

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อการจัดบริการและการกดไวรัสในกระแสเลือด
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับบริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง
ณ คลินิกเติมยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

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

นิตยา ดาววงศ์ญาติ

Nidtaya Dawvongyad

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

Sunprasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani Province

Received: 03/04/2021

Revised: 11/05/2021

Accepted: 20/05/2021

บทคัดย่อ

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

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

สรุปผลการศึกษา การบริการรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลางเป็นการบริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยให้กดไวรัสในกระแสเลือดได้

Abstract

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

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

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

<p>คำสำคัญ การบริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ ปริมาณไวรัส</p>	<p>Keywords The differentiated care service, Quality of life, Satisfaction, Viral load</p>
--	---

บทนำ

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

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

ไวรัสในกระแสเลือดเป็นอย่างไร โดยเมื่อสิ้นสุดการวิจัย จะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย และเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลอื่น ๆ ในประเทศไทยใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่กลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจต่อระบบบริการและการกดไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง (Differentiated Care Service)

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

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

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

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

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ที่มีความพิการด้านสายตาไม่สามารถมองเห็นตัวหนังสือได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยสูตร

คำนวณโดยสูตรของ Taro Yamane (ทาโร ยามาเนะ):

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

n คือ จำนวนแบบสอบถามที่ต้องการเก็บ

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

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อน โดยงานวิจัยนี้ใช้ค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05

$$n = 1,672 / (1 + 1672 * 0.05^2)$$

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

เอกสาร 40 % คือ 140 ชุด

รวมเก็บแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 470 ชุด

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากจากประชากร จำนวน 1,672 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจคุณภาพชีวิต 9-THAI⁽⁷⁾ จำนวน 9 ข้อ

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

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

functions 7. การมีสมาธิ/จดจำ (cognition) ส่วนที่เหลืออีก 2 ข้อ เป็นคำถามประเมินภาพรวมของสุขภาพทั่วไปที่ไม่นำมาคิดคะแนนคือ 8. เปรียบเทียบสุขภาพในปัจจุบันกับปีที่แล้ว และ 9. เปรียบเทียบตัวเองกับผู้อื่นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเช่นเดียวกัน แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง รุนแรงมาก 2 คะแนน หมายถึง รุนแรง 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง เล็กน้อย 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย สำหรับการแปลผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อ้างอิงการแปลผลจากการศึกษา ของวัลลี ระวีวรรณ⁽⁶⁾ และอารีวรรณ เขียวชาภูวัฒนา ตรุณี จันทร์เลิศ⁽⁹⁾ ซึ่งจัดระดับการแปลผลได้ดังนี้

- คะแนนคุณภาพชีวิตทางกาย >20 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี อยู่ในช่วงเดียวกับคนไทยปกติ สุขภาพดีในเพศและอายุเดียวกัน ไม่พบปัญหาสุขภาพกายที่รุนแรง
- คะแนนคุณภาพชีวิตทางกาย 0-20 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนไทยปกติสุขภาพดี ในเพศและอายุเดียวกัน ควรเฝ้าระวังความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น
- คะแนนคุณภาพชีวิตทางกาย <0 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตแย่
- คะแนนคุณภาพชีวิตทางใจ >20 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี อยู่ในช่วงเดียวกับ คนไทยปกติสุขภาพดีในเพศและอายุเดียวกัน ไม่พบปัญหาสุขภาพใจที่รุนแรง
- คะแนนคุณภาพชีวิตทาง ใจ 0-20 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนไทยปกติสุขภาพดี ในเพศและอายุเดียวกัน ควรเฝ้าระวังความรุนแรงของปัญหาสุขภาพใจที่เกิดขึ้น
- คะแนนคุณภาพชีวิตทางใจ <0 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตแย่

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

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

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ (ปรับจากแบบสำรวจความพึงพอใจของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽³⁾)

ส่วนที่ 3 แบบเก็บข้อมูลปริมาณไวรัสในกระแสเลือด

จากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ OPServ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยจะเก็บข้อมูลจากผลการตรวจเลือดครั้งล่าสุดของปีงบประมาณ 2561 ระยะเวลาในการศึกษา

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

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

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

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป

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

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

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

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิต

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

ตารางที่ 3 คะแนนสุขภาพกายและใจ

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

ส่วนผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่ม พบว่า ส่วนมาก มีความพอใจมากถึงมากที่สุดต่อการให้ตัวอย่างต่อบริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็น บริการแบบนี้ ถึงร้อยละ 97.44 (ตารางที่ 4) ศูนย์กลางของคลินิกเอดมียา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการบริการของคลินิกเอดมียา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

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

การมารับยาเพิ่มโดยช่องทางด่วน (Fast - Track Refills) โดยไม่ต้องพบแพทย์ทุกครั้ง ทางคลินิก เอดมียาได้ดำเนินการแนะนำให้มีการจ่ายยาต้านไวรัสนาน ครั้งละ 2 - 3 เดือน มาเป็นครั้งละประมาณ 4 เดือน แม้จะมีการจ่ายยาให้นานขึ้น กลุ่มตัวอย่างยังสามารถ กดระดับไวรัสในกระแสเลือดได้ดี (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละของการกดระดับไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load: VL)

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

อภิปรายผล

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

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

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

เช่นเดียวกัน นอกจากด้านผลทางการรักษาแล้ว การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้สำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างด้วยพบว่าส่วนมากถึงร้อยละ 97.44 มีความพอใจมากถึงมากที่สุดต่อการให้บริการแบบนี้

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สรุปได้ว่าการให้บริการแบบที่ให้ความสำคัญกับผู้บริการเป็นศูนย์กลาง (Differentiated Care Service) เช่น การขยายเวลาการจ่ายยาให้นานขึ้น การจัดแยกกลุ่มคนไข้สุขภาพดีไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ออกจากคนไข้ที่เจ็บป่วยเป็นรูปแบบบริการที่ดีต่อผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีผลการรักษาที่ดีสามารถกดไวรัสในกระแสเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

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

เอกสารอ้างอิง

1. Kiet Rakrungham, Thanyawee Puthanakit, Opas Phuthacharoen, Kulkanya Chokephaibulkit, Winai Rattanasuwan, Sasisopin Kiatburanakul, et al. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2017. Sumet

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

7. Wiroj Tangcharoensathien, Areewan Cheawchanwattana, Chulaporn Limwattananon, Jitpranee Vaswit, Sanguanluekiet Bundit, Chirawan Boonperm. Thai Health Status Report: Analysis of Data from Health and Welfare Survey 2003. *Journal of Health Science*. 2006; 15(4): 515-27.
8. Wanlee Rawiwan. Quality of Life among Hemodialysis Patients at Chalermprakiet Hemodialysis Unit Phang-Nga Hospital. *Southern Regional Primary Health Care Journal*. 2020; 34(2): 6-17.
9. Areewan Cheawchanwattana, Darunee Chunlertrith. Predictive Criterion Validity of a Health-Related Quality of Life 9-THAI by Predicting Survival Rates in Dialysis Patients. *Journal of Nurses' Association of THAILAND, North-Eastern Division*. 2012; 30(2): 23-31.
10. Nidaya Dawvongyad. Quality of life of HIV infected and AIDS patients receiving antiretroviral drugs in Sappasitthiprasong hospital, Ubonratchathani Province by 9-items Thai Health status Assessment Instrument. *The Office of Disease Prevention and Control 7th Journal*. 2558; 13(2): 16-28.
11. HIV INFO HUB. HIV Stigma and Discrimination [Internet]. [cited 2020 Sep. 20] Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>.