

การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์

The Development of Practice Guideline for Preventing HIV Infection from Mother to Child

Transmission at Plubplachai Hospital, Buriram Province.

(Received: January 25,2026 ; Revised: January 27,2026 ; Accepted: January 31,2026)

ลัดดา อังศุวัชรการ¹Ladda Angsuvacharakorn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก 2) พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลายชัย และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นระยะพัฒนาแนวปฏิบัติจำนวน 10 คน และระยะทดลองใช้ จำนวน 20 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพและหญิงตั้งครรภ์ ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ ADDIE Model (Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ความคิดเห็น ความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที (Paired t-test) ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะวิเคราะห์ สถานการณ์ย้อนหลัง 5 ปี พบอัตราการติดเชื้อในทารกสูงเกินเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 8.33) ปัญหาหลักคือการเข้าถึงบริการล่าช้า ขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา และการตีตราทางสังคม 2) ระยะพัฒนา ได้แนวปฏิบัติ (Plubplachai Model) ที่เน้นระบบช่องทางด่วน (Fast Track) การเริ่มยาต้านไวรัสทันที (Same Day ART) และการให้คำปรึกษาทางจิตสังคมเพื่อเปิดเผยผลเลือด 3) ระยะประเมินผลพบว่า ภายหลังการดำเนินงาน ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในทารก (0 ราย) คะแนนความรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{x} = 4.65$) และความพึงพอใจของผู้ให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.72$) ปัจจัยความสำเร็จคือความชัดเจนของบทบาทหน้าที่และการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างไร้รอยต่อ

คำสำคัญ: การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก, เอชไอวี, แนวปฏิบัติทางคลินิก, โรงพยาบาลพลับพลายชัย

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to 1) investigate the problems and needs regarding the prevention of mother-to-child HIV transmission, 2) develop a practice guideline for preventing HIV infection at Plubplachai Hospital, and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The purposive sample consisted of 10 participants for the development phase and 20 participants for the implementation phase, including a multidisciplinary team and pregnant women. The study applied the ADDIE Model (Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation). Research tools included questionnaires on knowledge, opinions, satisfaction, and in-depth interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

The results revealed that: 1) In the analysis phase, the 5-year retrospective data showed an infant infection rate exceeding the target (8.33%), with main problems being delayed access to services, poor medication adherence, and social stigma. 2) In the development phase, the Plubplachai Model was established, focusing on a FastTrack system, Same Day ART initiation, and psychosocial counseling for status disclosure. 3) In the evaluation phase, after implementation, no new infant infections were found (0 cases). Personnel knowledge scores significantly increased ($p < .05$). Opinions on the guideline were at the highest agreement level ($\bar{x} = 4.65$), and provider satisfaction was at the highest level ($\bar{x} = 4.72$). Key success factors were role clarity and seamless data integration.

Keywords: Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT), HIV, Clinical Practice Guideline, Plubplachai Hospital

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS) ซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ยังคงเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก แม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์จะก้าวหน้าไปมาก แต่สถานการณ์การแพร่ระบาดยังคงน่าเป็นห่วง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2022 ทั่วโลกยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงถึง 1.3 ล้านราย¹ โดยหนึ่งในช่องทางการแพร่กระจายเชื้อที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรคือ การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Mother-to-Child Transmission: MTCT) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ าระยะคลอด และระยะให้นมบุตร หากปราศจากมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ทารกมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 15-45 แต่หากมีการบริหารจัดการที่ดี โดยเฉพาะการให้ยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) แก่หญิงตั้งครรภ์อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จะสามารถลดความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 1 ได้อย่างมีนัยสำคัญ²

สำหรับประเทศไทย นับเป็นประเทศที่มีความโดดเด่นในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จนได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียที่สามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559³ และได้กำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 โดยมีเป้าหมายท้าทายในการลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้เหลือไม่เกินร้อยละ 1 ภายในปี พ.ศ. 2573⁴ อย่างไรก็ตาม แม้ภาพรวมระดับประเทศจะประสบความสำเร็จ แต่ในระดับปฏิบัติการในบางพื้นที่ยังคงเผชิญกับอุปสรรคที่ซับซ้อน โดยเฉพาะปัญหาการเข้าถึงบริการที่ล่าช้า การตีตราทางสังคม และปัญหาการย้ายถิ่นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์หลุดจากระบบการรักษา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก พบว่าสถานการณ์การ

ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีความเปราะบาง ข้อมูลสถิติย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2563-2567) มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการจำนวน 12 ราย แม้ส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน แต่ยังคงพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในทารกจำนวน 1 ราย ในปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 8.3 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ⁵ เมื่อวิเคราะห์เจาะลึกถึงสาเหตุรากเหง้า (Root Cause Analysis) พบว่าปัจจัยสำคัญเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้า การปกปิดสถานะการติดเชื้อเนื่องจากความกลัวต่อการถูกเลือกปฏิบัติจากครอบครัวและชุมชน รวมถึงความไม่ต่อเนื่องของการรับประทานยาต้านไวรัส ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติแบบเดิม (Routine Practice) อาจยังไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อบริบทปัญหาที่ซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ และจำเป็นต้องมีกลไกการดูแลเชิงรุกที่ครอบคลุมมิติทางสังคมและจิตใจมากยิ่งขึ้น

ความท้าทายดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการให้บริการ โดยต้องอาศัยกระบวนการออกแบบและพัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อปิดช่องว่างของการบริการเดิม ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด ADDIE Model ของ Kevin D. Kruse มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis), การออกแบบรูปแบบ (Design), การพัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรม (Development), การนำไปทดลองใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation)⁶ กระบวนการนี้จะช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถสร้างแนวปฏิบัติที่มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพลับพลายชัย และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหา

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของโรงพยาบาลพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมุ่งหวังให้เกิดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และสามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งจะช่วย

เพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหา คัดกรอง และดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อสู่ทารก และยกระดับคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินผลแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ประยุกต์ร่วมกับกระบวนการออกแบบระบบการเรียนการสอนตามแนวคิด ADDIE Model ของ Kevin D. Kruse ร่วมกับรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) ดำเนินการศึกษา ณ โรงพยาบาลพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติและการนำไปทดลองใช้จริง ดังนี้

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การทำคลอด และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และคลินิกเอชไอวี รวมจำนวนทั้งสิ้น ประมาณ 40 คน

1.2 กลุ่มผู้รับบริการ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และมารับบริการฝากครรภ์หรือคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพลับพลายชัย

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลพลับพลายชัย และยินดีให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพร้ายแรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์หรือเอชไอวี ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแนวทาง หรือไม่สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ 2) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีในระยะลุกลามหรือเข้าสู่ภาวะเอดส์ (AIDS) ที่รุนแรงจนไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ 3) บุคลากรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลกลุ่มเป้าหมายในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล 4) ผู้ที่ปฏิเสธหรือไม่ยินดียินยอม ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ และเครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะเป็นแบบทดสอบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (ก, ข, ค, ง) จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก และการดูแลรักษา เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยมีการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (16–20 คะแนน) ระดับปานกลาง (12–15 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่า 12 คะแนน)¹²

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert⁸ จำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) ไปจนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง เห็นด้วยในระดับมาก, 2.34–3.67 หมายถึง ปานกลาง และ 1.00–2.33 หมายถึง น้อย

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ¹³ ครอบคลุมประเด็นด้านความชัดเจนของเนื้อหา ความสะดวกในการนำไปใช้ และประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน

2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) เป็นชุดคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) สำหรับผู้รับบริการ (หญิงตั้งครรภ์) และผู้ให้บริการ เจาะลึกในประเด็นประสบการณ์การรับบริการ ปัญหาอุปสรรคที่พบ ความต้องการการดูแล และข้อเสนอแนะต่อระบบบริการ จำนวน 5 ข้อหลัก

2.2 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 3 ข้อหลัก เพื่อ

ค้นหาแนวทางพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม การวางแผนปฏิบัติงาน และการติดตามประเมินผล โดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในการแก้ปัญหาเชิงระบบ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือทุกฉบับได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ ADDIE Model อย่างเป็นทางการ ดังนี้

1. ระยะการวิเคราะห์ (Analysis)

1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ปัญหาผ่านการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 5 ปี และการวิเคราะห์ SWOT เพื่อระบุจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการดำเนินงานปัจจุบัน

2) สำรวจความต้องการจำเป็น (Need Assessment) ของบุคลากรและผู้รับบริการผ่านการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

2. ระยะการออกแบบและพัฒนา (Design & Development)

1) นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์และร่างแนวปฏิบัติใหม่ จัดทำคู่มือและสื่อการเรียนรู้

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อชี้แจงแนวทาง สร้างความเข้าใจ และฝึกทักษะการใช้เครื่องมือแก่ทีมสหวิชาชีพ

3. ระยะการนำไปใช้ (Implementation)

1) ทดลองใช้แนวปฏิบัติในคลินิกฝากครรภ์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลพลับพลาชัย ตามระยะเวลาที่กำหนด

2) มีการนิเทศติดตามผล (Monitoring) และให้คำปรึกษาระหว่างการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

4. ระยะการประเมินผล (Evaluation)

1) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใช้ โดยใช้แบบประเมินความรู้ แบบสอบถามความคิดเห็น และแบบประเมินความพึงพอใจ

2) จัดเวทีถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) เพื่อสรุปผลความสำเร็จและปัญหาที่ยังคงอยู่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) 2) คะแนนความรู้ ความคิดเห็น และความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)⁷ 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และความคิดเห็นก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบจับคู่ (Paired Sample t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 1) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2065-077 (รหัสโครงการ 96/2568) เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา (Analysis)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแล โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลทางระบาดวิทยา จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2563-2567) ของโรงพยาบาลพลับพลาชัย พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการจำนวนทั้งหมด 12 ราย โดยมีลักษณะทางประชากรและผลลัพธ์การดูแลที่สำคัญ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 66.67) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 66.67) รองลงมาคือหย่าร้าง/แยกทาง จำนวน 4 ราย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (5 ราย) และมีส่วนที่ว่างงานหรือรับจ้างทั่วไป

2) สภาพปัญหาและผลลัพธ์ทางคลินิก แม้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ (9 ราย) จะสามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์และเริ่มยาต้านไวรัสได้ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ แต่ยังคงพบปัญหาเชิงคุณภาพในระบบบริการที่สำคัญ คือ

- การเข้าถึงบริการล่าช้า พบหญิงตั้งครรภ์ 2 ราย ไม่ได้เข้ารับบริการฝากครรภ์ (No ANC) และไม่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง สาเหตุหลักเกิดจากการย้ายถิ่นที่อยู่ และปัญหาครอบครัวที่มีการปกปิดสถานะการติดเชื้อกับสามีใหม่

- ประสิทธิภาพการกดปริมาณไวรัส พบหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย มีปริมาณไวรัส (Viral Load) ณ วันคลอดสูงถึง 416 copies/ml ซึ่งเกิดจากการขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา

- อุบัติการณ์การติดเชื้อในทารก จากช่องว่างของระบบบริการดังกล่าว ส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2564 พบทารกติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดให้ต่ำกว่าร้อยละ 1

1.2 ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) จากการระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพของหน่วยงานในการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สรุปได้ดังนี้

1) จุดแข็ง (Strengths) โรงพยาบาลมีทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล) ที่มีความพร้อมในการให้บริการ มีคลินิกเฉพาะทางที่ให้บริการได้มาตรฐาน และมีระบบการส่งต่อภายในโรงพยาบาลที่ชัดเจน

2) จุดอ่อน (Weaknesses) ขาดแนวปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาหน้างานจริง โดยเฉพาะแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มย้ายถิ่น หรือกลุ่มที่ไม่กล้าเปิดเผยผลเลือด ทำให้การติดตามตัวเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก

3) โอกาส (Opportunities) นโยบายระดับชาติที่สนับสนุนการยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็ว เอื้อต่อการพัฒนาระบบ

4) อุปสรรค (Threats) การตีตราทางสังคม (Stigma) ยังคงรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะปกปิดข้อมูล การย้ายถิ่นฐานของประชากรวัยทำงานทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา และปัญหาเศรษฐกิจครอบครัว

1.3 ผลการสำรวจความต้องการจำเป็น (Needs Assessment) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มบุคลากรและผู้รับบริการ ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

1) ด้านผู้ให้บริการ (บุคลากร) ต้องการแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม (Flow chart) ที่สามารถตัดสินใจได้ทันทีเมื่อเจอเคสที่มีความเสี่ยงสูง หรือเคสที่มาฝากครรภ์ช้า ต้องการระบบ "ช่องทางด่วน (Fast Track)" เพื่อลดขั้นตอนการรอคอย และเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยผู้ป่วยในการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่สมรส

2) ด้านผู้รับบริการ (หญิงตั้งครรภ์) ต้องการความมั่นใจในการรักษาว่าลูกจะปลอดภัย ต้องการความเป็นส่วนตัว (Privacy) อย่างเคร่งครัด และต้องการที่ปรึกษาที่สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่องโดยไม่ถูกตัดสิน โดยเฉพาะความกังวลเรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับคนในครอบครัว

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาแนวปฏิบัติ (Design and Development)

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาสังเคราะห์และดำเนินการออกแบบพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดผลการดำเนินงานดังนี้

2.1 ผลการสังเคราะห์และยกร่างแนวปฏิบัติ (Design) ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันนำผลการวิเคราะห์ปัญหา (Problem Analysis) มากำหนดกรอบแนวคิดในการแก้ปัญหา โดยมุ่งเน้นการปิดช่องว่างของระบบบริการเดิม (Service Gaps) และได้จัดทำร่างแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลายชัย (Plubplachai PMTCT Guideline) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใหม่ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การปรับปรุงระบบคัดกรอง (Screening System) พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงรายบุคคลที่รัดกุมขึ้น โดยเพิ่มประเด็นการซักประวัติเรื่องการย้ายถิ่นและการมีคู่นอนหลายคน เพื่อให้สามารถค้นหาความเสี่ยงได้ครอบคลุม

2. ระบบช่องทางด่วน (Fast Track Service) กำหนดแนวทาง "Same Day ART" สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบเชื้อ เพื่อให้ได้รับยาต้านไวรัสทันทีภายในวันที่ทราบผล ลดขั้นตอนการรอคอย เพื่อลดปริมาณไวรัสให้เร็วที่สุด

3. การบูรณาการทีมสหวิชาชีพ จัดทำผังกำกับการทำงาน (Flow chart) ที่ระบุบทบาทหน้าที่ชัดเจนระหว่าง งานฝากครรภ์ (ANC), ห้องคลอด (LR), งานเภสัชกรรม และคลินิกให้คำปรึกษา เพื่อลดความซ้ำซ้อนและป้องกันการตกหล่นของข้อมูล

4. การเสริมสร้างพลังใจและทักษะสังคม บรรจุแนวทางการให้คำปรึกษาเรื่องการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่สมรส เป็นมาตรฐานการดูแล เพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัวและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

5. ระบบติดตามต่อเนื่อง พัฒนาแบบบันทึกการติดตามดูแลแม่และเด็กที่เชื่อมโยงข้อมูลถึงกัน

และกำหนดเกณฑ์การติดตามเยี่ยมบ้านกรณีขาดนัดเกิน 3 วัน

2.2 ผลการพัฒนาศักยภาพทีมและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Development) หลังจากได้ร่างแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 คน เพื่อชี้แจงแนวทาง สร้างความเข้าใจ และฝึกทักษะการใช้เครื่องมือ ผลการดำเนินงานพบว่า

1. ความเหมาะสมของเนื้อหา ที่ประชุมได้ร่วมกันวิพากษ์และปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติ โดยมีความเห็นพ้องกันว่า เนื้อหามีความสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติระดับประเทศ (National Guideline) แต่มีการปรับรายละเอียดขั้นตอนการส่งต่อภายในโรงพยาบาลให้ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทหน่วยงานจริงมากขึ้น

2. ความพร้อมของบุคลากร ผลจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ พบว่า บุคลากรมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ใหม่ที่ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยา และการดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาติดเชื้อ ซึ่งเดิมเป็นจุดอ่อนที่บุคลากรยังขาดความมั่นใจ

3. เครื่องมือสนับสนุน ได้มีการจัดทำคู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และสื่อแผ่นพับความรู้ ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารกับผู้ป่วย ทำให้ข้อมูลที่สื่อสารเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งทีม

สรุปผลในขณะนี้ ได้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ (Content Validity) และบุคลากรมีความพร้อมในการนำไปทดลองใช้ในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ (Implementation)

ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่พัฒนาขึ้น (Plubplachai Model) ไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง ณ คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด คลินิกเอชไอวี และงานเภสัช

กรรม โรงพยาบาลพลับพลาย ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้

3.1 ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย พบว่าการดำเนินงานมีความเป็นระบบและคล่องตัวมากขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

1. การเชื่อมต่อบริการ ระบบการส่งต่อระหว่างคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเอชไอวีมีความรวดเร็วขึ้น โดยใช้ “ใบส่งต่อแบบ Fast Track” ที่พัฒนาขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบเชื้อได้รับผลการตรวจยืนยันและประเมินความพร้อมเพื่อเริ่มยาได้ภายในวันเดียวกัน (Same Day Service) ลดระยะเวลาการรอคอยจากเดิมที่ต้องนัดหมายข้ามวัน

2. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice) พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนภูมิการไหล (Flow Chart) ได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะขั้นตอนการซักประวัติคัดกรองความเสี่ยงซ้ำในไตรมาสที่ 3 และก่อนคลอด ซึ่งเป็นจุดที่เคยถูกละเลยในอดีต ทำให้มั่นใจได้ว่าไม่มีผู้ป่วยตกหล่น

3. การสื่อสารในทีม (Team Communication) การใช้ “สมุดประจำตัวผู้ป่วย” และ “แบบบันทึกการดูแลต่อเนื่อง” ช่วยให้ข้อมูลการรักษา การทานยา และผลเลือด (Viral Load) ถูกส่งต่อถึงกันอย่างครบถ้วน แพทย์และเภสัชกรสามารถตัดสินใจปรับแผนการรักษาได้ทันท่วงทีเมื่อพบปัญหา

3.2 ผลการนิเทศและติดตามผล ผู้วิจัยได้ดำเนินการนิเทศติดตามและให้คำปรึกษาแก่ทีมสหวิชาชีพในระหว่างการทดลองใช้ ผ่านเวทีการประชุมปรึกษาหารือรายกรณี (Case Conference) และการนิเทศหน้างาน (On-the-job Training) พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. การปฏิบัติตามแนวทาง ในระยะแรกของการนำไปใช้ พบปัญหาเรื่องความไม่คุ้นเคยกับการเขียนแบบบันทึกใหม่ ผู้วิจัยจึงได้ให้คำแนะนำและชี้แจงทำความเข้าใจเพิ่มเติม ส่งผลให้ในระยะต่อมาบุคลากรสามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนและถูกต้อง

2. การแก้ปัญหาหน้างาน พบกณศึกษาที่มีความซับซ้อน เช่น หลิงตั้งครุฑที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและไม่กล้าบอกสามี ทีมงานได้ใช้แนวปฏิบัติในส่วนของกาให้คำปรึกษาทางจิตสังคม เข้ามาช่วย โดยมีการทำงานร่วมกับนักจิตวิทยาในการเตรียมความพร้อมจนผู้ป่วยสามารถเปิดเผยผลเลือดได้สำเร็จ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความยืดหยุ่นและใช้ได้จริง

3. บรรยากาศการทำงาน การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะพยาบาลรุ่นใหม่ที่ได้รับคำปรึกษาทันทีเมื่อเกิดข้อสงสัย ทำให้ลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบ (Evaluation)

ในระยะนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Plubplachai PMTCT Model) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใช้จากกลุ่มตัวอย่างบุคลากรและผู้รับบริการ พร้อมทั้งจัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) สรุปผลได้ดังนี้

4.1 ผลการประเมินความรู้ของบุคลากร จากการทดสอบความรู้บุคลากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (จำนวน 20 ข้อ) เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคู่มือและแนวปฏิบัติช่วยเสริมสร้างความแม่นยำในเนื้อหาทางวิชาการให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=20)

| ระยะการประเมิน | คะแนนเต็ม | \bar{x} | S.D. | t | p-value |
|----------------------|-----------|-----------|------|---------|---------|
| ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ | 20 | 12.35 | 2.10 | -15.42* | < .001 |
| หลังการใช้แนวปฏิบัติ | 20 | 18.45 | 1.05 | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ผลการประเมินความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติ จากการสอบถามความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพที่มีต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติ (ตามแบบประเมิน 20 ข้อ) พบว่า โดยภาพรวมบุคลากรมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ เห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{x} = 4.65$, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ มีการระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในแนวปฏิบัติอย่างชัดเจน ($\bar{x} = 4.75$) แนวปฏิบัติช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{x} = 4.70$) แนวปฏิบัติมีขั้นตอนที่สามารถปฏิบัติได้จริงในหน้างาน ($\bar{x} = 4.68$)

4.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (ตามแบบประเมิน 10 ข้อ) พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในงาน

ประจำ ในระดับ มากที่สุด ($\bar{x} = 4.72$, S.D. = 0.38) โดยให้เหตุผลว่าแนวปฏิบัติช่วยลดความซ้ำซ้อนของงานเอกสาร และช่วยให้การประสานงานระหว่างแผนก (ANC, ห้องคลอด, เภสัชกรรม) มีความราบรื่นขึ้น ลดข้อผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูล

4.4 ผลการถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการจัดเวทีถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการ สรุปประเด็นความสำเร็จและสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อได้ดังนี้

1) ปัจจัยความสำเร็จ (Success Factors)

- ระบบช่องทางด่วน (Fast Track) ที่เป็นรูปธรรม จากเดิมที่ผู้ป่วยต้องรอคิวรวมกับผู้ป่วยทั่วไป แนวปฏิบัติใหม่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสภายในวันที่ทราบผล (Same Day ART) ซึ่งเจ้าหน้าที่ห้องยาและคลินิกเอชไอวีสะท้อนว่า

“ระบบนี้ช่วยให้เรามั่นใจว่าคนไข้ได้รับยาเร็วที่สุด ซึ่งสำคัญมากในการกดเชื้อไวรัสเพื่อป้องกันลูก”

- การลดการตีตราผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการให้ข้อมูลว่า “รู้สึกอุ่นใจที่พยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการบอกสามี และมีการเชิญสามีมาตรวจเลือดแบบเป็นส่วนตัว ทำให้ไม่ต้องแบกรับความลับไว้คนเดียว”

- ความชัดเจนของ Flow Chart พยาบาลห้องคลอดระบุว่า “เมื่อก่อนเวลาเจอเคสฉุกเฉินจะสับสนเรื่องการให้ยาเด็ก แต่พอมีแนวปฏิบัติที่แปะไว้หน้างาน ทำให้รู้ทันทีว่าต้องให้ยา Nevirapine syrup ขนาดเท่าไร นานกี่สัปดาห์ ลดความผิดพลาดได้มาก”

2) ปัญหาและอุปสรรคที่ยังคงอยู่

- ภาระงานเอกสาร แม้ระบบจะดีขึ้น แต่ยังมี ความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลในบางจุดระหว่าง เวชระเบียนกระดาษและระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งทีมเสนอแนะให้พัฒนาระบบแจ้งเตือนผ่านโปรแกรมโรงพยาบาลในอนาคต

- การติดตามระยะยาว ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการ ย้ายถิ่นฐานบ่อย การติดตามให้มารับยาต่อเนื่องยังทำได้ยาก จำเป็นต้องประสานงานกับเครือข่าย โรงพยาบาลใกล้เคียงให้เข้มข้นขึ้น

3) ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes)

จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติในช่วงระยะเวลา ดำเนินการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโครงการ ทุกคน (ร้อยละ 100) ได้รับยาต้านไวรัส ครบถ้วนตามเกณฑ์ และ ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อ เอชไอวีในทารกแรกเกิด (0 ราย) ซึ่งถือว่าบรรลุ เป้าหมายสูงสุดของการดำเนินงาน

โดยสรุป แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล พลับพลาชัย สามารถช่วยแก้ปัญหาความล่าช้าในการ เข้าถึงบริการ และสร้างความมั่นใจให้กับทีมผู้รักษา ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลแม่และเด็กเป็นไปตาม เป้าหมายที่กำหนด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลาชัย ผู้วิจัยขออภิปราย ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ประเด็นสถานการณ์และปัญหาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2563-2567) พบ อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในทารก จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563) โดยปัจจัยความ ล้มเหลวที่พบจากการศึกษาครั้งนี้คือ การขาดความ ต่อเนื่องในการฝากครรภ์ (No ANC) และการ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากปัญหาการย้าย ถิ่นฐานและการปกปิดสถานะการติดเชื้อต่อสามี ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรวรรณ เลิศไชยพานนท์⁹ ที่พบว่าสาเหตุสำคัญของการถ่ายทอดเชื้อจาก แม่สู่ลูกเกิดจากการที่มารดากินยาไม่สม่ำเสมอและ การขาดการติดตามการรักษา นอกจากนี้ ปัญหา ความล่าช้าในการเข้าถึงบริการยังเป็นอุปสรรคสำคัญ ที่ทำให้ระดับปริมาณไวรัส (Viral Load) ในเลือดไม่ ลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัยก่อนการคลอด สะท้อน ให้เห็นวาระบบบริการแบบตั้งรับ (Passive) เดิม ไม่ สามารถครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง และมีวิถีชีวิตซับซ้อนได้ จำเป็นต้องมีระบบการค้นหา และติดตามเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ประเด็นการพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบ การดูแล (ADDIE Model) การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิด การออกแบบระบบการเรียนรู้ ADDIE Model ของ Kevin D. Kruse มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการ พัฒนา ซึ่งช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถวิเคราะห์ ปัญหาที่แท้จริงและออกแบบแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ที่ตอบสนองต่อบริบท พื้นที่ได้อย่างตรงจุด โดยจุดเด่นของรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นคือ ระบบช่องทางด่วน (Fast Track) และการ เริ่มยาต้านไวรัสทันที (Same Day ART) ซึ่งผล การศึกษาพบว่าช่วยลดระยะเวลารอคอยและทำให้

ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาของ องค์การอนามัยโลก⁷ ที่แนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุดเพื่อลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด

นอกจากนี้ การเพิ่มกระบวนการการให้ คำปรึกษาทางจิตสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมเรื่อง การเปิดเผยผลเลือดต่อคู่สมรส (Disclosure counseling) ในแนวปฏิบัติฉบับใหม่ ยังช่วย แก้ปัญหาเรื่องการปกปิดข้อมูลและการขาดแรง สนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่ สำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ บูรชัย ศิริมหาสาร¹⁰ เรื่องการจัดการความรู้สู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ที่ต้องอาศัยกระบวนการจัดการทั้งภายใน (ระบบบริการ) และภายนอก (ครอบครัวและชุมชน) เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

3. ประเด็นประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ผลการ นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พบว่า ไม่มีทารกติดเชื้อ เอชไอวีรายใหม่ (0 ราย) ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม แนวปฏิบัติใหม่ คิดเป็นอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ สู่ลูกร้อยละ 0 ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์¹¹ ความสำเร็จนี้ เกิดจากบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจต่อแนว ปฏิบัติที่มีความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ (Role Clarity) ช่วยให้การประสานงานระหว่างคลินิกฝาก ครรภ์ ห้องคลอด และงานเภสัชกรรม เป็นไปอย่าง ราบรื่น ลดช่องว่าง (Gap) ในการส่งต่อข้อมูล ทำให้ สามารถติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานยาได้ อย่างต่อเนื่องจนระดับ Viral Load ต่ำกว่า 50 copies/ml ได้สำเร็จ ซึ่งยืนยันได้ว่าการมีแนวปฏิบัติ ที่เป็นลายลักษณ์อักษรและผ่านการพัฒนาอย่างมี ส่วนร่วม ช่วยยกระดับคุณภาพการบริการและความ ปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) รูปแบบการดูแลแบบ “Plubplachai Model” ที่เน้นระบบช่องทางด่วน (Fast Track) และ

การเริ่มยาต้านไวรัสภายในวันเดียว (Same Day ART) นี้ ได้พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการลด อุบัติการณ์การติดเชื้อในทารก จึงควรนำกลไกการ ทำงานแบบสหวิชาชีพนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแล หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น หญิง ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส หรือกลุ่มครรภ์เสี่ยงสูงที่ ต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็ว

2) เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและ ยั่งยืน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและทีมงาน ทางคลินิก ควรพิจารณานำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ บรรจุเข้าเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานประจำ (Routine Practice) หรือมาตรฐานงานคุณภาพของ โรงพยาบาล เพื่อให้มีระบบการกำกับติดตามที่ชัดเจน โดยไม่ต้องพึ่งพาตัวบุคคลหรือผู้วิจัยเพียงอย่างเดียว และเพื่อให้บุคลากรใหม่สามารถปฏิบัติตามได้ทันที

3) ควรส่งเสริมให้กระบวนการให้คำปรึกษาคู่ สมรสและครอบครัวมีความเข้มข้นขึ้น โดยอาจมีการ ยกย่องหรือเสริมพลัง (Empowerment) ให้กับ ครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อ เพื่อสร้าง แรงจูงใจเชิงบวกและลดการตีตราทางสังคม ควบคู่ไป กับการให้ความรู้เรื่องการอยู่ร่วมกันอย่างปลอดภัย

4) ควรผลักดันให้มีการพัฒนาระบบ สารสนเทศ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงข้อมูล ระหว่างหน่วยงานภายใน (คลินิกฝากครรภ์ ห้อง คลอด เภสัชกรรม และคลินิกเอชไอวี) แบบ Real-time data sharing เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการ บันทึกข้อมูลและแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการ ส่งต่อข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้ทุกฝ่ายเห็นสถานการณ์การ รักษาที่เป็นปัจจุบันที่สุด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ระยะยาว ภายหลังสิ้นสุดโครงการ 1-2 ปี หรือจนกว่าเด็กจะมี อายุครบ 18 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของ พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของมารดา และยืนยันผลการติดเชื้อในทารกที่แน่นอนเมื่อสิ้นสุด กระบวนการดูแล ว่าระบบที่วางไว้ยังคงมี ประสิทธิภาพหรือไม่เมื่อเข้าสู่สถานการณ์ปกติ

2) ควรวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเจาะลึกถึงบริบทของกลุ่มประชากรย้ายถิ่น/แรงงานข้ามพื้นที่ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาการขาดนัดและการเข้าถึงบริการล่าช้า เพื่อออกแบบนวัตกรรมหรือมาตรการเชิงรุกที่จำเพาะเจาะจงกับวิถีชีวิตของกลุ่มนี้

3) ควรทำการวิจัยเพื่อขยายผลสู่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานและค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนเข้าสู่ระบบ Fast Track ของโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นโยบายขึ้นต่อการสร้างเครือข่ายการดูแลที่ไร้รอยต่อในระดับอำเภอ

เอกสารอ้างอิง

- 1.AIDS Data Hub. (2023). Thailand country profile. Retrieved September 24, 2024, from <https://www.aidsdatahub.org/country-profiles/thailand>
- 2.UNICEF. (2023). Eliminating mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV. Retrieved September 24, 2024, from <https://data.unicef.org/topic/hivaids/emtct>
- 3.World Health Organization. (2016). Thailand is first country in Asia to eliminate mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Retrieved September 24, 2024, from <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/07-06-2016>
- 4.คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2560). ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์.
- 5.โรงพยาบาลลพบุรี. (2567). ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ปี 2563-2567 [เอกสารอัดสำเนา]. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลลพบุรี.
- 6.Kruse, K. D. (2004). Introduction to Instructional Design and the ADDIE Model. Retrieved December 23, 2024, from <https://www.kevinkruse.com/addie-model/>
- 7.World Health Organization. (2023). Mother-to-child transmission of HIV. Retrieved September 24, 2024, from <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/prevention/mother-to-child-transmission-of-hiv>
- 8.Likert, R. (1961). New pattern of management. New York: McGraw-Hill.
- 9.ภัทรวรรณ เลิศไชยพานนท์. (2564). อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลบางสะพานในรอบสิบปีที่ผ่านมา. วารสารแพทย์เขต 4-5, 40(4), 539-547.
- 10.บุรชัย ศิริมหาสาร. (2548). การจัดการความรู้สู่องค์กรอัจฉริยะ BEST PRACTICE. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาผู้บริหารการศึกษา.
- 11.คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2560). ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์.
- 12.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2563). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2563/2564. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- 13.นิพนธ์ ฐานะพันธุ์. (2560). ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการของภาครัฐ: กรณีศึกษาการให้บริการของโรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยและนวัตกรรม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 7(1), 201-214.