การเปรียบเทียบสัดส่วนน้ำหนักตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 71.3 มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหรือ ไม่เปลี่ยนแปลง และร้อยละ 23.5 มีน้ำหนักตัวลดลง และเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนดังกล่าว ด้วยสถิติ Z-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z=4.487$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพอย่างเดียว มีสัดส่วนของร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า

การรับรู้คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 64.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.77 ส่วนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 65.46 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.26 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในทุกด้านของกลุ่มที่ได้รับการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน

สรุปว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม ดีกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพและดีกว่าในทุกด้าน

ความพึงพอใจคุณภาพบริการตามการรับรู้

ความพึงพอใจด้านระบบบริการ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 61.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.46 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 63.27 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.21 สรุปว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ความพึงพอใจด้านระบบบริการมากกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพแต่จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความพึงพอใจด้านกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 53.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.78 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 56.21 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.21 สรุปว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ความพึงพอใจด้านกระบวนการ มากกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพและเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า ($p\text{-value}<0.0001$)

ความพึงพอใจด้านผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 72.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.74 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 80.71 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 73.45 สรุปว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ความพึงพอใจด้านผู้ให้บริการ มากกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ แต่จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 29.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.87 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้ติดเชื้อ มีคะแนนเฉลี่ย 30.38 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.45

สรุปว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ พฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ มากกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ แต่จากการทดสอบทางสถิติพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นด้วยกัน คือ ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการเน้นนโยบายการดำเนินงานในระดับผู้บริหารเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการจัดบริการ การพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในบุคลากรและแกนนำผู้ติดเชื้อ และการมีสัมพันธภาพที่ดี น่าจะส่งผลต่อการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างได้ผล
2. ควรมีการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีงานทำซึ่งมีผลให้ผู้ติดเชื้อมีผลการรับรู้ภาวะสุขภาพองค์รวมด้านเศรษฐกิจในทางที่ดีขึ้น
3. ควรมีการเน้นนโยบายและให้ความสำคัญของการจัดบริการแบบองค์รวมร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้ครอบคลุมในสถานบริการอย่างมีประสิทธิภาพและการขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติและพัฒนา

4. ควรมีการวางแผนพัฒนารูปแบบบริการที่ส่งเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมรายได้ให้แก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสที่ต้องการความช่วยเหลือ
5. ควรมีการวางแผนพัฒนารูปแบบบริการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์และการประสานระหว่างหน่วยบริการรวมถึงการให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยไม่รังเกียจ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบบริการได้อย่างรวดเร็ว
6. ควรพัฒนาศักยภาพกลุ่มให้มีความเข้มแข็ง ช่วยการดูแลผู้ติดเชื้อ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบสนับสนุนทางเศรษฐกิจ และพัฒนาระบบบทบาทแกนนำในการมีส่วนร่วมในการให้บริการให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป
7. จากการที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ตัดสินใจเข้าถึงบริการเมื่อร่างกายทรุดโทรมมาก ควรนำไปใช้ปรับปรุงแนวทางการให้บริการปรึกษาและดูแล เช่น การเปิดเผยผลเลือดกับคู่ครองตนเอง การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์และการเข้าถึงโครงการยาต้านไวรัส
8. ควรที่จะสนับสนุน และพัฒนาระบบบริการการเข้าถึงโครงการยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมด้านโภชนาการซึ่งมีความสำคัญ ในการลดโอกาสการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยได้มากขึ้น อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการจัดบริการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของแกนนำ
2. มีการศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น

3. การศึกษารายละเอียดแยกขนาดตามกลุ่มโรงพยาบาลรวมถึงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัส

4. มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพผลการจัดบริการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของแกนนำผู้ติดเชื้อ

5. มีการศึกษารูปแบบการจัดบริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

ประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมของโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ จังหวัดนครราชสีมา
(EFFECTIVENESS OF HOLISTIC CARE IN NATIONAL ACCESS TO
ANTIRETROVIRAL PROGRAM, NAKHONRATCHASIMA PROVINCE)

นนทลี นิ่มสมบุญ 4637251 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H., ธาราดล เก่งการพานิช พบ.ม.
ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาโรคเอดส์นับเป็นปัญหาโรคติดต่อร้ายแรงที่คุกคามสุขภาพอนามัยของประชากรทั่วโลก จากรายงานของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ตั้งแต่ พ.ศ.2527 ถึง วันที่ 31 มกราคม พ.ศ.2548 รวมทั้งสิ้น 354,510 คน เสียชีวิต 85,372 คน และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แม้ปัจจุบันการติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลง แต่ผู้ป่วยที่ต้องการให้การดูแลยังคงมีปริมาณมากขึ้นทุกปี ในปีพ.ศ.2549 คาดว่า ประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 508,323 คน และผู้ป่วยเอดส์ 60,052 คน ผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องประสบปัญหาต่างๆทั้งปัญหาด้านสุขภาพกายส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ การรังเกียจในสังคม ปัญหาด้านจิตใจ ดังนั้น ต้องส่งเสริมสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และการดูแลครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมในทุกมิติปัญหา

ประเทศไทยเห็นความสำคัญ กรมควบคุมโรคติดต่อได้เริ่มโครงการพัฒนาบริการติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น ในโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ พัฒนาศูนย์บริการซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา และเภสัชกร ครอบคลุมถึง

บุคลากรองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ และกลุ่มผู้ติดเชื้อ มาตรการที่สำคัญ คือ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบการบริการทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับการบูรณาการการดูแลทั้งด้านการแพทย์ การพยาบาล บริการปรึกษา และบริการทางสังคม การพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (comprehensive and continuum care) ทุกระยะการดำเนินไปของโรคการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและที่ชุมชน (home and community based care) รวมทั้งพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (quality improvement)

จากจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ป่วยที่เข้าสู่ระบบบริการดูแลสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก และปัญหาความแตกต่างของบริการที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับในด้านคุณภาพของการให้บริการ เช่นจำนวนผู้ให้บริการไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ ฉะนั้น การผลักดันบทบาทเครือข่ายผู้ติดเชื้อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเอดส์อย่างจริงจัง นับว่ามีความสำคัญอย่างมาก

จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยชา ด้านไวรัส ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในโรงพยาบาลชุมชน เริ่มโครงการตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ด้านการบริการทางการแพทย์และส่งเสริมสุขภาพ สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในการดำเนินงานร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมเป็นทีมในระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ในการให้คำปรึกษา การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้ความช่วยเหลือสมาชิกภายในกลุ่ม โดยใช้แนวคิด กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและเพื่อนสมาชิก ที่ผ่านมายังขาดการรวบรวมข้อมูลด้านลักษณะรูปแบบบริการองค์รวมและประสิทธิผลที่เกิดจากการมีแกนนำผู้ติดเชื้อและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดำเนินงานร่วมกันเชิงประจักษ์ เพื่อสะท้อนให้เห็นภาพโดยรวม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลต่อสุขภาพองค์รวมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์นั้นเป็นอย่างไร อันจะเป็นประโยชน์สำหรับนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยนี้ไปใช้วางแผนปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวมในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นอย่างยั่งยืน และเพื่อนำไปวางแผนทางนโยบายสนับสนุนพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดนครราชสีมาต่อไป

ปัญหาการวิจัย

รูปแบบบริการแบบองค์รวมโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ ในจังหวัดนครราชสีมา มีประสิทธิผลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลบริการแบบองค์รวมของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ กับโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ของจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะรูปแบบการบริการแบบองค์รวมของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพองค์รวม ของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่ได้รับการบริการแบบองค์รวมในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่ได้รับการบริการแบบองค์รวมในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพและ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อจังหวัดนครราชสีมา
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่ได้รับการบริการแบบองค์รวมในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา

สมมุติฐาน

1. ลักษณะรูปแบบการบริการแบบองค์รวมของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีความแตกต่างกับที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จังหวัดนครราชสีมา
2. ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพองค์รวม ด้าน ระดับ CD4, น้ำหนักตัว, การป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส และการรับรู้คุณภาพชีวิต แตกต่างกับ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา
3. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ แตกต่างกับ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา
4. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส แตกต่างกับ ที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research)

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เลือกดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 26 แห่ง โดยกลุ่มประชากรเป้าหมายที่เก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 กลุ่ม ซึ่งสนใจเข้าร่วมโครงการ คือ 1) ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาลโดยตรงทุกคน และ 2) ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี /ผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการคัดเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 การคัดเลือกพื้นที่

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่ง แบ่งรูปแบบการจัดบริการเป็น 2 แบบ คือ โรงพยาบาลที่จัดบริการรองรับที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพจำนวน 5 แห่ง และโรงพยาบาลที่จัดบริการรองรับที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อจำนวน 5 แห่ง การพิจารณาโดยคำนึงถึงการกระจายของข้อมูลตามขนาดเตียงและอาศัยข้อมูลจากจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทายาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 6 เดือน ในแต่ละโรงพยาบาลที่สัมพันธ์ใกล้เคียงกันในแต่ละขนาดเตียง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

สำหรับโรงพยาบาล

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่เข้าร่วมโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์
- 2) คัดเลือกโรงพยาบาลที่มีขนาดตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป ที่ให้บริการแบบองค์รวมทั้งที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ
- 3) แบ่งระหว่างโรงพยาบาลที่ให้บริการแบบองค์รวมทั้งที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ กับที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ โดยจับคู่โรงพยาบาลในแต่ละขนาดเตียงให้มีจำนวนเท่ากันๆกัน โดยอาศัยจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส อย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกันในแต่ละขนาดเตียง
- 4) สม่ครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลตามคุณสมบัติที่กำหนดและเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลที่ศึกษาทุกแห่ง จำนวน 10 คน แบ่งเป็น ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 5 คน และผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จำนวน 5 คน
- 2) ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 6 เดือน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลที่ศึกษา

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการ จากสูตรของ ยามาเน (Yamane, 1973 : 725) ได้ขนาดไม่ควรต่ำกว่า 220 คน สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจงในผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 289 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนโดยพิจารณาตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

สำหรับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้

- 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป และทราบผลการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในเลือด
- 2) สามารถอ่านออก เขียนได้
- 3) ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัส ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 4) สมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

จากเกณฑ์ดังกล่าวจึงได้ กลุ่มตัวอย่างตามตารางนี้

ขนาด โรงพยาบาล	โรงพยาบาลที่ให้บริการรณรงค์ ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ		โรงพยาบาลที่ให้บริการรณรงค์ ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ	
	ชื่อ โรงพยาบาล	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์*	ชื่อ โรงพยาบาล	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์*
120 เตียง	บัวใหญ่	79	ปากช่อง	125
90 เตียง	สูงเนิน	54	ด่านขุนทด	48
30 เตียง	บ้านเหลื่อม	18	โชคชัย	54
	เมืองยาง	14	เสิงสาง	26
	วังน้ำเขียว	18	ห้วยแถลง	40
รวม	5 แห่ง	184	5แห่ง	293

หมายเหตุ * จำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมแกนนำผู้ติดเชื้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบและแก้ไขเพื่อให้มีความตรงเชิงเนื้อหา และความถูกต้องของเนื้อหา โดยอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และนำมาพิจารณา ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha coefficient) แบ่งเป็น 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการจัดบริการรณรงค์ของโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับผิดชอบงานเอดส์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 รูปแบบบริการแบบองค์รวมของโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์
ของโรงพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ติดเชื้อเอดส์ เกี่ยวกับการได้รับบริการของผู้รับบริการที่ได้รับยา
ต้านไวรัสเอดส์ในระบบบริการองค์รวมของโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอดส์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงการรักษาพยาบาล การรับรู้สถานะการเจ็บป่วย การ
ได้รับบริการการดูแลรักษาและการได้รับความช่วยเหลือ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ใน
ด้านต่างๆ ได้แก่ ร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และ
ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการตามการรับรู้ ในด้านต่างๆ
ได้แก่ ระบบการให้บริการ กระบวนการให้บริการ และ ผู้ให้บริการ
ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกประวัติการรักษาผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์เฉพาะ
รายประกอบด้วย ผลการชั่งน้ำหนัก ผลการตรวจ CD4

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาล ลักษณะรูปแบบ
การบริการแบบองค์รวม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- 1.2 การรับรู้สภาวะสุขภาพองค์รวม การรับรู้คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

- 2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะรูปแบบบริการองค์ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ
- 2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของสภาวะสุขภาพ การรับรู้คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มที่ได้รับบริการองค์รวมที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และค่าสัดส่วน Z-test ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้รับผิดชอบงานเอดส์

ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ศึกษา 10 แห่ง ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) เป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 2 กลุ่มอายุเฉลี่ย 36.5 ปี อายุน้อยที่สุด 24 ปี และมากที่สุด 51 ปี โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานเอดส์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีอายุมากกว่า 40 ปี จากการศึกษาของสุชา จันทน์เอม กล่าวว่าประสิทธิภาพทางร่างกายมีพลังเต็มที่อายุประมาณ 25-35 ปี วัยกลางคน 40-60 ปี ด้านร่างกาย ความกระฉับกระเฉงลดลง

เป็นการบันทึกประสิทธิภาพของการทำงานลงไป อาจมีผลต่อประสิทธิภาพของบริการองค์รวม ประสิทธิภาพทำงานด้านเอดส์ ของผู้รับผิดชอบงานเอดส์ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) การดำเนินงาน เอดส์อยู่ระหว่าง 1-5 ปี อายุการทำงานต่ำสุด 2 ปี และมากที่สุด 15 ปี โรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานเอดส์ทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีประสิทธิภาพทำงานด้านเอดส์ อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) ก็มีประสิทธิภาพทำงานด้านเอดส์ อยู่ระหว่าง 1-5 ปี เช่นกัน และมีบางแห่งมีประสิทธิภาพในการทำงาน มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 40 ตำแหน่งวิชาชีพ ที่รับผิดชอบงานเอดส์ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) เป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมาคือ นักวิชาการและ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 30 และ ร้อยละ 10 ตามลำดับ) โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 40) เท่ากัน ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผู้รับผิดชอบงาน เอดส์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) เป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมานักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 20 สำหรับบทบาทภายนอกหน่วยงานพบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ แกนนำผู้ติดเชื้อผู้รับผิดชอบงานเอดส์จะมีบทบาทภายนอกหน่วยงาน (ร้อยละ 60) ซึ่งมากกว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานเอดส์มีบทบาทภายนอกหน่วยงาน เพียงร้อยละ 40 โดยมีบทบาทคือการเป็นคณะทำงานแก้ปัญหาเอดส์ ระดับอำเภอ การอบรม โครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ เคยผ่านการอบรมเพียง ร้อยละ 60 น้อยกว่า ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ที่เคยผ่านการอบรมทั้งหมด ร้อยละ 100

1.2 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างน้อย 6 เดือนที่ได้รับบริการแบบองค์รวมแบ่งเป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลที่ ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ 89 ราย และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดย ทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ 193 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 ข้อมูลด้านลักษณะทางประชากร อาชีพสภาพเศรษฐกิจและสังคม

ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการทั้งผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพและผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดย ทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ(มากกว่า ครึ่ง) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.61 ปี

(อายุน้อยที่สุด 21 ปี และมากที่สุด 67 ปี) อายุของผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม (มากกว่า ร้อยละ 70) จะมีอายุระหว่าง 30-44 ปี มากที่สุด ส่วนมากเป็นวัยผู้ใหญ่ คล้ายกับการศึกษาของรัตนา พันธุ์พานิช และคณะ¹ ที่ประเมินโครงการ ATC ซึ่งมีลักษณะทางประชากร พบว่า (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.66) แสดงว่าลักษณะทางประชากรของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ถึงปัจจุบันยังมิได้เปลี่ยนแปลง สถานภาพสมรสของผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม (มากกว่าร้อยละ 80) เคยแต่งงานมีครอบครัว (โดยยังเป็นคู่อยู่ด้วยกันมากที่สุด รองลงมา คู่เสียชีวิต) การศึกษา ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดอยู่ระดับชั้นประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับชั้นมัธยมต้น แสดงว่า มีการศึกษาภาคบังคับเรียนไม่สูง อาชีพก่อนการติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้ง 2 กลุ่ม (มากกว่าร้อยละ 90) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด หลังจากติดเชื้อเอดส์ อาชีพปัจจุบันของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้ง 2 กลุ่ม (มากกว่าร้อยละ 70) มีการประกอบอาชีพ ลดลงพบไม่มีงานหรือว่างงานเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนติดเชื้อ โดยพบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ไม่มีงานทำหรือว่างงานมากกว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อมีรายได้เพียงพอเหลือเก็บออมมากกว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ แสดงว่าด้านเศรษฐกิจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อดีกว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ลักษณะสัมพันธภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีความรักใคร่ ห่วงใย ช่วยเหลือกัน

1.2.2 ด้านการเข้าถึงบริการ

ทั้ง 2 กลุ่ม (มากกว่าร้อยละ 70) มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรทอง UC รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มารับการรักษาสะดวก สำหรับระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้าถึงบริการระยะที่ภาวะร่างกายทรุดโทรมมาก โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ มากที่สุด แต่ระดับรองลงมามีความแตกต่างกัน คือ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ มากกว่าครึ่ง จะได้รับจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ รองลงมาจากแกนนำผู้ติดเชื้อระดับจังหวัดที่มาจัดกิจกรรม (ร้อยละ 30.3) ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ (มากกว่าร้อยละ

60) ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแกนนำผู้ติดเชื้อที่ร่วมให้บริการของโรงพยาบาล และจากหนังสือ/วิทยุ/โทรทัศน์/สิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 33.7) การเปิดเผยผลเลือดผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ในอดีตการเปิดเผยผลเลือด ยังไม่ถึงร้อยละ 80 แต่ปัจจุบัน การเปิดเผยผลเลือดของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้ง 2 กลุ่ม มีมากขึ้น (มากกว่าร้อยละ 90) แสดงว่า การเข้ามารับบริการทำให้ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้ง 2 กลุ่มกล้าเปิดเผยผลเลือดมากขึ้น ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อได้รับความช่วยเหลือคือความช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 94.3 รองลงมาคือ ด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 87.0 และด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 64.2 ส่วนด้านการส่งเสริมอาชีพ และด้านทุนการศึกษาบุตร ยังได้รับการช่วยเหลือเพียงส่วนน้อย คือไม่ถึงครึ่งของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการช่วยเหลือด้านนี้ โดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อให้การช่วยเหลือในทุกด้านมากกว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่ ได้รับความช่วยเหลือมากในด้าน การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพสุขภาพ และการรักษา ส่วนด้านเงิน ค่าใช้จ่าย ด้านการส่งเสริมอาชีพ และด้านทุนการศึกษาบุตร ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับความช่วยเหลือน้อย น้อยกว่าครึ่งที่ได้รับการช่วยเหลือ ดังนั้นควรมุ่งเน้นประสานการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการ

1.2.3 ความเชื่อมั่นระบบรักษาความลับและการบริการที่ได้รับของโรงพยาบาลมอมมองผู้รับบริการตามการรับรู้

ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 2 กลุ่ม เชื่อมั่นว่าระบบบริการมีการรักษาความลับได้ ด้านการบริการที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีความแตกต่างกัน คือ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ได้รับการเยี่ยมบ้านเพียงส่วนน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 20) เมื่อเทียบกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่ (มากกว่าครึ่ง) ได้รับการเยี่ยมบ้าน รวมทั้ง ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80)ยังได้เข้ากลุ่มของผู้ติดเชื้อ /ผู้ป่วยเอดส์

สรุปได้ว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ยังขาดการลงเยี่ยมบ้าน แสดงว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่ได้รับการยังไม่ครอบคลุมการบริการแบบองค์รวม คือมุ่งเน้นเพียง 3 ด้าน คือ ด้านการตรวจรักษา ด้านการให้คำปรึกษา ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ต่างกับ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ที่มากกว่า

ครั้งได้รับบริการครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านการตรวจรักษา ด้านการให้คำปรึกษา ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และด้านการเยี่ยมบ้านทั้งจากเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพและแกนนำผู้ติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล และระบบบริการรองรับโครงการยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล

2.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียงมากที่สุด (ร้อยละ 60) รองลงมา คือ ขนาด 90 เตียง และ 120 เตียง เท่ากัน (ร้อยละ 20) พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่ต้องดูแล น้อยกว่า 200 ราย และ (ร้อยละ 60) มีอัตราการครองเตียงต่ำกว่า ร้อยละ 80 ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่ต้องดูแล มากกว่า 200 รายขึ้นไป รวมทั้งอัตราการครองเตียง พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีอัตราการครองเตียงสูงกว่า ร้อยละ 80 นับว่าการะความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีมากกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีการดำเนินการครบทุกแห่ง (ร้อยละ 100) แบ่งดังนี้ ระบบ ISO โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ผ่านการพัฒนาคุณภาพ ISO เพียง 1 แห่ง ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ผ่านการพัฒนาคุณภาพ ISO 4 แห่ง ระบบ HA โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ผ่านการพัฒนาคุณภาพ HA 2 แห่ง ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ 4 แห่ง ผ่านการพัฒนาคุณภาพ HA ด้าน HPH พบว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ มี 3 แห่ง ผ่านการพัฒนาคุณภาพ HPH ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีเพียง 2 แห่ง ผ่านการพัฒนาคุณภาพ HPH ประสิทธิภาพการดำเนินการโครงการยาต้านไวรัส โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ 4 แห่ง (ร้อยละ 80) ดำเนินการโครงการยาต้านไวรัส น้อยกว่า 5 ปี ขณะที่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 80) ดำเนินการโครงการยาต้านไวรัส ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป นับว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีประสิทธิภาพมากกว่าอีกกลุ่ม สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง ซึ่งจัดตั้งศูนย์องค์รวม หรือชมรมผู้ติดเชื้อทำงานร่วมกับโรงพยาบาล มีประสิทธิภาพการทำงานแตกต่างกัน คือ โรงพยาบาล 2 แห่ง (ร้อยละ 40) มีการดำเนินการมาน้อยกว่า 4 ปี ส่วนอีก 3 แห่ง (ร้อยละ 60) มีการดำเนินการมาตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป โดยสถานที่จัดกิจกรรมร่วมของศูนย์องค์รวม หรือชมรมผู้ติดเชื้อทุกแห่ง ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล นับว่า ประสิทธิภาพของโรงพยาบาลที่จัดตั้งศูนย์องค์รวมไม่เท่ากัน อาจมีผลต่อการให้บริการที่มี

ประสิทธิภาพ ทำให้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้นำมาศึกษาในประเด็นนี้

2.2 ระบบบริการองค์รวมโครงการยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล

2.2.1 การกำหนดนโยบาย การกำหนดนโยบาย ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร พบว่า โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพมีเพียง 2 แห่ง แต่โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มี 4 แห่ง มีบางแห่งที่มีการกำหนดนโยบาย แต่ขาดลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ซึ่งจะเห็นได้จากการรับนโยบายโครงการยาต้านไวรัสเอดส์เป็นนโยบายของระดับกระทรวงที่มีการจัดทำโครงการระดับประเทศ สำนักงานสาธารณสุขในการถ่ายทอดนโยบาย โรงพยาบาลทุกแห่งระดับอำเภอจึงต้องดำเนินการทุกแห่งโดยอาจไม่มีการกำหนดนโยบายระดับโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร

2.2.2 การมีส่วนร่วมของผู้บริหารโรงพยาบาล ด้านนโยบาย ด้านบริหารจัดการ และด้านการสนับสนุน มุมมองผู้รับผิดชอบงานเอดส์ พบว่า ด้านนโยบาย ผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่งมีส่วนร่วมและให้ความสำคัญ ด้านบริหารจัดการผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มากกว่าผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมด้านนี้น้อยที่สุด ด้านการสนับสนุน ผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มากกว่าผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมด้านการสนับสนุน ทั้งหมดมีส่วนร่วมการสนับสนุน มากกว่าผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพที่มีเพียงบางแห่ง

2.2.3 โครงสร้างคณะทำงานรับผิดชอบโครงการยาต้านไวรัสเอดส์

โรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม เกือบทั้งหมดมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเป็นทางการชัดเจน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ โดยทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ชั้นสูง ผู้ให้คำปรึกษา เกือบทุกแห่ง ขาดเพียง 1 แห่ง ไม่มีผู้ให้คำปรึกษาแต่มีแกนนำ บทบาทของแกนนำในการมีส่วนร่วมทำงาน ได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้และออกเยี่ยมบ้านแกนนำทำทุกแห่ง รองลงมา ร้อยละ 80 ให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล, เยี่ยมผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล, จัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่วนการอบรมแกนนำผู้ติดเชื้อ, จัดบริการในคลินิกและส่งเสริมอาชีพมีการทำงานอยู่ระดับน้อย โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการเสริมสร้างศักยภาพทีมสหวิชาชีพ ส่วนใหญ่อบรมนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีบางแห่งไม่มีการสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์องค์รวม การเกิดศูนย์ส่วนใหญ่เกิดจาก

ผู้ป่วยรวมกลุ่มกันเองและเจ้าหน้าที่ ผลักดัน รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่น เกือบทุกแห่งในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ (มากกว่าร้อยละ 80) มีการประชุมทั้งภายในที่เน้นเรื่องรวบรวมข้อมูลปรับกระบวนการ วิเคราะห์แก้ปัญหา และภายนอกส่วนใหญ่แพทย์เป็นผู้ร่วมประชุม ซึ่ง ต่างกับโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีเพียงบางแห่งที่ประชุม

การประสานโครงการและ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากหน่วยงาน ต่างๆ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพจะมีการประสานหรือได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเป็นบางแห่ง (ร้อยละ 60) โดยประสานกับ ศูนย์สุขภาพชุมชน มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้นำชุมชนต่างกับโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ทุกแห่ง มีการประสานหรือได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยประสานกับ ศูนย์เฉลิมพระเกียรติอำเภอ มากที่สุด รองลงมาคือกับศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านงบประมาณ พบว่าโรงพยาบาล ทุกแห่งได้รับงบประมาณ

2.24 ลักษณะการจัดบริการสุขภาพ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ จัดแบบปกติตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และแบบOne Stop Service ส่วนโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการแบบคลินิกเฉพาะ

ลักษณะการจัดกิจกรรมการให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาล ทั้ง 2 กลุ่ม จัดบริการแบบองค์รวม โดยครอบคลุมบริการ ทั้งด้านการแพทย์/พยาบาล ด้านสังคมจิตวิทยา ด้านบริการดูแลต่อเนื่อง ด้านการคุ้มครองสิทธิ ด้านการประสานส่งต่อดูแล แต่ต่างกันในเรื่องกิจกรรม

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ และที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

3.1 สถานะสุขภาพองค์รวม

ใน 1 เดือนที่ผ่านมาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ไม่มีการเจ็บป่วย แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลที่ดำเนินโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย โรคแทรกซ้อนใน 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน การรับรู้

สุขภาพองค์รวมด้านต่างๆ พบว่า โรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม มีสถานะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ การดำเนินชีวิต ดีขึ้นโดยโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีสถานะสุขภาพ ดีขึ้นมากกว่าส่วนด้านเศรษฐกิจโรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม ยังเหมือนเดิมไม่ดีขึ้น

ระดับCD4

ผลจากการตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ประเมินสถานะทางคลินิก ในร่างกายจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 6 เดือน หลังรับประทานยาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า การตรวจCD4 ครั้งที่1 และ 2ค่าสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงของผลตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันCD4 ที่ ≥ 200 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีผลการเปลี่ยนแปลงวัดระดับภูมิคุ้มกันCD4 ที่ ≥ 200 สูงกว่าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพและ ในครั้งที่ 2 สูงขึ้นกว่าครั้งที่1 ทั้ง 2 กลุ่ม

แสดงว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการเปลี่ยนแปลงของ CD 4 มากกว่า ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน

น้ำหนักตัว

กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มากกว่าร้อยละ 70.3 มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหรือ ไม่เปลี่ยนแปลง และร้อยละ 23.5 มีน้ำหนักตัวลดลง

แสดงว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการเปลี่ยนแปลงของ ที่เพิ่มขึ้น มากกว่า ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน

การรับรู้คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยรวม กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ และต่ำกว่าในรายด้านทั้งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสังคม ยกเว้น คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าเมื่อเทียบกับ โรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

แสดงว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการรับรู้คุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้าน ดีขึ้น มากกว่า ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน

3.2 ความพึงพอใจคุณภาพบริการตามการรับรู้

ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ ความพึงพอใจคุณภาพบริการตามการรับรู้ โดยรวมและรายด้าน ทั้งด้านระบบบริการ ด้านกระบวนการและ ด้านผู้ให้บริการสูงขึ้นมากกว่า ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านกระบวนการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

3.3 พฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอ

ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งได้รับการบริการแบบองค์รวมที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ มีพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอดีขึ้นมากกว่า ที่ดำเนินการโดยสหวิชาชีพ แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรปรับปรุงการให้บริการด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อเอดส์ให้ครอบคลุมในทุกราย และการสนับสนุนให้มียางานทำซึ่งมีผลให้ผู้ติดเชื้อมีผลการรับรู้ภาวะสุขภาพองค์รวมในทางที่ดีขึ้น
2. ควรมีการวางแผนพัฒนารูปแบบบริการที่ส่งเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมรายได้ ให้แก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสที่ต้องการความช่วยเหลือ
3. จากการที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ตัดสินใจเข้าถึงบริการเมื่อร่างกายทรุดโทรมมาก ควรนำไปใช้ปรับปรุงแนวทางการให้บริการปรึกษาและดูแล เช่น การเปิดเผยผลเลือดกับคู่ครองตนเอง การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์และการเข้าถึงโครงการยาต้านไวรัส
4. ควรมีการวางแผนพัฒนารูปแบบบริการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์และการประสานระหว่างหน่วยบริการรวมถึงการให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยไม่รังเกียจ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อกล้าเปิดเผยตัวและเข้าสู่ระบบบริการได้อย่างรวดเร็ว

5. ควรพัฒนาศักยภาพกลุ่มให้มีความเข้มแข็ง ช่วยการดูแลผู้ติดเชื้อ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบสนับสนุนทางเศรษฐกิจ และพัฒนาบทบาทแกนนำในการมีส่วนร่วมในการให้บริการให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

6. ควรมีการจัดบริการแบบองค์รวมควรมีการส่งเสริมและพัฒนาให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

7. ควรมีการเน้นนโยบายการดำเนินงานในระดับผู้บริหารเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการจัดบริการ การพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในบุคลากรและแกนนำผู้ติดเชื้อ และการมีสัมพันธภาพที่ดี น่าจะส่งผลต่อการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างได้ผล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาบริบทหรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างรอบด้านที่อาจจะส่งผลต่อการศึกษาที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

2. จากการศึกษาผู้รับบริการส่วนใหญ่มีปัญหาส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการตอบแบบสอบถามเนื่องจากส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษาจึงอาจส่งผลต่อผลที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ควรมีใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

3. มีการศึกษาซ้ำในจำนวนขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น และ อาจศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสหรือในโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกันเช่น ขนาดเตียงเท่ากัน

EFFECTIVENESS OF HOLISTIC CARE IN NATIONAL ACCESS TO
ANTIRETROVIRAL PROGRAM, NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

NONTALEE NIMSOMBOON 4637251 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : CHANUANTONG TANASUGARN Dr.P.H.,
THARADOL KENGGKARNPANICH M.A., KWANJAI AMNATSATSUE Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

BACKGROUND AND SIGNIFICANCE OF THE PROBLEM

AIDS is a severe communicable disease threatening the health of the world population. According to the report of the Epidemiology Division, Communicable Disease Control Department, Ministry of Public Health, it was found that the number of AIDS and HIV infected patients with symptomatic HIV infection during the years 1984 to January 31, 2005 was 354,510. Among this number, 85,372 patients died while the HIV/AIDS infected patients still have a risk to get opportunistic infections. Even though the number of new HIV infected cases has a tendency to be decreased but a huge number of these patients who need care is increasing. In 2006, it was expected that the numbers of HIV infected and AIDS patients will be 508,323 and 60,052 respectively. AIDS patients have to face with many problems including physical problem which will lead to the problems regarding living, being rejected by society and psychological problem. Thus, these patients need to be supported to access to an antiretroviral program and holistic care for every problem dimension.

Thai government recognized the significance of this problem, thus, the Communicable Disease Control Department has launched the program for developing services and following-up HIV/AIDS patients. The patients have been supported to access the services. This program was named “The National Access to Antiretroviral Program”. The development program has been implemented for staff which include physicians, nurses, laboratory technicians, counselors, and pharmacists, as well as non-governmental organization staff and the HIV infected patients themselves. The important measures are: the development of the basic structures of the health service system parallelly with the integration of medical care nursing care, counseling services, and social services; the development of comprehensive and continuum care for HIV/AIDS patients in every stage of the disease progress; providing home and community-based care for HIV/AIDS patients; and the quality improvement of the services.

It was evidenced that there is a high level of increasing number of HIV/AIDS patients who come to the health service system and this situation has led to the problems concerning the service quality, for example, the unbalanced numbers of service providers and service receivers. Thus, the introducing the network of HIV infected patients to participate in the AIDS program intensively must be very important.

Nakhonratchasima Province has launched the holistic care for HIV/AIDS patients under the National Access to Antiretroviral Program in community hospitals since 2002. The activities included providing medical services and health promotion, promoting the participation of the network of HIV infected patients with the medical team to provide holistic care in regard to counseling, home-visit, providing assistance to the group members by applying the concept of self-help group with the aims to exchange learning, to increase self-care capacity for both group members and the patients themselves. As the programs have been carried on, there was the lack of the compilation of data regarding characteristics and the patterns of the holistic care provided as well as the effectiveness of the programs as the outcomes of the participation of the HIV infected patients and the medical team. Therefore, the results from this study will be very helpful in planning a program for improving and

developing the holistic health service system that can take an appropriate holistic care for the HIV/AIDS patients relevantly with the problems in each area and leading to the better quality of life of the HIV/AIDS patients sustainably. The data will also be useful in establishing the policy that can support and develop the health service system for the HIV/AIDS patients in Nakhonratsima Province.

RESERCH QUESTION

Whether or not there was the difference of the effectiveness of the holistic care in the National Access to Antiretroviral Program, between the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV/AIDS patient-leaders?

GENERAL OBJECTIVE

To compare the effectiveness of the holistic care in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV/AIDS patient-leaders, in the HIV/AIDS infected patients who were being treated by antiretroviral in Nakhonratsima Province.

SPECIFIC OBJECTIVES

1. To study the characteristics of the holistic care pattern provided for the HIV/AIDS patients who received antiretroviral drugs in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV/AIDS patient-leaders in Nakhonratsima Province.

2. To compare the change of holistic health status of the HIV/AIDS patients who were being treated by antiretroviral medicines in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the hospitals that provided the care by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, in Nakhonratsima Province.

3. To compare the service satisfaction of the HIV/AIDS patients who were being treated by antiretroviral medicines in the hospitals where the holistic care was provided by the multiple-disciplinary team and in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, in Nakhonratsima Province.

4. To compare medication taking behavior of the HIV/AIDS patients who were being treated by antiretroviral medicines in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, in Nakhonratchasima Province.

HYPOTHESES

1. There is a difference between the characteristics of the holistic care pattern provided for the HIV/AIDS patients who received antiretroviral drugs in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV/AIDS patient-leaders, in Nakhonratchasima Province.

2. There is a difference between the holistic health status of the HIV/AIDS patients who received the holistic care in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and of the HIV/AIDS patients who received the holistic care in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, in regard to perceived holistic health status; perceived illness and opportunistic infections; perceived quality of life, body weight, and CD4 level.

3. There is a different level of service satisfaction between the HIV/AIDS patients who were being treated by antiretroviral medicines in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV/AIDS patients in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders.

4. There is a different regularity of medication taking behavior between the HIV/AIDS patients who were being treated by antiretroviral medicines in the hospital where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV/AIDS patients in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV/AIDS infected patient-leaders.

RESEARCH METHODOLOGY

Research Design. The cross-sectional survey research design was employed.

Population and Sampling

Population

The population of this study comprised of 26 community hospitals under the administration of the Provincial Public Health Office, Nakhonratsima Province. The target population consisted of 2 groups who were willing to participate in the study: 1) the staff who were responsible for AIDS Programs; and 2) HIV/AIDS patients in the studied hospitals.

Samples

Steps in selecting the research areas and the samples were as follows:

Step 1: Selection of the research areas

The purposive sampling method was used to select the community hospitals under the administration of Nakhonratchasima Provincial Public Health Office, whereby 2 types of health service system were implemented: 5

selected community hospital that the holistic care was provided by the multidisciplinary team and 5 selected community hospitals that the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders. The sampling was done by considering the distribution of the data in regard to the number of beds and the number of HIV/AIDS patients who were treated by antiretroviral medicines for at least 6 months in each hospital in accordance with the number of beds, as the following criteria:

The Criteria for selecting Hospitals

1. The community hospitals under the administration of the Provincial Public Health Office, Nakhonratchasima Province that participating in the National Access to Antiretroviral Program.
2. The 30-bed hospitals that providing holistic care by the multi-disciplinary team and those that providing holistic care by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, were selected.
3. Dividing the selected hospitals into 2 groups, those with the provision of holistic care by the multi-disciplinary team and those with the provision of holistic care by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, by having the pair of the hospitals that have the same number of beds and the similar number of the HIV/AIDS patients who were being treated by antiretroviral medicines of at least 6 months.
4. Those respondents who were willing to join the program.

Step 2: Selection of the samples

Two groups of the samples were selected from the selected hospitals in accordance with the criteria as follows:

- 1) The staff who were responsible for the AIDS programs. There were 5 staff from the hospitals that the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and 5 staff from the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders.

2) HIV/AIDS patients who were being treated by antiretroviral medicines of at least 6 months who attended the Out-Patient Department of the sampled hospitals.

The sample size was decided by applying the formula developed by Yamane (1973: 725). The sample size of not less than 220 was the outcome of using the mentioned formula. Since the purposive sampling method was used to select the samples, the sample size of 289 was employed and the selection of the samples was done by considering the following criteria:

The Criteria for selecting HIV/AIDS patients:

1. Those whose age was 20 years and higher and had the positive result of the HIV blood test.
2. Those who can read and write.
3. Those who received antiretroviral medicines for at least 6 months.
4. Those who were willing to participate in the program.

From the above criteria, the samples were as follows:

Hospital Size	The hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team		The hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV/AIDS patient-leaders	
	Hospital Name	Number of HIV/AIDS patients*	Hospital Name	Number of HIV/AIDS patients*
120 beds	Buayai	79	Pakchong	125
90 beds	Soongnern	57	Dankhuntod	48
30 bead	Banlium	18	Chokechai	54
	Muang-yang	14	Serngsarng	26
	Wang-namkhiew	18	Huan-thalang	40
Total	5	184	5	293

* Number of HIV/AIDS patients including the HIV/AIDS patient-leaders

Research Instruments

The research instruments used were the interviewing and the questionnaire developed by the researcher. Checking and revision were made with the drafted instruments for content validity and content correction by the thesis advisors. The revision was then followed before pretesting. The reliability of the instruments was made by employing Cronbach's Alpha coefficient analysis. There were 2 sets of the research instruments as follows:

Set 1: The interviewing . This instrument was used with the staff who were responsible for AIDS program of the hospital, in regard to the organization of the holistic care in the hospital. This instrument was developed by the researcher and composed of 3 parts as follows:

Part 1: General data about the respondents

Part 2: General data about the hospital

Part 3: The pattern of the holistic care of the Access to Antiretroviral Program of the hospital

Set 2: Questionnaire. This instrument was used with the sampled HIV/AIDS patients in regard to the holistic care received from the hospital. It was developed by the researcher and composed of 6 parts as follows:

Part 1: General data about the respondents

Part 2: Data regarding accession to the health care, perceived health status, receiving the health care and assistance

Part 3: Assessment of quality of life of the HIV/AIDS patients who received antiretroviral medicines in regard to physical, mental, social and spiritual aspects and quality of life satisfaction

Part 4: Assessment of perceived service satisfaction of HIV/AIDS patients in regard to the service system, service process and the service providers

Part 5: Medication taking behavior

Part 6: Treatment history in regard to body weight and CD4

DATA ANALYSIS AND THE STATISTICS USED

1. Descriptive Statistics

1.1 The analysis of the data regarding general information about the staff responsible for AIDS programs of the hospital, general information about the hospital, and the pattern of the holistic care provided was done by computing frequency, percentage, arithmetic means, and standard deviation.

1.2 The analysis of the data regarding perceived holistic health status, perceived quality of life, service satisfaction, and medication taking behavior was done by computing frequency, percentage, arithmetic means and standard deviation.

2. Inference Statistics

2.1 Difference comparison of the pattern of the holistic care provided by the multi-disciplinary team and the pattern provided by the multi-disciplinary team and HIV/AIDS patient-leaders was analyzed by computing frequency and percentage.

2.2 Difference comparison of health status, perceived quality of life, service satisfaction and medication taking behavior of the HIV/AIDS patients who received the holistic care from the multi-disciplinary team and of those who received the holistic care from the multi-disciplinary team and HIV infected patient-leaders was analyzed by computing Student's t-test and z-test with the confidential level of 95%.

RESEARCH RESULTS AND DISCUSSION

The data collected from 10 sampled hospitals through the use of the interviewing schedule with the staff who were responsible for the AIDS programs in the hospitals, in regard to the general information, showed that 60.0 percent were females but 60 percent of males were found in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team compared to 80 percent of female staff in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders. The average age of the two group was 36.5 years with the minimal age of 24 years and the maximal age of 51 years. Among the respondents in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team, the high percentage of the staff who were responsible for AIDS program (80.0%) aged lower than 40 years while 60 percent of those in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and HIV infected patient-leaders aged lower than 40 years. According to the study carried out by Sucha Janaim, the high peak of physical fitness reaches at the age of about 25-35 years but during the middle age of 40-60 years, the working efficiency of the people in regard to body activity has decreased which may lead to the effectiveness of the holistic care provided. In regard to the working experience on AIDS program, it was found that most of the staff responsible for the AIDS programs (80%) had 1-5 years of experience with the minimum of 2 years and the maximum of 15 years. In the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team all of the respondents (100%) had 1-5 years of experience about AIDS program while 60 percent of the respondents in another group had 1-5 years of experience. In some hospitals there were 40 percent of the respondents had experience about AIDS program higher than 5 years. Regarding the position of the staff who were responsible for the AIDS program, the highest percentage of them (60%) were professional nurses and the next groups were academicians and community health staff (30% and 10% respectively). In the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team, most of the responsible staff were professional nurses and professional public health personnel (40% of each group) while in the hospitals

where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, 80 percent of the respondents were professional nurses and 20 percent were professional public health personnel. In regard to the roles that the respondents play outside their organizations it was found that in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders there were 60 percent of the respondents had played the role outside the hospitals compared to 40 percent of the respondents who worked in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team. That role related to being the members of the operational committee on AIDS program at the district level. Regarding attending the training program about the National Access to Antiretroviral program, 60 percent of the personnel responsible for AIDS programs in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team indicated that they have ever attended the training program compared to 100 percent of the respondents who worked in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders.

1.2 General Characteristics of the HIV/AIDS Patients

The data regarding the general characteristics of the HIV/AIDS patients who were being treated by antiretroviral medicines for at least 6 months, 89 cases from the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and 193 cases from the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, were presented as follows:

1.2.1 Socio-Demographic Characteristics

More than half of the total sampled patients were females with the average age of 38.61 years (minimum of 21 years and maximum of 67 years), while higher than 70 percent of them aged 30-44 years, another words were in adulthood. This finding was similar to the study of Ratana Punpanich et al.¹ who evaluated the ATC Program whereas the average age of 38.66 years was found among the

sampled group. It was evidenced that the demographic characteristics of the HIV infected persons and AIDS patients have not changed. In regard to marital status of the sampled HIV infected patients, higher than 80 percent of them were married whereby most of them still stayed with their couples and some of them were widows. The high percentage of the sampled group finished primary school and the next education level was junior secondary school, which indicated the low level of compulsory education of the samples. In regard to occupation, the sampled patients indicated that before getting HIV infection higher than 90 percent of them were agriculturists but after getting HIV infection 70 percent of them were found to be agriculturists and unemployment has increased compared with before getting HIV infection. Comparing between the two groups of the sampled HIV/AIDS patients, the number of unemployed patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team was found to be higher than of the HIV/AIDS patients in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders. Among all of the sampled patients, most of them (higher than 70%) mentioned that their income was not enough and they also had some debts. The higher percentage of the HIV/AIDS patients in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders had enough income and some savings than the patients in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team. This finding showed that the economic status of the HIV/AIDS patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders was better than of the patients in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team. In regard to family relationship, most of the sampled patients mentioned that their family member love, care and help each other.

1.2.2 Access to the Service

There were more than 70 percent of all sampled patients hold universal health insurance, the gold universal card, while some of them participated in the social insurance program. The high percentage of them indicated that it was convenient for them to get the health service. Regarding the time that they first

access to the health service for HIV/AIDS patients, most of them decided to get the service when they have gotten very severe symptoms. Higher than 80 percent of them mentioned that they received health information from physicians, nurses and health personnel. But for the second source of information, more than half of the HIV/AIDS patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team received the information from newspapers, printed materials and 30.3 percent indicated that they received the information from the provincial patient-leaders who organized the activities for them. For the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, more than 60 percent received the information from the HIV infected patient-leaders themselves while 33.7 percent received the information from newspapers/radio/ television/printed materials. In regard to telling other persons about their blood test result, it was found that in the past less than 80 percent of the sampled patients mentioned that they have told other persons about their blood test result but at present, higher than 90 percent indicated that they have told other persons about their blood test result. This finding showed that assess to the service helped them feel free to tell others about their blood test result. There was a high percentage of the sampled patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders who have received various assistances from the health providers. Those assistances included health performance (94.3%), medical treatment (87.0%), and finance/expense (64.2%). But for the assistances regarding vocational promotion and child's scholarship, less than half of the patients have received these assistances. Generally, the patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders have received more assistance in all aspects than those patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team, whereas most of the assistance received were health performance and medical treatment but less assistances received were finance/expense, vocational promotion, and child's scholarship. Thus, the emphasis should be on collaboration for economic assistance in order to enhance service effectiveness.

1.2.3 The Confidence on the Secret Keeping System and Services Received : Service Receivers' Perception

The sampled HIV/AIDS patients were confident that the health service system had the good secret keeping system. In regard to the patients' perception about the service, it was found that less than 20 percent of the HIV/AIDS patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team had received home-visit compared to higher than half of the patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders had received home-visit and the high percentage of them (>80%) had participated in the self-help groups.

In conclusion, the HIV/AIDS patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team did not receive adequate home-visit service. This finding showed that most of the patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team did not receive the complete holistic care whereby only 3 aspects have been included, medical treatment, counseling, and participating in group activities. But among the patients who received the holistic care from the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, there were more than half of them have received all 4 aspects of the holistic care: medical treatment, counseling, participating in group activities, and home-visit from both the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders.

Part 2 General Information of the Hospitals and the Holistic Care System of the National Access on Antiretroviral Program

2.1 General Information of the Hospitals

Most of the sampled hospitals were 30-bed hospitals (60%) and 20 percent were 90-bed and 120-bed hospitals. There were 60 percent of the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team had taken care of less than 200 patients in the Out-patient Department, with less than 80 percent of the hospitalization rate. Among the hospitals where the care was provided by the

multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, most of the hospitals (80%) had taken care of more than 200 patients in the Out-patient Department, with higher than 80 percent of the hospitalization rate. This situation showed the higher burden of responsibility in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders compared to the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team. Regarding hospital quality development, it was found that all hospitals (100%) have implemented aspects of hospital quality development. In regard to ISO system, only 1 hospital in the group that the holistic care was provided by the multi-disciplinary team has met the criterion standard of hospital quality development developed by ISO while 4 hospitals from the other group have met the ISO criterion standards. For the Hospital Accreditation System (HA), there were 2 hospitals in the group that the holistic care was provided by the multi-disciplinary team have met the HA criterion standards while 4 hospitals in another group have met the HA criterion standards. In regard to HPH, 3 hospitals in the group that the holistic care was provided by the multi-disciplinary team were found to have met the HPH criterion standards while only 2 hospitals in the other group have met the HPH criterion standards. Regarding the working experience in the National Access on Antiretroviral Program, there were 4 hospitals in the group that the holistic care was provided by the multi-disciplinary team (80%) has worked in this program for less than 5 years while 4 hospitals in the other group (80%) have worked in this program for longer than 5 years. For the 5 community hospitals where the Holistic Centers or the HIV infected Patients Clubs were established and worked cooperatively with the hospitals, the experiences of this group were different whereby 2 hospitals (40%) have worked in this program less than 4 years and the other 3 hospitals (60%) have worked in this program longer than 4 years. The places where the activities were participatory organized by the Holistic Centers or HIV Infected Patients Clubs were located in the hospitals. The finding showed that the working experiences of the hospitals where the Holistic Centers were established were different which may affect the effectiveness of the service provided and may also lead to the outcomes occurred with the service receivers but this aspect was not studied in this research project.

2.2 The Holistic Care System in the Antiretroviral Program

2.2.1 Policy. The hospital policy in regard to the Antiretroviral Program was found to be written clearly in 2 hospitals in the group that the holistic care was provided by the multi-disciplinary team while in the hospitals that the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders there were 4 hospitals (80%) that the established policy was not written clearly. This finding may be due to the fact that after the Ministry of Public Health adopted the policy on antiretroviral program the National Access to Antiretroviral Program has been developed and the provincial public health offices have informed this policy to every hospital in the provinces. Then all district hospitals have to put this policy into practice without clear written policy at the hospitals level.

2.2.2 Participation of the Hospital Managers in Regard to Policy, Management, and Support. According to the perception of the personnel who were responsible for the AIDS program, it was found that, as relating to policy, all hospital managers have participated and recognized the significance of this policy. In regard to management, the higher level of participation in management was found in most of the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders compared to the managers in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team whereas the lowest level of participation was found. In regard to the support aspect, the managers in most of the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders were found to involve in supporting the program more than the managers in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team.

2.3.3 The Structure of the Operational Committee on the Antiretroviral Program

Among the two groups of the sampled hospitals almost all of them have established the official committee as well as defining the explicit roles of the multi-disciplinary team. Almost all of the multi-disciplinary teams composed of physician, nurse, pharmacist, laboratory technician, and counsellor except 1

hospitals that did not have counsellor instead 1 patient-leader. The clear roles of the HIV infected patient-leader in participating in the activities have been set as disseminating information and providing home-visit, counseling at the hospital, visiting HIV infected patients in the hospital, and organizing a self-help group. In regard to the training program for the HIV infected patient-leaders, providing services in the clinic out these activities at the low level. All hospitals have promoted capacity building of the multi-disciplinary team whereas most of the training programs were organized outside the hospitals. It was found that some hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team did not support the establishment of the Holistic Center. Most of centers were established by the gathering together of the HIV/AIDS patients themselves with the encouragement of the health personnel including the support provided by the local organizations. In the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders it was found that more than 80 percent of this group have organized the in-house meetings that focused on data collection, modifying the process, problem analysis, as well as outside meetings. It was also found that in most of the meetings, physicians were the majority of the meeting members. Only few hospitals in the other group had organized the meeting.

Collaborating the Program and Supports from Other Organizations.

There were 60 percent of the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team had collaborated the program activities and received supports from other organizations. The organization that was mostly collaborated with was community health centers and the second one was the community leader group. This finding was different from the finding found in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders that all hospitals had collaborated or received supports from many organizations, mostly with the District Royal Honorable Centers and the second organization was community health centers. In regard to budget, all hospitals were found to get budget.

2.2.4 Health Service Organization. In the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team, the health service was organized normally in the Out-patient Department by setting the clinic as a “One Stop Service” while a special AIDS clinic was organized in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team along with the HIV infected patient-leaders.

Regarding the characteristics of the health care activities organized, holistic health care was organized in both groups of the sampled hospitals covering all services concerning medical/nursing, psychosocial, continuous care, right protection and referral aspects, but different details for each activity.

Part 3 Difference Comparison of the Outcomes Occurred with the HIV/AIDS Patients Between the Hospitals where the Holistic Care was Provided by the Multi-Disciplinary Team and the Hospitals where the Care was Provided by the Multi-Disciplinary Team Along with the HIV Infected Patient-Leaders

During the past 1 month after launching this program it was found that the HIV/AIDS patients in the hospitals where the holistic care was organized by the multi-disciplinary team did not get any illness while those in the other group had some illness. Regarding the complications occurred during the past 1 month, most of the patients in both groups (>70%) had no complications. It was also found that the patients in both groups had better health status in regard to physical, emotional and psychological aspects as well as their lifestyles. However the higher level of health status of the patients in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team along with the HIV infected patient-leaders was found as compared to the patients in the other group. In regard to economic aspect, perceived economic status of both groups has not changed.

CD4 Level

According to the laboratory tests of CD4, 2 times with 6 months apart, after the patients took antiretroviral medicines for 1 month, it was found that the change between the 1st result of CD4 and the 2nd result of CD4 at ≥ 200 of the

HIV/AIDS patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders was higher than the change found in the patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team. However, the 2nd result of CD4 at ≥ 200 of both groups of the patients was found to be higher than the 1st test. This finding showed that the CD4 level of the HIV/AIDS patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team along with the HIV/AIDS patient-leaders was somewhat higher than of the patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team but no significant change was found.

Body Weight

Among the patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, higher than 70.3 percent of them who gained more weight or the same weight while 23.5 percent lost weight.

This finding showed that the HIV/AIDS patients who used the antiretroviral medicines and received holistic care from the multi-disciplinary team along with the HIV infected patient-leaders had better body weight than those in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team, but the clear difference was not found.

Perceived Quality of Life

It was found that the total quality of life mean score of the sampled patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team was lower than of the patients in the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team along with the HIV infected patient-leaders. The lower level of quality of life mean score in regard to physical, mental and social aspects was also found in the samples of the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team compared to the other group except the spiritual aspect whereas the mean score was found to be higher in the patients from the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team.

This finding showed that the patients who received antiretroviral medicines and holistic care provided by the multi-disciplinary team along with the HIV infected patient-leaders had better perceived quality of life, totally and dimensionally, than the patients from the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team but the explicit difference was not found.

3.2 Perceived Service Satisfaction

The higher service satisfaction was found among the HIV/AIDS patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team and the HIV infected patient-leaders, totally and dimensionally as regard to service system, process, and service providers, compared to the patients from the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team alone. Especially, the process satisfaction. The explicit difference was found between the two groups of the samples.

3.3 Regularity of Medication Taking Behavior

Better regularity of medication taking behavior of the HIV/AIDS patients in the hospitals where the holistic care was provided by the multi-disciplinary team along with the HIV infected patient-leaders was found compared to the patients from the hospitals where the care was provided by the multi-disciplinary team. But the explicit difference of the behavior was not found.

RECOMMENDATIONS DERIVED FROM THE RESEARCH RESULTS

1. The improvement of the holistic care in regard to social and economic aspects of every HIV/AIDS patient should be done including supporting them to get a job which will help the patients had better perceived holistic health status.
2. The planning should be done in regard to developing the service model that can promote self-actualization and income of the HIV/AIDS patients who need assistance.

3. As it was found that the HIV/AIDS patients decided to get the health service when they had severe symptoms, this finding should be utilized for improving the counselling and care services, for example, letting their spouses know their results of blood tests, public relations/educational activities about AIDS and access to antiretroviral program.

4. The planning should be done in regard to developing the service model of the access to antiretroviral program and the collaboration among the governmental and private organizations including community participation in order to help the community live normally with the HIV/AIDS patients, thus the HIV infected patients will feel free to show up and access to the health services promptly.

5. Capacity building should be done for the care providers in order to strengthen them to provide good medical care, counseling, home-visit, financial assistance, and to take roles in providing services which is more responsive to the expectations of the HIV/AIDS patients.

6. The holistic care should be promoted and developed continuously by working cooperatively with the PWA self-help group.

7. The policy on the access to antiretroviral program should be emphasized at the executive level in order to make the program be more effective, help the managers recognize the significance of the service, organize continuous and regular capacity building of the health personnel and the HIV infected patient-leaders, and to create good relationship among these members, which will lead to the improvement and development of the service quality.

RECOMMENDATIONS FOR FURTHERING RESEARCHES

1. The study about the contexts or the factors affecting all aspects of health should be carried out.

2. As it was found that most of the service receivers had the problem about answering the questionnaire due to the fact that most of them finished primary school which may affect the research results, thus the appropriate research instrument should be developed relevantly with the target group.

3. The similar type of this research should be repeated with the larger sample size or covering all samples should be done as well as with the group of HIV infected patients who do not get antiretroviral medicines or in the other hospitals with similar contexts, for example, the similar bed-size.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กมลวรรณ หวังสุข. (2541). **ประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี** โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **แนวทางปฏิบัติงานโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์**. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2548). **สรุปสถานการณ์โรค**. เอกสารอัดสำเนา
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). **แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง**. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มงานโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). **การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ.2527-2549**. <http://www.aidsthai.org/care> : April 2006.
- กัลปนา เพชรเล็ก. (2545). **ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกันบกพร่อง** โรงพยาบาลจังหวัดตราด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา วาณิชบัญชา. (2541). **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for Windows**. (พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกสรี เลิศประไพ. (2539). **ประสิทธิผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกียรติ รักรุ่งธรรม, บรรณาธิการ. (2541). **เอดส์ : การวิจัยทางคลินิก**. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นงลักษณ์ ตรงศิลป์, พจน์ กริชไกรวรรณ, บรรณาธิการ. (2545).

มิติสุขภาพ : กระบวนทัศน์ใหม่ เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ : กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส).

เกรือมาศ วุฒิกานต์. (2545). **ชีวิต ความงามและสุขภาพ. ในมิติสุขภาพ : กระบวนการทัศน์ใหม่ เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ : กรุงเทพฯ**

จารุวรรณ รัชมีเหลืออ่อน. (2535). **ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จริยาวัตร คมพักษ์และคณะ. (2541). รายงานการวิจัยเรื่องการรับรู้ความต้องการและการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษาสำนักปลัดกระทรวง ทบวงมหาวิทยาลัย.

เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล. (2541). **ผลของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.**

ชัยยศ คุณานันท์. (2542). **แนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางเลือก สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. (พิมพ์ครั้งที่1). เจ เอส การพิมพ์.**

ชุดิวรรณ จันคามิ. (2550). **ความสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ดัชนีชีวภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**

ดุสิต สุจิรัตน์.(2539). **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Window เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ,ม.ป.ท.**

_____. (2539). **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Window เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ,ม.ป.ท.**

คุณิ ชุนหวัด. (2537). **การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. ในการดูแลตนเอง : ศาสตร์และการศิลปะทางการพยาบาล(พิมพ์ครั้งที่ 3)สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : วี เจ พรินติ้ง.**

- ธนาภรณ์ อาจศึก. (2544). **ประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลหนองตะไกร อำเภอนองนูนนาก จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุคศึกษาและพฤติกรรมศาสตร บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทา เกียรติกังวาฟไกล. (2540). **ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ภาณุภาค. (2548). **รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย / ผู้ติดเชื้อแบบองค์รวม .สำนักโรคเอดส์ศูนย์วิจัยโรคเอดส์.กรุงเทพมหานคร : สภาวิชาชีพไทย.**
- บังอร หลี่ยมเจริญ. (2545). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการปรับผ่านสู่ภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญขึ้น อิ่มมาก. (2537). **การศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ์. (2524). **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : การพิมพ์พระนคร.
- _____. (2531). **เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร : ศรีอนันต์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). **ทัศนคติ: การวัด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พีระพัฒนา.
- ประเวศ วะสีและคณะ. (2536). **สุขภาพองค์รวม. ในสุขภาพองค์รวมในองค์รวมแห่งสุขภาพ ทัศนะใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชีวิตและการบำบัดรักษา**. ในพระไพศาล วิสาโล (บรรณาธิการ) สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง กรุงเทพมหานคร.
- ประเวศ วะสี. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. กรุงเทพฯ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปราโมทย์ ธีรพงษ์. (2546). **เอดส์ การรักษา ยา และวัคซีน**. กรุงเทพฯ : บริษัท ที.ซี. เอเชีย (2000) จำกัด.

- เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย. (2536). **แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. (2525). (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพมหานคร อักษรเจริญทัศน์.
- พรรณพิศ สุวรรณกุล, นพ.ชัชวาลย์ สอนกระต่าย, นพ.ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร. : An Update on Infectious Diseases. สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิพัฒน์ ลักษมีจักรกุล. (2537). **เครื่องมือการวิจัย ; เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์** สุขภาพภาควิชาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา พันธุ์พานิชและคณะ. (2547). **รายงานการประเมินผลโครงการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย**. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- ลลิตา ชานนท์. (2549). **การประเมินผลโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดกาญจนบุรี**. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 15 (4), 632-637.
- วราภรณ์ บุญเชื่อง. (2547). **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดเชียงใหม่**. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2547). **การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์**. ในพิธีมน นิงสานนท์และคณะ. สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศดานันท์ ปิยะกุล. (2542). **คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสันป่าตอง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตร์ มหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- คันสนีย์ สมิตะเกษตริน, ภัทระ แสนไชยสุริยา (บรรณาธิการ). (2547). **แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา.
- ศิริไท พฤษะศรี.(2546). **พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2546). **คู่มือการให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส**. นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ลัญชัย ชาสมบัติ, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ (บรรณาธิการ). **แนวทางปฏิบัติงานโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- สุวรรณ บุญยสิทธิ์พรณ. (2540). **โรคเอดส์ : การพยาบาลแบบองค์รวม**. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยาการพิมพ์.
- สมจิต ปทุมานนท์, สุนีย์ ละคำปัน,พิบูล กมลเพชรและอันธิชา ลองคำ. (2541). **รายงานการวิจัยเรื่องประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์.ม.ป.ท.**
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ มหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริย์ จันทรโมลี. (2543). **วิธีการทางสุขศึกษา**, (พิมพ์ครั้งที่ 3), กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- สุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์.(2544). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตตาม แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร), สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิณี พักวิสัย.(2545). **ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.(2547). **แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง**. กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์การศาสนา.

..... (2547).สรุปบทเรียนการ

ส่งเสริมการรับประทานยาต้าน ไวรัสเอดส์ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สำหรับผู้ติดเชื้อและ
ผู้ป่วยเอดส์. พี ระมน นิงสานนท์ และคณะ บรรณาธิการ . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย.

อภาพร เฝ้าวัฒนา. (2537). ประสิทธิภาพของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อ
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

อังคณา ศรียาภรณ์. (2541). รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ
ไวรัสเอดส์ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง. ม.ป.ท.

ภาษาอังกฤษ

Cohen, C. et al. (1998). A randomized trial of the effect of ritonavir in maintaining.
Quality of life in advance HIV disease. AIDS, 12 : 1495-1502.

Gibey, V.J. (1987). Self-help. **America Journal of Nursing**. 4 , 23-24.

Padilla, G.V. et al. (1983) Quality of life index for Patients with Cancer. **Research in
nursing and Health**, 6 (September) : 117-126.

Robinson, D. (1985). Self-help groups. **British Journal Hospital Medicine**. 34 (2)
109-111.

Ragsdale, D. & Morrow, J.R (1990). Quality of life as a function of HIV
Classification. **Nursing Research**, 39 : 355-359.

Wachtel, T. et al. (1992). Quality of Life in Persons with Human Immunodeficiency
Virus Infection : **Measurement by the Medical Outcomes Study
Instruments.** Ann. Internal Medicine, 116(2) : 129-137.

Steiger, N.J. and Lipson J.G.(1985). **Self-care Nursing Theory and Practice.**
Marrylan : Apprentice Hall Co; 256-260.

- Trojan, A. (1989).Benefits of Self-help group: A survey of 232 members from 65 disease- related group. **Social Science and Medicine**, 29 (2), 225-232.
- Yamane, T. (1973). **Statistic, an Introductory Analysis**. 3rd ed. New York : Harper and Row.
- Zhan, L (1992) Quality of life : Conceptual and Measurement Issue. **Journal of Advanced Nursing**, 17:795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ชุดที่ 1

แบบสัมภาษณ์

สำหรับผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของโรงพยาบาล

เรื่อง ประสิทธิภาพบริการแบบองค์รวมของโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสจังหวัด

นครราชสีมา

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประกอบการศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริการแบบองค์รวมของโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเดียว และที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับ แกนนำผู้ติดเชื้อ ของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนทางและปรับปรุงคุณภาพการจั้ดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมในอนาคตต่อไป
3. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 : ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์
ส่วนที่ 2 : ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล
ส่วนที่ 3 : รูปแบบบริการองค์รวมโครงการยาต้านไวรัส
4. ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในส่วนของภาพรวมเท่านั้น ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อท่านและหน่วยงานของท่านแต่อย่างใด ดังนั้นจึงขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม
5. ขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้

รหัสโรงพยาบาล ☐ ☐ เลขที่แบบสอบถาม ☐ ☐ ☐ วันที่บันทึกข้อมูล..... ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ (ผู้รับผิดชอบงานเอดส์โรงพยาบาล/ประสานงานโครงการฯ) <u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือกรอกข้อความในช่องว่างตามจริงหรือแนวทางที่ปฏิบัติงานมากที่สุด 1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง 2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี 3. ท่านมีประสบการณ์และได้รับผิดชอบในงานเอดส์เป็นเวลา.....ปี.....เดือน 4. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง วิชาชีพใด [] 1 แพทย์ [] 2 พยาบาลวิชาชีพ [] 3 เกสเซอร์ [] 4 เจ้าหน้าที่ชั้นสูง [] 5 พยาบาลเทคนิค [] 7 นักวิชาการ [] 8 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข [] 9 โฆษณากร [] 10 อื่นๆระบุ..... 5. ท่านมีบทบาทภายนอกหน่วยงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์หรือไม่ อย่างไร [] 0. ไม่มี [] เป็นคณะกรรมการ/คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ [] 1. ระดับอำเภอ [] 2. ระดับจังหวัด [] 3. อื่นๆ..... 6. ท่านได้รับการอบรมเกี่ยวกับโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ หรือไม่ [] 1. ไม่เคยอบรม [] 2. เคยอบรม	สำหรับผู้วิจัย SEX ☐ AGE ☐ ☐ EXP ☐ ☐ POS ☐ PRE ☐ TRA ☐
---	--

ส่วนที่2 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล	สำหรับผู้วิจัย
ชื่อโรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัดนครราชสีมา	
1. ประเภทโรงพยาบาลขนาด	B1 ☐
[] 1. 30 เตียง	
[] 2. 60 เตียง	
[] 3. 90 เตียง	
[] 4. 120 เตียง	
2 ลักษณะพื้นที่ ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล	
2.1 ผู้มารับบริการ(ในปีงบประมาณ2550) ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ.....คน	B2.1 ☐
2.2 ผู้ป่วยใน อัตราการครองเตียงเฉลี่ย.....%	B2.2 ☐
3. ผลการพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นและความสามารถในการพัฒนา อย่างไร	B3 ☐
[] 0. ไม่มีการพัฒนาระบบคุณภาพ	
[] 1. มีการพัฒนาระบบคุณภาพ คือ	
[] 1. อยู่ระหว่างดำเนินการ (ตอบได้มากกว่า1 ข้อ)	B3.1 ☐
[] 1. ISO	
[] 2. HPH	
[] 3. HA	
[] 4. PSO	
[] 5. อื่นๆ ระบุ.....	
[] 6. อื่นๆ ระบุ.....	
[] 2. ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพ มีดังนี้ (ตอบได้มากกว่า1 ข้อ)	B3.2 ☐
[] 1. ISO	
[] 2. HPH	
[] 3. HA	
[] 4. PSO	
[] 5. อื่นๆ ระบุ.....	
[] 6. อื่นๆ ระบุ.....	

4. โรงพยาบาลของท่านเข้าร่วมดำเนินโครงการขาด้านไวรัสเอดส์(NAPHA) เมื่อปีพ.ศ..... รวมเป็นระยะเวลา.....ปี 5. โรงพยาบาลท่านมีการจัดตั้งศูนย์บริการรณรงค์ หรือมีกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ เพื่อ สนับสนุนการแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกัน หรือไม่ [] 0. ไม่มีการจัดตั้งศูนย์บริการรณรงค์ และไม่มีการมีกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อ [] 1. มีการจัดตั้งศูนย์บริการรณรงค์ และมีกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ จัดตั้งขึ้นเมื่อพ.ศ ระบุชื่อกลุ่ม/ชมรม..... สถานที่ในการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มหรือชมรม [] 1. ในโรงพยาบาล [] 2. ในชุมชน [] 3. ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน [] 2. อื่นๆระบุ.....	สำหรับผู้วิจัย B4 ☐☐ B4.1 ☐☐ B5 ☐ B5.1.1 ☐☐
--	---

ส่วนที่ 3 รูปแบบบริการองค์รวมโครงการยาต้านไวรัสเอดส์(NAPHA)ระบบบริการในการรักษา ด้วยยาต้านไวรัส	สำหรับผู้วิจัย
1. การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์(NAPHA) เป็นอย่างไร (ขอคู่มือ/ข้อค้นพบ/พันธกิจ) [] 1. มีนโยบายชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร [] 2. มีนโยบายไม่ชัดเจน ขาดลายลักษณ์อักษร [] 3. ไม่มีการกำหนดเป็นนโยบาย [] 4. อื่นๆ..... 2. การตอบสนองนโยบายการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร โรงพยาบาล เกี่ยวกับ โครงการยาต้านไวรัสเอดส์ (NAPHA) เป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [] 1. สนับสนุนเข้าร่วมโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ(NAPHA) [] 2. รับทราบนโยบายการดำเนินการโครงการและนำไปสู่การปฏิบัติ [] 3. ร่วมกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจนระดับโรงพยาบาล [] 4. ร่วมกำหนดเป็นพันธกิจ และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลให้สอดคล้องโครงการ [] 5. ร่วมกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์/แผนพัฒนาของโรงพยาบาล [] 6. สื่อสารพันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์และโครงการแก่เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยทุกแผนก [] 7. มอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง(สรรหาผู้ทำงาน) [] 8. แต่งตั้งคณะทำงานดำเนินงานบริหารโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ [] 9. สนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์รวมในโรงพยาบาล [] 10. สนับสนุนการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ [] 11. สนับสนุนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของแกนนำผู้ติดเชื้อ [] 12. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยในการดำเนิน โครงการ [] 13. สนับสนุน ด้านทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ [] 14. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ การจัดทำแนวทางดำเนินงาน [] 15. สนับสนุนการติดตามประเมินผลการดำเนิน โครงการ [] 16. อื่นๆระบุ..... 3. โรงพยาบาลท่านมีโครงสร้างการแต่งตั้งคณะทำงานรับผิดชอบโครงการยาต้านไวรัสเอดส์แบบใด [] 0. ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ [] 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ เป็นแบบ [] 1. เป็นทางการชัดเจน [] 2. ไม่เป็นทางการ/เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการอื่น(เช่น อยู่ในทีม PCT) [] 3. อื่นๆ ระบุ.....	C1 ☐ C2.1 ☐ C2.2 ☐ C2.3 ☐ C2.4 ☐ C2.5 ☐ C2.6 ☐ C27 ☐ C2.8 ☐ C2.9 ☐ C2.10 ☐ C2.11 ☐ C2.12 ☐ C2.13 ☐ C2.14 ☐ C2.15 ☐ C2.16 ☐ C3 ☐

	สำหรับผู้วิจัย
4. โรงพยาบาลท่านมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ผู้ปฏิบัติงานทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบโครงการ ยาด้านไวรัสเอดส์ เป็นแบบใด [] 0. ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของทีมสหวิชาชีพ [] 1. กำหนดบทบาทบางตำแหน่งของทีมสหวิชาชีพเท่านั้น/กำหนดไม่ชัดเจน [] 2. กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพชัดเจนทุกตำแหน่ง [] 3. อื่นๆระบุ.....	C4 ☐
5. จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลมีใครเป็นคณะทำงานทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาด้านไวรัส ในระบบบริการของโรงพยาบาลบ้าง และได้รับการประชุม/อบรม โครงการ ยาด้านไวรัสเอดส์ ครอบคลุมหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [] 1. แพทย์ [] 2. พยาบาล [] 3. เภสัชกร [] 4. ผู้ให้การปรึกษา [] 5. เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ [] 6. อื่นๆระบุ.....	C5.1 ☐ C5.2 ☐ C5.3 ☐ C5.4 ☐ C5.5 ☐ C5.6 ☐
6. โรงพยาบาลท่านมีอาสาสมัคร/แกนนำผู้ติดเชื้อร่วมให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับทีม สหวิชาชีพในโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ หรือไม่ [] 0. ไม่มี [] 1. มี ถ้ามีโปรดระบุบทบาท (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [] 1. ร่วมให้ ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เรื่องโรคเอดส์ และการรักษาด้วยยาด้าน [] 2. ร่วมให้การปรึกษา แนะนำผู้ติดเชื้อในรพ. [] 3. ออกเยี่ยมเพื่อนผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล [] 4. ออกเยี่ยมบ้านเพื่อนผู้ติดเชื้อ [] 5. การจัดกิจกรรมรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ด้านดูแลสุขภาพ ด้านสังคม จิตใจ [] 6. ช่วยอบรมอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ [] 7. ช่วยในคลินิก(ซั้่งน้ำหนัก วัดความดัน ประเมิน/ส่งเสริมวินัยในการกินยาด้าน) [] 8. การส่งเสริมอาชีพ [] 9. อื่นๆระบุ.....	C6 ☐ C6.1 ☐ C6.2 ☐ C6.3 ☐ C6.4 ☐ C6.5 ☐ C6.6 ☐ C6.7 ☐ C6.8 ☐ C6.9 ☐

	สำหรับผู้วิจัย
7. โรงพยาบาลท่านมีการประชุมร่วมกันของคณะทำงานผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลใน โครงการฯด้านไวรัสเอดส์ หรือไม่ [] 0. ไม่มี [] 1. มี จำนวนครั้งในการประชุม ความถี่จำนวน.....ครั้ง/เดือน เรื่องที่ประชุม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [] 1. จัดทำแผนงาน/โครงการการให้บริการฯด้านไวรัส [] 2. การรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ปัญหาหารือร่วมกันระหว่างทีม [] 3. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหารือร่วมกัน [] 4. วางแนวทางดำเนินงาน /กำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน [] 5. ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ได้มาตรฐาน [] 6. สรุปผลการดำเนินงานร่วมกัน(ประเมินคุณภาพการบริการ) [] 7. วิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันอย่างต่อเนื่อง [] 8. อื่นๆระบุ.....	C7 ☐ C7.1 ☐ C7.2 ☐ C7.3 ☐ C7.4 ☐ C7.5 ☐ C7.6 ☐ C7.7 ☐ C7.8 ☐
8. โรงพยาบาลท่านมีการประชุมนอกโรงพยาบาลร่วมกันของคณะทำงานด้านเอดส์ระดับอำเภอ ในโครงการฯด้านไวรัสเอดส์ หรือไม่ (ในพื้นที่อำเภอที่จัดตั้งศูนย์เฉลิมพระเกียรติ) [] 0. ไม่มี [] 1. มี ผู้เข้าร่วมประชุม คือ [] 1. แพทย์ [] 2. พยาบาล [] 3. เกษตรกร [] 4. ผู้ให้คำปรึกษา [] 5. เจ้าหน้าที่ชั้นสูตร [] 6. แกนนำผู้ติดเชื้อ [] 7. อื่นๆระบุ.....	C8 ☐ C8.1 ☐
9. ในพื้นที่อำเภอ โรงพยาบาลของท่านมีการประสานการทำแผนงาน/โครงการฯด้านไวรัสเอดส์ ร่วมกับ องค์กรภาคส่วนอื่นในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หรือไม่ หน่วยงานใดบ้าง [] 0. ไม่มี [] 1. ได้แก่หน่วยงานใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [] 1. ผู้นำชุมชนชุมชน [] 6. ที่ว่าการอำเภอ(ศูนย์เฉลิมพระเกียรติ) [] 2. วัด [] 7. พัฒนาชุมชน [] 3. สถานศึกษา [] 8. ศูนย์สุขภาพชุมชน [] 4. อบค. [] 9. องค์กรเอกชนด้านเอดส์ระบุ..... [] 5. เทศบาล [] 10. อื่นๆ ระบุ.....	C9 ☐ C9.1 ☐ C9.2 ☐ C9.3 ☐ C9.4 ☐ C9.5 ☐ C9.6 ☐ C9.7 ☐ C9.8 ☐ C9.9 ☐ C9.10 ☐

	สำหรับผู้วิจัย
10. การได้รับความร่วมมือ สนับสนุนช่วยเหลือโครงการต่อต้านไวรัสเอดส์ ของโรงพยาบาลด้านงบประมาณการบริการต่อต้านไวรัสเอดส์และช่วยเหลือผู้ป่วยจากแหล่ง/หน่วยงานสนับสนุนใด	
[] 0. ไม่มี	C10 ☐
[] 1. มี ได้จาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	C10.1 ☐
[] 1. เงินบริจาคของประชาชน	C10.2 ☐
[] 2. เงินบำรุงโรงพยาบาล	C10.3 ☐
[] 3. เงินจัดสรร โรงพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพ	C10.4 ☐
[] 4. ได้รับจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	C10.5 ☐
[] 5. องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)	C10.6 ☐
[] 6. ศูนย์เฉลิมพระเกียรติอำเภอ	C10.7 ☐
[] 7. องค์การพัฒนาเอกชนที่ให้การสนับสนุนระบุ.....	C10.8 ☐
[] 8. องค์การต่างประเทศที่ให้การสนับสนุนระบุ.....	C10.9 ☐
[] 9. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เขต 5 (ศคร)	C10.10 ☐
[] 10. ศูนย์อนามัย	C10.11 ☐
[] 11. อื่นๆระบุ.....	
11. การจัดการบริการการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีการจัดระบบให้บริการดูแลรูปแบบใด	C11 ☐
[] 1. ให้บริการตรวจรักษาที่ OPD รวมกับผู้ป่วยทั่วไป (ระบบผู้ป่วยนอกทั่วไป)	
[] 2. จัดคลินิกเฉพาะโรค จัดห้อง/สถานที่แยกเฉพาะ	
[] 3. จัดแบบ One Stop Service	
[] 4. จัดแบบ อื่นๆระบุ.....	

12. การให้บริการองค์รวมมีการจัดกิจกรรมให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		สำหรับผู้วิจัย
รูปแบบบริการด้านการแพทย์	1. การให้บริการ	C12.1 ☐
1. การประเมินภาวะสุขภาพและอาการเจ็บป่วย (ซักประวัติ คัดกรองปัญหาสุขภาพ)	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.2 ☐
2. การตรวจประเมินร่างกายเบื้องต้น (ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต วัดไข้)	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.3 ☐
3. ตรวจสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.4 ☐
4. ตรวจวินิจฉัยโรค/อาการเจ็บป่วย คัดกรองโรคOI เช่นวัณโรค	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.5 ☐
5. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน เช่น CD4 ,CBC , SGOT ,SGOT ฯลฯ	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.6 ☐
6. การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตามแนวทางที่กำหนดในโครงการรณภ	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.7 ☐
7. การให้การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.8 ☐
8. การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานบริการ	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.9 ☐
9. การให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย แก่ญาติ	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.10 ☐
10. การให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเอง แก่ผู้ป่วย	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.11 ☐
11. การให้ข้อมูลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ด้านโภชนาการ	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.12 ☐
12. การให้ข้อมูลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ด้านออกกำลังกาย	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.13 ☐
13. การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.14 ☐
14. การให้ข้อมูลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ด้านบริหารจัดการ และมีกิจกรรมฝึกสมาธิ	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	C12.15 ☐
15. การให้ข้อมูลส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ด้าน สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	

รูปแบบบริการด้านสังคมจิตวิทยา	1. การให้บริการ	สำหรับผู้วิจัย C12.16 ☐ C12.17 ☐ C12.18 ☐ C12.19 ☐ C12.20 ☐ C12.21 ☐ C12.22 ☐ C12.23 ☐ C12.24 ☐ C12.25 ☐ C12.26 ☐ C12.27 ☐ C12.28 ☐ C12.29 ☐ C12.30 ☐ C12.31 ☐
16. การให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือด	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
17. การให้คำปรึกษาหลังตรวจเลือด	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
18. การให้คำปรึกษานั้น การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเพิ่ม	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
19. การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือทางจิตสังคม	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
20. การให้คำปรึกษาเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
21. การให้คำปรึกษาเรื่อง การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
22. การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้การ ช่วยเหลือและอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
23. การให้คำปรึกษาเพื่อวางแผน ระยะสุดท้ายของชีวิต	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
24. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
25. การดูวินัยการทานยาต้านชนิดจำนวน ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
26. การจัดบริการดูแล Day Care ที่ โรงพยาบาล(คลินิกเฉพาะ)	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
27. การจัดกิจกรรมการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ศูนย์องค์กรร่วมช่วยเหลือเพื่อน)	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
28. การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และยอมรับการอยู่ร่วมกัน	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
29. การให้บริการดูแลที่บ้าน โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่กินยา ไม่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
30. การให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ชุมชนโดยติดตาม เยี่ยมบ้านรายใหม่	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	
31. การให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ชุมชนโดยเยี่ยมบ้าน ผู้มีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ	

รูปแบบบริการด้านการคุ้มครองสิทธิ		การให้บริการ	สำหรับผู้วิจัย
32. การให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ชุมชน โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้มีปัญหาทางจิต สังคม	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
33. มีระบบการติดตามผู้ป่วยให้มารักษาตามนัด (ผู้ป่วยขาดยา) โดยทางไปรษณีย์ โทรศัพท์	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
34. มีระบบการติดตามผู้ป่วยให้มารักษาตามนัด โดยติดตามเยี่ยมบ้าน	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
35. การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยด้านการตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์โดยสมัครใจ	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
36. การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยด้านการรักษาความลับเรื่องการเปิดเผยผลเลือดของผู้ป่วย	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
37. การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยด้านได้รับตรวจรักษาที่เสมอภาคเท่าเทียม(ไม่รังเกียจ)	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
38. ประสาน/ส่งต่อหน่วยงานที่ช่วยเหลือทางสังคมเศรษฐกิจ (เบี้ยยังชีพ)	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
39. ประสาน/ส่งต่อหน่วยงานที่ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการประกอบอาชีพ (ทุนประกอบอาชีพ)	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
40. ประสาน/ส่งต่อหน่วยงานที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวด้าน(ทุนการศึกษานูต)	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
41. จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยดูแลระหว่าง ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาล	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
42. จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยดูแลระหว่าง โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		
43. จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยดูแลระหว่าง โรงพยาบาลและชุมชน	[] 1. ดำเนินการ [] 2. ไม่ดำเนินการ		

ชุดที่ 2

แบบสอบถาม

สำหรับผู้รับบริการ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ NAPHA

เรื่อง ประสิทธิภาพบริการแบบองค์รวมของโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์จังหวัดนครราชสีมา
คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประกอบการศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. โปรดอ่านคำแนะนำ/ชี้แจง ในแต่ละส่วนของแบบสอบถามนั้นๆ ก่อนตอบแบบสอบถาม
3. โปรดตอบแบบสอบถามทุกส่วน และทุกข้อตามจริงเพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนทางพัฒนาคุณภาพบริการในอนาคต
4. ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในส่วนของภาพรวมเท่านั้น ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อท่านและบริการที่ได้รับแต่อย่างใด
5. แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้รับบริการ	7 ข้อ
ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการ	12 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้	17 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการตามการรับรู้	43 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัส	17 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาผู้รับบริการเฉพาะราย	1 ข้อ

(ผู้วิจัยขอเก็บข้อมูลจากชุดประวัติผู้ป่วย(OPD Card))

****ขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้****

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือเติมข้อความในช่องว่าง ให้สมบูรณ์ตามจริง	สำหรับผู้วิจัย NAPHA (.....)																		
ผู้ตอบแบบสอบถาม [] 0. ไม่เป็นสมาชิกหรือเข้ากลุ่ม/ชมรม [] 1. เป็นสมาชิกหรือเข้าร่วมกลุ่ม/ชมรม ชื่อกลุ่ม.....อำเภอ.....	MEM ☐																		
1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง	SEX ☐																		
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี	AGE ☐ ☐																		
3. สถานภาพสมรส [] 1. โสด [] 2. คู่อยู่ด้วยกัน [] 3. หม้าย(คู่ครองเสียชีวิต) [] 4. หย่า [] 5. แยกกันอยู่	STATUS ☐ ☐																		
4. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน [] 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ [] 2. ประถมศึกษา (ชั้นป.1-ป.6) [] 3. มัธยมต้น (ชั้นม.1-ม.3) [] 4. มัธยมปลาย (ชั้นม.4-ม.6) / ปวช. [] 5. ปวส./อนุปริญญา [] 6.ปริญญาตรี [] 7.สูงกว่าปริญญาตรี [] 8. อื่นๆระบุ.....	ED ☐																		
5. การประกอบอาชีพแหล่งรายได้หลักของท่าน มีเปลี่ยนแปลงอย่างไร																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: left; padding: 5px;">(อาชีพเดิม ก่อนการติดเชื้อ) ก่อนเข้ารับรักษา</th> <th style="width: 50%; text-align: left; padding: 5px;">อาชีพปัจจุบัน (ระหว่างการรักษา)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">[] 1. ไม่ได้ทำงาน (ว่างงาน)</td> <td style="padding: 5px;">[] 1. ไม่ได้ทำงาน</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">[] 2. เกษตรกรรม(ทำไร่/ทำนา/ทำสวน)</td> <td style="padding: 5px;">[] 2. เกษตรกรรม(ทำไร่/ทำนา/ทำสวน)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">[] 3. รับจ้าง ระบุลักษณะ.....</td> <td style="padding: 5px;">[] 3. รับจ้าง ระบุลักษณะ.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">[] 4. ค้าขาย ระบุ.....</td> <td style="padding: 5px;">[] 4. ค้าขาย ระบุ.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">[] 5. ทำงานบริษัท</td> <td style="padding: 5px;">[] 5. ทำงานบริษัท</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">[] 6. ทำงานโรงงาน</td> <td style="padding: 5px;">[] 6. ทำงานโรงงาน</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">[] 7. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ</td> <td style="padding: 5px;">[] 7. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">[] 8. อื่นๆ ระบุ.....</td> <td style="padding: 5px;">[] 8. อื่นๆระบุ.....</td> </tr> </tbody> </table>	(อาชีพเดิม ก่อนการติดเชื้อ) ก่อนเข้ารับรักษา	อาชีพปัจจุบัน (ระหว่างการรักษา)	[] 1. ไม่ได้ทำงาน (ว่างงาน)	[] 1. ไม่ได้ทำงาน	[] 2. เกษตรกรรม(ทำไร่/ทำนา/ทำสวน)	[] 2. เกษตรกรรม(ทำไร่/ทำนา/ทำสวน)	[] 3. รับจ้าง ระบุลักษณะ.....	[] 3. รับจ้าง ระบุลักษณะ.....	[] 4. ค้าขาย ระบุ.....	[] 4. ค้าขาย ระบุ.....	[] 5. ทำงานบริษัท	[] 5. ทำงานบริษัท	[] 6. ทำงานโรงงาน	[] 6. ทำงานโรงงาน	[] 7. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	[] 7. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	[] 8. อื่นๆ ระบุ.....	[] 8. อื่นๆระบุ.....	OCCU1 ☐ OCCU2 ☐
(อาชีพเดิม ก่อนการติดเชื้อ) ก่อนเข้ารับรักษา	อาชีพปัจจุบัน (ระหว่างการรักษา)																		
[] 1. ไม่ได้ทำงาน (ว่างงาน)	[] 1. ไม่ได้ทำงาน																		
[] 2. เกษตรกรรม(ทำไร่/ทำนา/ทำสวน)	[] 2. เกษตรกรรม(ทำไร่/ทำนา/ทำสวน)																		
[] 3. รับจ้าง ระบุลักษณะ.....	[] 3. รับจ้าง ระบุลักษณะ.....																		
[] 4. ค้าขาย ระบุ.....	[] 4. ค้าขาย ระบุ.....																		
[] 5. ทำงานบริษัท	[] 5. ทำงานบริษัท																		
[] 6. ทำงานโรงงาน	[] 6. ทำงานโรงงาน																		
[] 7. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	[] 7. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ																		
[] 8. อื่นๆ ระบุ.....	[] 8. อื่นๆระบุ.....																		

6. ปัจจุบันฐานะทางเศรษฐกิจ/ความเพียงพอของรายได้ เป็นอย่างไร []1. รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน []2. รายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน []3. รายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บออม []4. รายได้เพียงพอ และมีเหลือเก็บออม 7. โดยรวมสัมพันธภาพความสัมพันธ์ ระหว่างท่านและสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เป็นอย่างไรบ้าง []1. รักใคร่ ห่วงใย/เอาใจใส่ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน []2. ต่างคน ต่างอยู่ ไม่สนใจ ไม่เอาใจใส่กัน []3. ทะเลาะกัน ไม่ถูกกัน	สำหรับผู้วิจัย FINANCE ☐ FAMILY ☐
--	---

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้าถึงบริการและการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย	สำหรับผู้วิจัย
10. ท่านมีสิทธิการรักษาพยาบาลอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) []1. จ่าย/ชำระเงินค่ารักษาเองทั้งหมด (ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ) []2. บัตรประกันสุขภาพผู้มีรายได้น้อย []3. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) []4. สิทธิประกันสังคม []5. ประกันสุขภาพเอกชน(เช่น ประกันชีวิต) []6. เบิกสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ []7. สังคมสงเคราะห์ []8. อื่นๆระบุ.....	B10 ☐
11. ความสะดวกในการมารับบริการหรือร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อแต่ละครั้ง เป็นอย่างไร []1. สะดวก []2. ไม่สะดวก	B11 ☐ B12 ☐
12. หลังจากทราบว่าติดเชื้อเอดส์ ท่านตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อท่านมีสุขภาพตอนนั้นเป็นอย่างไร []0. ยังไม่มีอาการป่วย []1. มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย []2. ร่างกายทรุดโทรมมาก	
13. แหล่งข้อมูล ข่าวสารที่ท่านได้รับหรือหาความรู้เพิ่มเติม คือใคร หรือจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) []1. แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลสุขภาพ []2. แกนนำผู้ติดเชื้อ []3. ครอบครัว []4. ญาติพี่น้อง []5. เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน []6. หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ เอกสารสิ่งพิมพ์ []7. เพื่อนผู้ติดเชื้อ []8. อื่นๆระบุ.....	B13.1 ☐ B13.2 ☐ B13.3 ☐ B13.4 ☐ B13.5 ☐ B13.6 ☐ B13.7 ☐ B13.8 ☐

14. เมื่อท่านทราบผลเลือดว่าท่านติดเชื้อเอดส์ ท่านมีการเปิดเผยผลเลือดกับใครหรือไม่ เปรียบเทียบอดีตก่อนรับบริการ/ก่อนเข้ากลุ่ม กับปัจจุบันที่รับบริการโรงพยาบาลนี้ <table border="1" data-bbox="304 492 1149 750"> <thead> <tr> <th data-bbox="304 492 748 595">1. ในอดีตก่อนรับบริการหรือก่อนเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อ</th> <th data-bbox="748 492 1149 595">2. ในปัจจุบันหรือหลังจากเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="304 595 748 750"> [] 0. ไม่เปิดเผย [] 1. เปิดเผย </td> <td data-bbox="748 595 1149 750"> [] 0. ไม่เปิดเผย [] 1. เปิดเผย </td> </tr> </tbody> </table>	1. ในอดีตก่อนรับบริการหรือก่อนเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อ	2. ในปัจจุบันหรือหลังจากเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อ	[] 0. ไม่เปิดเผย [] 1. เปิดเผย	[] 0. ไม่เปิดเผย [] 1. เปิดเผย	สำหรับผู้วิจัย B14.1 ☐ B14.2 ☐
1. ในอดีตก่อนรับบริการหรือก่อนเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อ	2. ในปัจจุบันหรือหลังจากเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อ				
[] 0. ไม่เปิดเผย [] 1. เปิดเผย	[] 0. ไม่เปิดเผย [] 1. เปิดเผย				
15. ท่านเคยได้รับบริการหรือความช่วยเหลือด้านต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ 15.1 ด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย [] 0. ไม่เคย [] 1. เคยได้รับ 15.2 ด้านการรักษาพยาบาล [] 0. ไม่เคย [] 1. เคยได้รับ 15.3 ด้านส่งเสริมอาชีพ [] 0. ไม่เคย [] 1. เคยได้รับ 15.4 ด้านการศึกษาบุตร [] 0. ไม่เคย [] 1. เคยได้รับ 15.5 ด้านการรับข้อมูลการดูแลสุขภาพ [] 0. ไม่เคย [] 1. เคยได้รับ 15.6 ด้านอื่นๆระบุ..... 16. ท่านเชื่อมั่นระบบบริการในโรงพยาบาลจะรักษาความลับเรื่องผลเลือดของท่านได้หรือไม่ [] 1. ไม่ได้ [] 2. ได้ [] 3. ไม่แน่ใจ	B15.1 ☐ B15.2 ☐ B15.3 ☐ B15.4 ☐ B15.5 ☐ B15.6 ☐ B16 ☐				

		สำหรับผู้วิจัย												
17. ปัจจุบันบริการที่ท่านได้รับ มีอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [1. ตรวจร่างกายเมื่อฉุกเฉิน B17.1 ☐ [2. ตรวจร่างกายให้การรักษาทั่วไป B17.2 ☐ [3. ตรวจร่างกายให้การรักษาทั่วไป ให้คำปรึกษา B17.3 ☐ [4. ตรวจร่างกายให้การรักษาทั่วไป /เข้ากลุ่มพบปะเพื่อนผู้ติดเชื้อ B17.4 ☐ [5. ตรวจร่างกายให้การรักษาทั่วไป ให้คำปรึกษา เชื้อยืมบ้าน B17.5 ☐ [6. ตรวจร่างกายให้การรักษาทั่วไป ให้คำปรึกษา เข้ากลุ่มพบปะเพื่อนผู้ติดเชื้อ B17.6 ☐ [7. ตรวจร่างกายให้การรักษาทั่วไป ให้คำปรึกษา เข้ากลุ่มพบปะเพื่อนผู้ติดเชื้อ เชื้อยืมบ้าน โดยแกนนำผู้ติดเชื้อ B17.7 ☐ [8. ตรวจร่างกายให้การรักษาทั่วไป ให้คำปรึกษา เข้ากลุ่มพบปะเพื่อนผู้ติดเชื้อ เชื้อยืมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่ B17.8 ☐														
18. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร [1. ยังไม่มีอาการเจ็บป่วยเลย [2. มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย นานๆครั้ง [3. มีอาการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง แต่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล [4. มีอาการเจ็บป่วยมาก ต้องนอนโรงพยาบาล		B18 ☐												
19. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนของการติดเชื้อเอดส์ ต้องมาพบแพทย์ เพื่อรักษา หรือ ไม่ [0. ไม่เคย [1. เคย		B19 ☐												
20. ท่านได้รู้จักและพูดคุยกับ เพื่อนที่ติดเชื้อเอดส์คนอื่น ก่อนหรือหลังเข้ากลุ่ม/ชมรม ผู้ติดเชื้อบ้างหรือไม่ <table border="1"> <thead> <tr> <th>การได้รู้จักพูดคุยกับเพื่อน ที่ติดเชื้อเอดส์</th> <th>ก่อน เข้ารับบริการ</th> <th>หลัง เข้ารับบริการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ไม่เคยรู้จักใคร</td> <td>1. []</td> <td>2. []</td> </tr> <tr> <td>2. รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อบางคน</td> <td>1. []</td> <td>2. []</td> </tr> <tr> <td>3. รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อทุกคน</td> <td>1. []</td> <td>2. []</td> </tr> </tbody> </table>		การได้รู้จักพูดคุยกับเพื่อน ที่ติดเชื้อเอดส์	ก่อน เข้ารับบริการ	หลัง เข้ารับบริการ	1. ไม่เคยรู้จักใคร	1. []	2. []	2. รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อบางคน	1. []	2. []	3. รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อทุกคน	1. []	2. []	B20.1 ☐ B20.2 ☐ B20.3 ☐
การได้รู้จักพูดคุยกับเพื่อน ที่ติดเชื้อเอดส์	ก่อน เข้ารับบริการ	หลัง เข้ารับบริการ												
1. ไม่เคยรู้จักใคร	1. []	2. []												
2. รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อบางคน	1. []	2. []												
3. รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อทุกคน	1. []	2. []												

21. หลังจากทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ถ้าให้เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ หลังมารับบริการ กับก่อนมารับบริการ ท่านจะระบุการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจในปัจจุบันอย่างไร				สำหรับผู้วิจัย B21.1 ☐ B21.2 ☐ B21.3 ☐ B21.4 ☐
ภาวะสุขภาพโดยรวม	แย่มาก หลังรับบริการ	เหมือนเดิม หลังรับบริการ	ดีขึ้น หลังรับบริการ	
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	1.[]	2.[]	3.[]	
2. ด้านอารมณ์และจิตใจ	1.[]	2.[]	3.[]	
3. ด้านการดำเนินชีวิต ในสังคม	1.[]	2.[]	3.[]	
4. ด้านสภาพเศรษฐกิจ	1.[]	2.[]	3.[]	

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ สอบถามความรู้สึกความพึงพอใจในชีวิตของท่าน เกี่ยวกับข้อความแต่ละข้อข้างล่างนี้ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อคำถามประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตอารมณ์
3. ด้านสังคม
4. ด้านจิตวิญญาณ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

หรือ สิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกท่านทุกประการ รู้สึกเช่นนั้น
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกท่านเป็นส่วนใหญ่ เกือบทุกประการ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความมีทั้งตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกใกล้เคียงกัน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกท่านหรือรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกท่านเลยหรือไม่มีความรู้สึกเช่นนั้น

ข้อความ	(ค่าคะแนน)				
	ไม่	ไม่	ไม่แน่ใจ	เห็น	เห็นด้วย
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยเล็กน้อย		ด้วยเล็กน้อย	อย่างยิ่ง
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา					
1. ท่านมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรมไม่สามารถทำงานเป็นปกติอย่างเดิม					
2. ท่านมีผลการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับดีกว่าเดิม					
3. ท่านยังคงมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน ที่จำเป็นต้องรับการรักษา					
4. ท่านสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีความเจ็บป่วยลดลง					
5. ท่านสามารถทำสิ่งต่างๆ ทำงาน/ประกอบอาชีพได้ปกติ					
6. ท่านสามารถสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงได้ด้วยตนเอง					
7. ท่านดูแลสุขภาพตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น					

สำหรับผู้วิจัย

C1 ☐

C2 ☐

C3 ☐

C4 ☐

C5 ☐

C6 ☐

C7 ☐

ข้อความ	(ค่าคะแนน)					สำหรับผู้วิจัย
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
8. การได้รู้จักเพื่อนผู้คิดเชื่อช่วยให้ท่านไม่โดดเดี่ยว ไม่สิ้นหวัง และกล้าเผชิญปัญหาในชีวิต						C8 ☐
9. ท่านสามารถจัดการความเครียดกังวลต่อแท้ง สิ้นหวัง ให้ดีขึ้นได้						C9 ☐
10. ท่านสามารถรับผิชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่ารักษาตามความจำเป็นได้						C10 ☐
11. สมาชิกในครอบครัว เอาใจใส่ห่วงใย ดูแลเมื่อท่านเจ็บป่วยเป็นอย่างดี						C11 ☐
12. ท่านแยกตัวจากสังคม ไม่เข้าร่วม กิจกรรมเช่นเดิม หรือเข้าร่วมงานสังคมลดลงเพราะการติดเชื้อเอดส์						C12 ☐
13. ท่านขาดความมั่งหวังที่จะปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพให้หายจากโรค						C13 ☐
14. ท่านเชื่อมั่นตนเอง สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาได้						C14 ☐
15. ท่านรู้สึกว่าการมีชีวิตไม่มีความหมายไร้คุณค่า						C15 ☐
16. ท่านมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ประสบความสำเร็จในปัจจุบัน						C16 ☐
17. ท่านภูมิใจ เห็นคุณค่าตนเองในการมีชีวิตอยู่เพื่อบุตรครอบครัวหรือทำประโยชน์แก่ผู้อื่น						C17 ☐

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ตามการรับรู้ <u>คำชี้แจง</u> แบบสอบถามนี้ สอบถามทัศนคติ ความคิดเห็น ความรู้สึก ของท่านต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ด้าน ระบบบริการ โครงการยาต้านไวรัส กระบวนการให้บริการ และผู้ให้บริการ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน หรือ ความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบข้อเดียว โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงเล็กน้อย ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นมีทั้งตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกท่านใกล้เคียงกัน ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านหรือรู้สึกเล็กน้อย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">ข้อความ</th> <th style="width: 11%;">ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)</th> <th style="width: 11%;">ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (2)</th> <th style="width: 11%;">ไม่แน่ใจ (3)</th> <th style="width: 11%;">เห็นด้วยเล็กน้อย (4)</th> <th style="width: 11%;">เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">ระบบการให้บริการ</td> </tr> <tr> <td>1. ท่านสามารถขอรับการรักษายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสะดวก</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโครงการยาต้านไวรัสในการรักษาอย่างทั่วถึง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. ระบบบริการมีความพร้อมในการให้บริการแก่ท่านอย่างดี ด้านสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ในการให้บริการ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ท่านมั่นใจและไว้วางใจคุณภาพการบริการโครงการยาต้านไวรัสที่ได้รับ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. การเข้าโครงการยาต้านไวรัสช่วยให้ท่านมีความหวังในชีวิต</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	ระบบการให้บริการ						1. ท่านสามารถขอรับการรักษายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสะดวก						2. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโครงการยาต้านไวรัสในการรักษาอย่างทั่วถึง						3. ระบบบริการมีความพร้อมในการให้บริการแก่ท่านอย่างดี ด้านสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ในการให้บริการ						4. ท่านมั่นใจและไว้วางใจคุณภาพการบริการโครงการยาต้านไวรัสที่ได้รับ						5. การเข้าโครงการยาต้านไวรัสช่วยให้ท่านมีความหวังในชีวิต						สำหรับผู้วิจัย D1 ☐ D2 ☐ D3 ☐ D4 ☐ D5 ☐
ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)																																						
ระบบการให้บริการ																																											
1. ท่านสามารถขอรับการรักษายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสะดวก																																											
2. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโครงการยาต้านไวรัสในการรักษาอย่างทั่วถึง																																											
3. ระบบบริการมีความพร้อมในการให้บริการแก่ท่านอย่างดี ด้านสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ในการให้บริการ																																											
4. ท่านมั่นใจและไว้วางใจคุณภาพการบริการโครงการยาต้านไวรัสที่ได้รับ																																											
5. การเข้าโครงการยาต้านไวรัสช่วยให้ท่านมีความหวังในชีวิต																																											

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับผู้วิจัย	
ระบบการให้บริการ							
6. ระบบบริการที่ได้รับมีประโยชน์ช่วยให้ท่านปฏิบัติและดูแลตนเองได้ถูกต้อง							D6 ☐
7. การเข้ารับบริการช่วยให้ท่านได้รู้จักและมีเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกันช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และรับฟัง ความทุกข์							D7 ☐
8. การเข้ารับบริการสามารถช่วยให้ท่านใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ							D8 ☐
9. การเข้ารับบริการส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกาย การเจ็บป่วย ทุเลาหรือดีขึ้น							D9 ☐
10. ท่านพอใจระบบบริการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการถึงครอบครัวและชุมชนที่ได้รับ							D10 ☐
11. ท่านพอใจระบบติดตามการรักษา เช่น การเยี่ยมบ้านที่ท่านได้รับมีประสิทธิภาพ							D11 ☐
12. ท่านพอใจการคำนึงถึงการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน							D12 ☐
13. ท่านพอใจระบบการคุ้มครองสิทธิการรักษาความลับเรื่องการเปิดเผยผลเลือด							D13 ☐
14. ระบบการให้บริการที่ท่านได้รับมีประสิทธิภาพ คำนึงถึงความปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ต่อสุขภาพท่าน						D14 ☐	

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็น ด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับผู้วิจัย	
กระบวนการให้บริการ							
15. เวลาในการเข้ารับบริการรักษา ตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนสิ้นสุดบริการ เหมาะสม							D15 ☐
16. ท่านได้รับความสะดวกจาก การรับยาตามนัดแต่ละครั้ง							D16 ☐
17. ท่านได้รับบริการที่มี ประสิทธิภาพตลอดการให้บริการ เป็นอย่างดี							D17 ☐
18. ท่านมั่นใจในคุณภาพการ วินิจฉัยโรคและรักษาอย่าง ถูกต้อง เชื่อถือได้							D18 ☐
19. ท่านพอใจการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับโรค การไข้ยา และการ ปฏิบัติตนการดูแลสุขภาพ ที่ ถูกต้อง							D19 ☐
20. กิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้คิดเชื่อ ในโรงพยาบาลที่ได้รับช่วยให้ท่าน มีเพื่อน ได้รับความสุขทั้งกาย และ ใจ อาการต่างๆทุเลา							D20 ☐
21. ท่านพอใจกระบวนการทำงาน เป็นทีมของผู้ให้บริการในการ ติดตามดูแลท่านอย่าง ต่อเนื่อง							D21 ☐
22. การตรวจร่างกายมีความ ละเอียดและมีการดูแลอย่าง ต่อเนื่องจนกว่าจะหายป่วย						D22 ☐	

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็น ด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับผู้วิจัย	
กระบวนการให้บริการ							
23. ท่านพอใจการให้ข้อมูลการ รักษา การป่วย และยาที่ได้รับ ทุกครั้ง							D23 ☐
24. ท่านพอใจกระบวนการ รักษาความลับเกี่ยวกับตัวท่าน เป็น อย่างดี							D24 ☐
25. ท่านได้มีส่วนร่วมตัดสินใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และวิธีการส่งเสริมสุขภาพตนเอง							D25 ☐
26. ท่านพอใจการเปิดโอกาสให้ ท่านร่วมในแผนการรักษา ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและ ดูแลตนเอง							D26 ☐
27. ผู้ให้บริการมีเวลาพูดคุยใส่ใจ ซักถาม และตั้งใจฟังท่านพูด							D27 ☐
28. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเอาใจใส่ และกระตือรือร้น ช่วยเหลือดูแล ท่านเป็นอย่างดี							D28 ☐
29. ผู้ให้บริการมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการ ดูแลช่วยเหลือ แก้ปัญหาได้ อย่างมีคุณภาพ							D29 ☐
30. ผู้ให้บริการเข้าใจและ ตอบสนอง ความต้องการท่านได้ เป็นอย่างดี ช่วยให้ร่างกาย จิตใจดีขึ้น มีกำลังใจ มีเพื่อนที่ เข้าใจ							D30 ☐

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็น ด้วย เล็กน้อย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับผู้วิจัย	
ด้านผู้ให้บริการ							
31. ท่านรู้สึกอบอุ่นใจเมื่อได้รับการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการอย่างดี โดยไม่มีท่าทีรังเกียจ							D31 ☐
32. ท่านรู้สึก มีคุณค่า มีเกียรติศักดิ์ศรี เมื่อได้รับความห่วงใยให้กำลังใจ ให้ความสำคัญ จากผู้ให้บริการ							D32 ☐
33. ผู้ให้บริการสามารถอธิบาย ท่านให้เข้าใจ เกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย วิธีรักษาและการปฏิบัติ ช่วยให้ท่านสามารถดูแลตนเองได้							D33 ☐
34. ท่านพอใจคำแนะนำ การดูแลที่ได้รับจากแกนนำผู้ติดเชื้อ เพราะตรงกับความต้องการท่าน							D34 ☐
35. ท่านได้รับความใส่ใจจากผู้ให้บริการในการกินยา ทำให้มุ่งมั่นทานยาจนมีสุขภาพดีขึ้น							D35 ☐
36. การให้บริการของเจ้าหน้าที่ช่วยให้ท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง อาการป่วยทุเลาหายจากโรค							D36 ☐
37. ผู้ให้บริการมีการประสานกันดูแลท่านได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย สภาพจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ							D37 ☐
38. ผู้ให้บริการติดตามดูแลการรักษาต่อเนื่องเป็นอย่างดี							D38 ☐

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็น ด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	สำหรับผู้วิจัย	
ด้านผู้ให้บริการ							
39. ท่านสามารถดูแลสุขภาพ และพึ่งตนเองได้จากการ ได้รับคำแนะนำที่เข้าใจง่าย เกี่ยวกับการปฏิบัติตน							D39 ☐
40. ผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ ท่านพูดคุย ระบายปัญหา ซักถามข้อข้องใจด้วยความเต็ม ใจ							D40 ☐
41.เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ ท่านมีส่วนร่วมเลือกการรักษา และดูแลสุขภาพตนเองตาม ความเหมาะสม							D41 ☐
42. โดยรวมแล้วท่านมีความพึง พอใจกับการดูแลช่วยเหลือที่ ได้รับจากผู้ให้บริการทีมสห วิชาชีพ							D42 ☐
43. โดยรวมท่านพึงพอใจกับ การ ดูแลช่วยเหลือที่ได้รับจาก แกนนำผู้ติดเชื้อ							D43 ☐

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับการกระทำของท่านตามจริงมากที่สุด ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด เพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ดังนี้ ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย น้อยครั้ง/บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้ง บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ มากกว่าไม่ปฏิบัติ เป็นประจำ/ทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง . ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมต่อไปนี้ หรือไม่					สำหรับผู้วิจัย	
ข้อความ	ไม่เคย	น้อยครั้ง/ บางครั้ง	บ่อย ครั้ง	เป็น ประจำ ทุกครั้ง		
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
1. ท่านเคยลืมทานยาต้านไวรัส						E1.1 ☐
2. ท่านตั้งใจหยุดไม่กินยาต้านไวรัส						E1.2 ☐
3. ท่านทานยาสม่ำเสมอไม่ลืม						E1.3 ☐
4. ท่านทานยาต้านไวรัสวันละ 2 ครั้ง						E1.4 ☐
5. ท่านเคยขาดยาต้านไวรัส						E1.5 ☐
6. ท่านเคยขาดและขาดไม่ได้ไปรับยาต้านไวรัส						E1.6 ☐
7. ท่านทานยาต้านไวรัสตรงเวลาที่กำหนดทุกครั้ง						E1.7 ☐
8. ท่านทานยาไม่ตรงเวลา(กินก่อน หรือหลัง เวลามากกว่า 30 นาที)						E1.8 ☐
9. ปริมาณจำนวนเม็ดยาที่รับประทานไม่ตรงกับแพทย์กำหนด						E1.9 ☐
10. ท่านปรับยารับประทานเอง						E1.10 ☐
11. ท่านเคยทานยาไม่ถูกต้อง						E1.11 ☐
12. ท่านเคยลืมทานยามื้อเช้า						E1.12 ☐
13. ท่านเคยลืมทานยามื้อเย็น						E1.13 ☐
14. ท่านทานยาเฉพาะยาที่อยากรับประทานยา						E1.14 ☐
15. ทานหยุดทานยาเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น						E1.15 ☐
16. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดเสมอ						E1.16 ☐
17. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด						E1.17 ☐

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกประวัติการตรวจร่างกายการเจ็บป่วยและการรักษาผู้ป่วยเฉพาะราย (สำหรับผู้วิจัยบันทึก) คำชี้แจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกเพิ่มประวัติผู้ป่วยรายบุคคล (OPD Card) หรือ สมุดบันทึกผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วย เอดส์ หรือโปรแกรมสำเร็จรูปโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส (NAPHA) รหัสประจำตัวผู้ป่วย NAPHA HN โรงพยาบาล.....			สำหรับผู้วิจัย
1. ข้อมูลการตรวจร่างกายสุขภาพทั่วไป ในวันที่มารับบริการในโครงการการเข้าถึง บริการยาต้านไวรัส ใน 1 ปีที่ผ่านมา			
ด้านการตรวจ สัญญาณชีพ			
ครั้งที่มารับบริการ	วัน/เดือน/ปี ที่มารับบริการ	น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	
1			
2			
ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
ครั้งที่มารับ บริการ	วัน/เดือน/ปี ที่มารับบริการ	ผลการตรวจCD4	
		Ab CD4	%
1			
2			

WEIGHT1

☐☐

WEIGHT2

☐☐

CD41☐☐

CD42☐☐

ภาคผนวก ข

ตารางที่ 31 การรับรู้คุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (รายข้อ)

ข้อความ		(ค่าคะแนน)				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
สุขภาพทรุด	รูปแบบ 1*	12	23	4	17	33
โทรม/ ทำงานไม่ปกติ	รูปแบบ 2**	13.5	25.8	4.5	19.1	37.1
		38	45	15	33	62
		19.7	23.3	7.8	17.1	32.1
ผลตรวจสุขภาพ อยู่ในระดับดี	รูปแบบ 1*	8	6	7	26	42
ดีกว่าเดิม	รูปแบบ 2**	9.0	6.7	7.9	29.2	47.2
		9	8	21	49	106
		4.7	4.1	10.9	25.4	54.9
มีอาการเจ็บป่วยด้วย โรคแทรกซ้อน	รูปแบบ 1*	13	14	13	12	37
ที่ยังต้องรักษา	รูปแบบ 2**	14.6	15.7	14.6	13.5	41.6
เช่น วัณโรค		55	33	32	20	53
ดูแลสุขภาพ	รูปแบบ 1*	28.5	17.1	16.6	10.4	27.5
ตนเองให้เจ็บป่วย	รูปแบบ 2**	7	1	14	32	35
ลดลง		7.9	1.1	15.7	36.0	39.3
		11	4	24	59	95
		5.7	2.1	12.4	30.6	49.2
ประกอบอาชีพ ได้ตามปกติ	รูปแบบ 1*	11	1	8	30	39
	รูปแบบ 2**	12.4	1.1	9.0	33.7	43.8
		9	8	9	65	102
		4.7	4.1	4.7	33.7	52.8
เสริมสร้าง สุขภาพให้ แข็งแรงได้	รูปแบบ 1*	8	2	6	32	41
	รูปแบบ 2**	9.0	2.2	6.7	36.0	46.1
		9	1	10	60	113
		4.7	0.5	5.2	31.1	58.5
ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการดูแล	รูปแบบ 1*	12	5	10	29	33
สุขภาพตนเอง	รูปแบบ 2**	13.5	5.6	11.2	32.6	37.1
		22	8	22	49	92
		11.4	4.1	11.4	25.4	47.7

ตารางที่ 31 การรับรู้คุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (รายข้อ) (ต่อ)

ข้อความ		(ค่าคะแนน)				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
การได้รู้จักเพื่อนผู้ติดเชื้อทำให้ไม่โดดเดี่ยว/ ไม่สิ้นหวัง	รูปแบบ 1*	3	3	8	32	43
		3.4	3.4	9.0	36.0	48.3
	รูปแบบ 2**	9	4	14	49	117
		4.7	2.1	7.3	25.4	60.6
จัดการความเครียดให้ดีขึ้น	รูปแบบ 1*	2	1	15	30	41
		2.2	1.1	16.9	33.7	46.1
	รูปแบบ 2**	3	8	26	55	101
		1.6	4.1	13.5	28.5	52.3
รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ในครอบครัว/ค่ารักษา	รูปแบบ 1*	10	6	14	36	23
		11.2	6.7	15.7	40.4	25.8
	รูปแบบ 2**	10	13	25	73	72
		5.2	6.7	13.0	37.8	37.3
ครอบครัวเอาใจใส่เมื่อเจ็บป่วยเป็นอย่างดี	รูปแบบ 1*	3	1	4	26	55
		3.4	1.1	4.5	29.2	61.8
	รูปแบบ 2**	11	6	12	38	126
		5.7	3.1	6.2	19.7	65.3
การติดเชื้อทำให้ไม่เข้าร่วมกิจกรรม/ลดลง	รูปแบบ 1*	18	29	15	15	12
		20.2	32.6	16.9	16.9	13.5
	รูปแบบ 2**	44	66	30	22	31
		22.8	34.2	15.5	11.4	16.1
ขาดความหวังในการดูแลสุขภาพให้หาย จากโรค	รูปแบบ 1*	19	32	12	10	16
		21.3	36.0	13.5	11.2	18.0
	รูปแบบ 2**	56	37	39	21	40
		29.0	19.2	20.2	10.9	20.7
เชื่อมั่นในตนเอง เผชิญปัญหาและจัดการได้	รูปแบบ 1*	3	4	15	28	39
		3.4	4.5	16.9	31.5	43.8
	รูปแบบ 2**	15	8	32	50	88
		7.8	4.1	16.6	25.9	45.6

ตารางที่ 31 การรับรู้คุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (รายข้อ) (ต่อ)

ข้อความ		(ค่าคะแนน)				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
รู้สึกว่าคุณไม่มี	รูปแบบ 1*	15	21	9	13	31
ความหมาย		16.9	23.6	10.1	14.6	34.8
	รูปแบบ 2**	51	33	20	13	76
		26.4	17.1	10.4	6.7	39.4
สามารถดูแลตนเองให้	รูปแบบ 1*	3	2	8	33	43
ประสบความสำเร็จ		3.4	2.2	9.0	37.1	48.3
	รูปแบบ 2**	13	7	17	42	114
		6.7	3.6	8.8	21.8	59.1
เห็นคุณค่าตนเองใน	รูปแบบ 1*	3	1	9	22	54
การมีชีวิตอยู่		3.4	1.1	10.1	24.7	60.7
	รูปแบบ 2**	5	7	9	31	141
		2.6	3.6	4.7	16.1	73.1

* โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ** โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ตารางที่ 32 ความพึงพอใจคุณภาพบริการที่ได้รับตามการรับรู้ด้านระบบบริการ

ข้อความ		(ค่าคะแนน)				
		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
รับขาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง	รูปแบบ 1*	27	2	1	2	57
		30.3	2.2	1.1	2.2	64.0
	รูปแบบ 2**	43	10	4	0	136
		22.3	5.2	2.1	0.0	70.5
ได้รับข่าวสารทางด้านทั่วถึง	รูปแบบ 1*	32	2	0	2	53
		36.0	2.2	0.0	2.2	59.6
	รูปแบบ 2**	48	8	5	2	130
		24.9	4.1	2.6	1.0	67.4
ความพร้อมในการบริการ เช่น สถานที่เครื่องมือ อุปกรณ์	รูปแบบ 1*	1	1	4	35	48
		1.1	1.1	4.5	39.3	53.9
	รูปแบบ 2**	0	6	12	54	121
		0.0	3.1	6.2	28.0	62.7
มั่นใจ/วางใจโครงการขาด้านไวรัส	รูปแบบ 1*	2	0	5	29	53
		2.2	0.0	5.6	32.6	59.6
	รูปแบบ 2**	2	3	9	42	137
		1.0	1.6	4.7	21.8	71.0
มีความหวัง	รูปแบบ 1*	30	5	0	2	52
		33.7	5.6	0.0	2.2	58.4
	รูปแบบ 2**	34	5	2	2	150
		17.6	2.6	1.0	1.0	77.7
มีประโยชน์ในการปฏิบัติตัว	รูปแบบ 1*	26	6	0	1	56
		29.2	6.7	0.0	1.1	62.9
	รูปแบบ 2**	45	1	4	2	141
		23.3	0.5	2.1	1.0	73.1
รู้จักเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกัน	รูปแบบ 1*	5	1	2	39	42
		5.6	1.1	2.2	43.8	47.2
	รูปแบบ 2**	1	1	3	60	128
		0.5	0.5	1.6	31.1	66.3

* โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ** โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ตารางที่ 32 ความพึงพอใจคุณภาพบริการที่ได้รับตามการรับรู้ด้านระบบบริการ (ต่อ)

ข้อความ		(ค่าคะแนน)				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
ใช้ชีวิตในสังคม อย่างปกติ	รูปแบบ 1*	29	4	2	1	53
		32.6	4.5	2.2	1.1	59.6
	รูปแบบ 2**	66	28	2	2	95
		34.2	14.5	1.0	1.0	49.2
มีอาการดีขึ้น	รูปแบบ 1*	36	4	0	1	48
		40.4	4.5	0.0	1.1	53.9
	รูปแบบ 2**	48	4	4	2	135
		24.9	2.1	2.1	1.0	69.9
ดูแลอย่างต่อเนื่อง	รูปแบบ 1*	32	7	0	2	48
		36.0	7.9	0.0	2.2	53.9
	รูปแบบ 2**	58	13	3	3	116
		30.1	6.7	1.6	1.6	60.1
พอใจระบบติด ตามผล/เยี่ยมชมบ้าน	รูปแบบ 1*	31	15	7	6	30
		34.8	16.9	7.9	6.7	33.7
	รูปแบบ 2**	44	15	15	6	113
		22.8	7.8	7.8	3.1	58.5
พอใจการให้ ข้อมูล/คำปรึกษา	รูปแบบ 1*	27	9	3	1	49
		30.3	10.1	3.4	1.1	55.1
	รูปแบบ 2**	54	6	3	3	127
		28.0	3.1	1.6	1.6	65.8
พอใจการรักษา ความลับ	รูปแบบ 1*	26	12	2	2	47
		29.2	13.5	2.2	2.2	52.8
	รูปแบบ 2**	43	20	6	6	118
		22.3	10.4	3.1	3.1	61.1
มีประสิทธิภาพ	รูปแบบ 1*	30	7	1	2	49
		33.7	7.9	1.1	2.2	55.1
	รูปแบบ 2**	47	17	4	1	124
		24.4	8.8	2.1	0.5	64.2

* โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ** โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ตารางที่ 33 ความพึงพอใจคุณภาพบริการที่ได้รับด้านกระบวนการให้บริการ

ข้อความ		(ค่าคะแนน)				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
เวลาเข้ารับบริการ	รูปแบบ 1*	38	6	4	0	41
เหมาะสม		42.7	6.7	4.5	0.0	46.1
	รูปแบบ 2**	59	9	4	4	117
		30.6	4.7	2.1	2.1	60.6
พอใจในการรับยา	รูปแบบ 1*	0	1	2	36	50
ตามนัด		0.0	1.1	2.2	40.4	56.2
	รูปแบบ 2**	0	4	6	39	144
		0.0	2.1	3.1	20.2	74.6
ได้รับบริการที่มี	รูปแบบ 1*	0	1	3	35	50
ประสิทธิภาพ		0.0	1.1	3.4	39.3	56.2
	รูปแบบ 2**	0	2	5	52	134
		0.0	1.0	2.6	26.9	69.4
มั่นใจคุณภาพการ	รูปแบบ 1*	0	1	9	26	53
วินิจฉัยโรค		0.0	1.1	10.1	29.2	59.6
	รูปแบบ 2**	0	2	14	40	137
		0.0	1.0	7.3	20.7	71.0
พอใจการให้	รูปแบบ 1*	1	0	4	34	50
คำปรึกษา		1.1	0.0	4.5	38.2	56.2
	รูปแบบ 2**	1	0	7	29	156
		0.5	0.0	3.6	15.0	80.8
ช่วยให้ท่านมี	รูปแบบ 1*	0	4	14	31	40
เพื่อน/มีความสุข		0.0	4.5	15.7	34.8	44.9
	รูปแบบ 2**	2	2	7	30	152
		1.0	1.0	3.6	15.5	78.8

* โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ** โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ตารางที่ 33 ความพึงพอใจคุณภาพบริการที่ได้รับด้านกระบวนการให้บริการ (ต่อ)

ข้อความ		(ค่าคะแนน)				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
พอใจการทำงาน ของผู้ให้บริการ	รูปแบบ 1*	0	1	5	30	53
		0.0	1.1	5.6	33.7	59.6
	รูปแบบ 2**	1	0	8	37	147
ได้รับการตรวจ ร่างกายอย่าง ต่อเนื่อง		0.5	0.0	4.1	19.2	76.2
	รูปแบบ 1*	0	1	30	57	
		0.0	1.1	33.7	64.0	
	รูปแบบ 2**	0	0	13	40	140
		0.0	0.0	6.7	20.7	72.5
	รูปแบบ 1*	0	1	5	33	50
พอใจการรักษา และยาที่ได้รับ		0.0	1.1	5.6	37.1	56.2
	รูปแบบ 2**	0	3	3	50	137
		0.0	1.6	1.6	25.9	71.0
พอใจการรักษา ความลับ	รูปแบบ 1*	1	0	10	31	47
		1.1	0.0	11.2	34.8	52.8
	รูปแบบ 2**	2	2	15	39	135
		1.0	1.0	7.8	20.2	69.9
มีส่วนร่วม ตัดสินใจ	รูปแบบ 1*	0	2	11	38	38
		0.0	2.2	12.4	42.7	42.7
	รูปแบบ 2**	0	1	8	48	136
		0.0	0.5	4.1	24.9	70.5
เปิดโอกาสให้มี ส่วนร่วม	รูปแบบ 1*	0	3	6	37	43
		0.0	3.4	6.7	41.6	48.3
	รูปแบบ 2**	0	3	8	46	136
		0.0	1.6	4.1	23.8	70.5

* โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ** โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ตารางที่ 34 ความพึงพอใจคุณภาพบริการที่ได้รับตามการรับรู้ด้านผู้ให้บริการ

ข้อความ		(ค่าคะแนน)				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
มีเวลาพูดคุย	รูปแบบ 1*	2	2	3	32	50
ซักถาม		2.2	2.2	3.4	36.0	56.2
	รูปแบบ 2**	0	9	8	50	126
		0.0	4.7	4.1	25.9	65.3
เข้าใจใส่	รูปแบบ 1*	0	0	3	35	51
กระตือรือร้น		0.0	0.0	3.4	39.3	57.3
อย่างดี	รูปแบบ 2**	0	5	10	52	126
		0.0	2.6	5.2	26.9	65.3
มีความรู้	รูปแบบ 1*	0	1	8	31	49
แก้ปัญหาอย่างมี		0.0	1.1	9.0	34.8	55.1
คุณภาพ	รูปแบบ 2**	0	3	6	47	137
		0.0	1.6	3.1	24.4	71.0
เข้าใจและสนอง	รูปแบบ 1*	0	1	3	35	50
ความต้องการ		0.0	1.1	3.4	39.3	56.2
ท่าน	รูปแบบ 2**	0	2	5	39	147
		0.0	1.0	2.6	20.2	76.2
รู้สึกอบอุ่นเมื่อ	รูปแบบ 1*	1	0	3	35	50
ได้รับการเอาใจ		1.1	0.0	3.4	39.3	56.2
ใส่	รูปแบบ 2**	0	2	6	37	148
		0.0	1.0	3.1	19.2	76.7
ผู้บริการให้	รูปแบบ 1*	1	0	6	39	43
กำลังใจ		1.1	0.0	6.7	43.8	48.3
	รูปแบบ 2**	0	3	5	42	143
		0.0	1.6	2.6	21.8	74.1

* โรงพยาบาลดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพ ** โรงพยาบาลดำเนินการ โดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ตารางที่ 34 ความพึงพอใจคุณภาพบริการที่ได้รับตามการรับรู้ด้านผู้ให้บริการ(ต่อ)

ข้อความ		(ค่าคะแนน)				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
พอใจคำแนะนำที่ ได้รับ	รูปแบบ 1*	1	2	11	39	36
		1.1	2.2	12.4	43.8	40.4
	รูปแบบ 2**	0	2	5	39	147
		0.0	1.0	2.6	20.2	76.2
ได้รับกำลังใจใน การกินยา	รูปแบบ 1*	1	0	4	34	50
		1.1	0.0	4.5	38.2	56.2
	รูปแบบ 2**	1	1	3	33	155
		0.5	0.5	1.6	17.1	80.3
ท่านปฏิบัติตามได้ ถูกต้อง ตาม คำแนะนำ	รูปแบบ 1*	1	0	7	34	47
		1.1	0.0	7.9	38.2	52.8
	รูปแบบ 2**	0	1	5	41	146
		0.0	0.5	2.6	21.2	75.6
ให้บริการ ครอบคลุมด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ อย่างดี	รูปแบบ 1*	0	2	13	35	39
		0.0	2.2	14.6	39.3	43.8
	รูปแบบ 2**	0	1	13	55	124
		0.0	0.5	6.7	28.5	64.2
ดูแลด้วยมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง	รูปแบบ 1*	1	1	5	30	52
		1.1	1.1	5.6	33.7	58.4
	รูปแบบ 2**	0	2	4	41	146
		0.0	1.0	2.1	21.2	75.6
ดูแลสุขภาพด้วย ตนเองได้	รูปแบบ 1*	1	0	5	27	56
		1.1	0.0	5.6	30.3	62.9
	รูปแบบ 2**	0	1	4	44	144
		0.0	0.5	2.1	22.8	74.6

* โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ** โรงพยาบาลดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อ

ตารางที่ 34 ความพึงพอใจคุณภาพบริการที่ได้รับตามการรับรู้ด้านผู้ให้บริการ(ต่อ)

ข้อความ		(ค่าคะแนน)				
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
เปิดโอกาสให้	รูปแบบ 1*	2	1	5	30	51
พูดคุย ชักถาม		2.2	1.1	5.6	33.7	57.3
	รูปแบบ 2**	0	1	5	52	135
		0.0	0.5	2.6	26.9	69.9
ท่านมีส่วนร่วม	รูปแบบ 1*	0	7	7	28	47
เลือกการรักษา		0.0	7.9	7.9	31.5	52.8
	รูปแบบ 2**	1	1	4	54	133
		0.5	0.5	2.1	28.0	68.9
พอใจการดูแล	รูปแบบ 1*	0	1	6	36	46
จากเจ้าหน้าที่		0.0	1.1	6.7	40.4	51.7
	รูปแบบ 2**	0	4	10	38	141
		0.0	2.1	5.2	19.7	73.1
พอใจการดูแล	รูปแบบ 1*	3	0	13	29	44
จากแกนนำ		3.4	0.0	14.6	32.6	49.4
	รูปแบบ 2**	0	1	7	37	148
		0.0	0.5	3.6	19.2	76.7



No. MU 2007-016

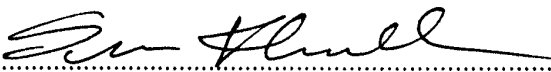
**Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok**

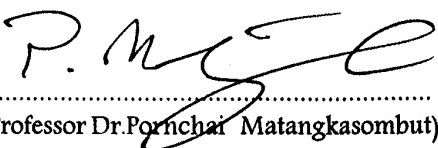
Title of Project. Effectiveness of Wholistic Service Access to Antiretroviral Program at
Nakhonratchasima
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Miss Nontalee Nimsomboon

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman. 
(Professor Dr. Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute. 
(Professor Dr. Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval. 15 FEB 2007

Date of Expiration. 14 FEB 2008

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนนทลี นิ่มสมบูรณ์
วัน เดือน ปี เกิด	4 ธันวาคม 2516
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลวชิระ กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขสรีนทร จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2538 ประกาศนียบัตร สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2542 วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2546 – 2551 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลขามทะเลสอ อ.ขามทะเลสอ จ.นครราชสีมา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 6