

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of an Integrated Care Model for HIV Patients and Infected Persons through the Participation of a Multidisciplinary Team, Families, and Community Network Partners in Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

กัลยาณี ประทุมทอง¹ วียดา ดุลยเกียรติ¹ ลภณพร วงษ์อินตา¹ ภิรญา พินิจกลาง¹

Kullayanee Pratumtong¹ Wiyada Dulayakiat¹ Lapanaporn Wonginta¹ Piraya Phinitklang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแล พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงกันยายน พ.ศ. 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา พัฒนารูปแบบจำนวน 2 วงรอบ และประเมินผลรูปแบบ โดยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านกระบวนการ 5A's ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยบุคลากรทีมนสหวิชาชีพ 25 คน และครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชน 42 คน ส่วนกลุ่มผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบจำนวน 80 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง แบบประเมินกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจ การสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินแบบองค์รวมและจำแนกความเสี่ยง 2) การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเฉพาะบุคคล 3) การส่งเสริมการจัดการตนเองและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 4) การประสานการดูแลแบบบูรณาการ และ 5) การติดตามต่อเนื่องเชิงรุก ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มจาก 30.84 ± 4.76 เป็น 39.26 ± 3.58 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองมีความครบถ้วนอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ผู้ติดเชื้อมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสและการมาตามนัดเพิ่มขึ้น ขณะที่การขาดนัดและการสูญหายจากระบบลดลง อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษาและการกดยาต้านไวรัสสำเร็จเพิ่มขึ้น นอกจากนี้คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มจาก 78.46 ± 9.82 เป็น 86.35 ± 8.14 คะแนน ผู้รับบริการและทีมนสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, การดูแลแบบบูรณาการ, การจัดการตนเอง, ทีมนสหวิชาชีพ, ภาคีเครือข่ายชุมชน

Abstract

This action research aimed to examine the situation and problems related to HIV care, develop an integrated care model, and evaluate the outcomes of the model through the participation of a multidisciplinary team, families, and community network partners in Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province, Thailand. The study was conducted from July 2023 to September 2024 and comprised three phases: situation and problem analysis, model development through two action research cycles, and model evaluation. The model was developed by integrating the Self-Management Support concept using the 5A's process with Creer's Self-Management concept. Participants involved in model development included 25 multidisciplinary healthcare professionals and 42 family members, caregivers, and community network

¹ โรงพยาบาลอย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

partners. In addition, 80 patients and people living with HIV who received care according to the developed model were purposively selected. Data were collected using clinical record forms, a self-management behavior questionnaire, a self-management support process checklist, a quality-of-life questionnaire, satisfaction questionnaires, interviews, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The developed integrated care model consisted of five key components: (1) holistic assessment and risk stratification, (2) individualized information and counseling, (3) promotion of self-management and shared goal setting, (4) integrated care coordination, and (5) continuous and proactive follow-up. After implementation of the model, the overall mean self-management behavior score increased from 30.84 ± 4.76 to 39.26 ± 3.58 , with a statistically significant difference ($p < .001$). The self-management support process was implemented at a high level of completeness across all components. Improvements were also observed in antiretroviral therapy adherence and appointment attendance, while missed appointments and loss to follow-up decreased. Retention in care and viral load suppression increased following implementation of the model. In addition, the mean quality-of-life score increased from 78.46 ± 9.82 to 86.35 ± 8.14 . Both service recipients and multidisciplinary healthcare professionals reported the highest level of satisfaction with the model.

Keywords: HIV, integrated care, self-management, multidisciplinary team, community network

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย แม้ความก้าวหน้าด้านการตรวจวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนยาวและสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงบุคคลทั่วไปมากขึ้น แต่การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องดำเนินอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจติดตามตามนัด การเฝ้าระวังผลข้างเคียงและโรคร่วม ตลอดจนการจัดการปัญหาด้านจิตใจ สังคม และการตีตรา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาและการคงอยู่ในระบบบริการ องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการจัดบริการเอชไอวีที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการบูรณาการบริการ การสนับสนุนความร่วมมือในการรักษา และการสร้างความต่อเนื่องของการดูแล¹ ขณะที่ยุทธศาสตร์เอดส์โลกของ UNAIDS ให้ความสำคัญกับเป้าหมาย 95-95-95 และการลดความเหลื่อม

ล้ำในการเข้าถึงบริการ เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ในฐานะภัยคุกคามด้านสาธารณสุขภายในปี ค.ศ. 2030 หรือ พ.ศ. 2573² สำหรับประเทศไทย แม้การดำเนินงานด้านเอชไอวีมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีช่องว่างในการค้นหาผู้ติดเชื้อและนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา โดยข้อมูลคาดประมาณสถานการณ์เอชไอวีของประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 8,124 คนต่อปี³ และข้อมูลคาดประมาณปี พ.ศ. 2568 พบว่าประเทศไทยยังมีประชาชนเกือบ 58,000 คนที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง⁴ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการที่เข้าถึงง่าย ต่อเนื่อง และสนับสนุนให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

สำหรับจังหวัดมหาสารคาม สถานการณ์เอชไอวียังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหนุ่มสาวและวัยแรงงาน อำเภอยางสีสุราชเป็นอำเภอชนบทของจังหวัดมหาสารคาม มีพื้นที่รับผิดชอบ 7 ตำบล 91 หมู่บ้าน โรงพยาบาลยางสีสุราชเป็นโรงพยาบาล

ชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง และดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายตัวของประชากรและบริบทการประกอบอาชีพที่มีการเคลื่อนย้ายออกนอกพื้นที่ ทำให้การจัดระบบติดตามดูแลผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องมีความท้าทาย จากข้อมูลคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นจาก 112 ราย เป็น 124 ราย และ 125 ราย ตามลำดับ มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เข้าสู่ระบบการรักษา 9 ราย 15 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ อัตราการกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (Viral Load Suppression: VL < 200 copies/ml) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.5 เป็นร้อยละ 88.7 และร้อยละ 90.8 ตามลำดับ แม้มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ขณะที่อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.8 เป็นร้อยละ 91.4 และร้อยละ 92.6 ส่วนอัตราการขาดนัดรับยาลดจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 9.8 และร้อยละ 8.2 แต่ยังพบผู้ติดเชื้อสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) จำนวน 12 ราย 10 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ⁵ ปัญหาสำคัญที่พบจากการติดตาม ได้แก่ การย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเดินทางไม่สะดวก การขาดแหล่งสนับสนุนในการดูแล และความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยา การมาตามนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา และความสำเร็จในการควบคุมปริมาณไวรัส การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้การติดเชื้อเอชไอวีมีลักษณะเป็นภาวะเรื้อรังที่บุคคลต้องจัดการสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน การให้ความรู้หรือกำชับให้ผู้ติดเชื้อปฏิบัติตามคำแนะนำเพียงอย่างเดียวจึงอาจไม่เพียงพอ ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายสังเกตและประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง แก่ไข

ปัญหา ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ชีวิต หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ ART โดยใช้กิจกรรมหลายองค์ประกอบ เช่น การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษา การติดตามทางโทรศัพท์หรือเทคโนโลยี และการสนับสนุนทางสังคม มีแนวโน้มช่วยพัฒนาความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การจัดการอาการ การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิต⁶

ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) ของ Glasgow และคณะ เป็นกรอบในการออกแบบกระบวนการดูแล โดยเน้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง และให้บุคลากรสุขภาพทำหน้าที่สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง⁷ ผ่านกระบวนการ 5A's ได้แก่ การประเมิน (Assess) การให้คำแนะนำ (Advise) การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Agree) การช่วยเหลือและสนับสนุน (Assist) และการจัดระบบติดตาม (Arrange) ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลในการประเมินแบบองค์รวม ให้คำปรึกษา ส่งเสริมการแก้ปัญหา และประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ควบคู่กับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านกระบวนการกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง⁸ เพื่อนำไปสู่การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตามนัด การติดตามผล Viral Load และการปรับแผนการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จากการทบทวนรูปแบบการให้บริการของอำเภอยางสีสุราช พบว่าการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีช่องว่างด้านการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างผู้ติดเชื้อ ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน การติดตามส่วนใหญ่ยังขึ้นอยู่กับระบบบริการของสถานพยาบาล ขณะที่ปัจจัยที่

ส่งผลต่อการรับประทานยาและการมาตามนัด จำนวนมากเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อ ทั้งด้านการประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ การเดินทาง ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความกังวลต่อการเปิดเผยสถาน⁵ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแล จึงควรเปลี่ยนจากการมุ่งให้บริการเมื่อผู้ติดเชื้อมารับบริการในโรงพยาบาล ไปสู่ระบบที่ส่งเสริมศักยภาพของผู้ติดเชื้อให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และมีระบบสนับสนุนที่เชื่อมโยงระหว่างทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงสิทธิ ความสมัครใจ ความเป็นส่วนตัว และการรักษา ความลับของผู้ติดเชื้อเป็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์แนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของ Glasgow และคณะ ร่วมกับแนวทางการ จัดการตนเองของ Creer ในการพัฒนารูปแบบโดย พยาบาลทำหน้าที่สำคัญในการประเมิน สนับสนุน เสริมพลัง ประสาน และติดตามการดูแล ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนเชื่อมโยงครอบครัวและ ภาคีเครือข่ายตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง มาตามนัด ลดการขาดนัดและการสูญหายจากระบบ เพิ่มการคงอยู่ในการรักษาและการกด ปริมาณไวรัส รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิต อันจะ นำไปสู่ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความ ต่อเนื่อง บูรณาการและเหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแล ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี อ.อย่างสีสุราช จ. มหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย ชุมชน อ.อย่างสีสุราช จ.มหาสารคาม

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคี เครือข่ายชุมชน อ.อย่างสีสุราช จ.มหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็น การ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดย ประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁹ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงานแบ่ง ออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ระยะพัฒนารูปแบบ (2 วงรอบ) ระยะ ประเมินผล เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วม ของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและภาคีเครือข่าย ชุมชน อ.อย่างสีสุราช จ.มหาสารคาม ให้ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปใช้ ได้จริงอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบประยุกต์ใช้ แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) ของ Glasgow และ คณะ⁷ ผ่านกระบวนการ 5A's ได้แก่ Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange ร่วมกับ แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer⁸ ซึ่งประกอบด้วยกำหนดยุทธศาสตร์ การรวบรวมและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การ ลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติของ ตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ ทีมสห วิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอน ของการพัฒนาารูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยแบ่ง ผู้เข้าร่วมการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) **กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ** หมายถึง บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวหรือผู้ดูแล และ ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยมีบทบาทร่วมในกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบรูปแบบการดูแล การนำรูปแบบไปทดลองใช้ การติดตามประเมินผล การสะท้อนผล และการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย 2 กลุ่มย่อย ดังนี้ 1.1) บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยบุคลากรที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเอชไอวี พยาบาลจิตเวชและพยาบาลชุมชนเกี่ยวข้องกับการดูแลและติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 25 คน **เกณฑ์คัดเข้า** ได้แก่ เป็นบุคลากรที่มีหน้าที่หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบได้ต่อเนื่องและสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ บุคลากรที่ย้ายหน่วยงาน ลาศึกษาต่อ ลาปฏิบัติงานเป็นระยะเวลานาน หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงดำเนินการวิจัย 1.2) ครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียินยอมให้มีส่วนร่วมในการดูแล และตัวแทนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาจากผู้ที่มีความบทบาทในการสนับสนุน ดูแล หรือติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบได้ สำหรับสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล ต้องเป็นบุคคลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับทราบและยินยอมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเท่านั้น เนื่องจากสถานะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นข้อมูลสุขภาพที่มีความอ่อนไหว ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อแก่บุคคลในครอบครัวหรือภาคีเครือข่ายโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้

ติดเชื้อ จำนวน 42 คน **เกณฑ์คัดเข้า** ได้แก่ เป็นสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล หรือบุคลากร/ตัวแทนเครือข่ายที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการดูแลผู้ติดเชื้อ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ติดเชื้อให้มีส่วนร่วมในการดูแล สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การวิเคราะห์ปัญหา หรือการสะท้อนผลของรูปแบบได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีถอนความยินยอมในการให้สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้เข้าร่วมขอถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบหรือการสะท้อนผลได้อย่างต่อเนื่อง ย้ายออกจากพื้นที่จน ไม่สามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยต่อไปได้ มีเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเปิดเผยข้อมูลหรือสถานะการติดเชื้อของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้อย่างปลอดภัยและเป็นไปตามหลักการรักษาความลับ

2) **กลุ่มผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี** ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการในคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ที่มารับบริการและได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด **เกณฑ์คัดเข้า** ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการติดตามตามรูปแบบที่กำหนด และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 80 คน **เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ผู้ที่ย้ายไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นหรือขอถอนตัวจากการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา เดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 โดยการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และช่องว่างของระบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอำเภอยางสีสุราช เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการพัฒนารูปแบบ โดยดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัย ทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช ได้แก่ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวนผู้รับยาต้านไวรัส การรับประทานยา การมาตามนัดและการขาดนัด การสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) การคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) และผลการกดปริมาณไวรัส (Viral Load Suppression) รวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดนัด การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และการหลุดจากระบบบริการ ศึกษากระบวนการและกระบวนการดูแลเดิม ตั้งแต่การเข้าสู่ระบบบริการ การประเมิน การรับยาต้านไวรัส การให้คำปรึกษา การนัดหมาย การติดตามผู้ขาดนัด การติดตามผล Viral Load ตลอดจนการประสานงานระหว่างคลินิกเอชไอวี ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อค้นหาช่องว่างของระบบการดูแล ทำการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มกับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเอง การรับประทานยา การมาตามนัด การเดินทาง เศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ การสนับสนุนจากครอบครัว การประสานงานของทีม และการเชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชน จากนั้นนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ พร้อมจัดประชุมคั่นข้อมูลแก่ทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการ เป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนารูปแบบ โดยนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะ และแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer มาเป็นกรอบในการออกแบบรูปแบบการดูแล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 – สิงหาคม พ.ศ. 2567 ระยะนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีแบบบูรณาการ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วงรอบ เน้นการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ติดเชื้อ ครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชน บุคลากรทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดบทบาทหน้าที่ ออกแบบแนวทางการดูแลตามกระบวนการ 5A's พัฒนาระบบติดตามผู้ขาดนัดและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ ตลอดจนร่วมสังเกต สะท้อนผล และปรับปรุงรูปแบบครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เสนอแนวทางสนับสนุนการรับประทานยา การมาตามนัด และการจัดการตนเอง ตลอดจนร่วมพัฒนากลไกการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชนตามความเหมาะสม ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้หลักการรักษาความลับ สิทธิ ความสมัครใจ และความเป็นส่วนตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี **วงรอบที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567** ผู้วิจัยนำผลจากระยะศึกษา สถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหามาคั่นข้อมูลและประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบการดูแล กำหนดเป้าหมายและองค์ประกอบของรูปแบบ รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนร่วมออกแบบแนวทาง เครื่องมือ และระบบการติดตามดูแล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะผ่านกระบวนการ 5A's ได้แก่ Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ติดเชื้อ และบริบทการให้บริการของอำเภอยางสีสุราช หลังจากนั้นผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการไปทดลองใช้ โดยเริ่มจากการประเมินผู้ติดเชื้อแบบองค์รวม (Assess) ครอบคลุมภาวะสุขภาพ การรับประทานยาต้านไวรัส ความรู้

และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง การมาตามนัด ผล Viral Load โรคร่วม สุขภาพจิต ปัญหาด้าน เศรษฐกิจและสังคม ความพร้อมของครอบครัว แหล่งสนับสนุน และปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดนัดหรือ หลุดจากระบบการรักษา จากนั้นให้ข้อมูลและ คำปรึกษารายบุคคล (Advise) เกี่ยวกับการติดเชื้อ เอชไอวี การรับประทานยาต้านไวรัส ผลข้างเคียง ของยา การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส การ ติดตาม Viral Load การดูแลสุขภาพ และแนวทาง จัดการปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ผู้ติดเชื้อ มีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมสุขภาพในการ กำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง (Agree) ที่ เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของแต่ละบุคคล เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และตรงเวลา การมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง การ ปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมปริมาณ ไวรัส พร้อมทั้งได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุน (Assist) ให้เกิดทักษะการจัดการตนเองตามแนวคิด ของ Creer ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การประมวลและ ประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และ การประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง รวมทั้งร่วม ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองและหา แนวทางแก้ไขที่เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้วิจัยและทีม ร่วมกันพัฒนาระบบติดตามดูแลต่อเนื่อง (Arrange) โดยจัดระบบนัด ระบบแจ้งเตือนและติดตามผู้ขาด นัด การติดตามทางโทรศัพท์หรือ Telenursing และการประสานการดูแลระหว่างคลินิกเอชไอวี ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ผู้ดูแล และหน่วยบริการ ในเครือข่ายตามความเหมาะสม ทั้งนี้ การประสาน ครอบครัวหรือภาคีเครือข่ายดำเนินการเฉพาะกรณี ที่ผู้ติดเชื้อให้ความยินยอม โดยคำนึงถึงสิทธิ ความ เป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของสถานะการ ติดเชื้อเป็นสำคัญ ควบคู่กับการทดลองใช้รูปแบบ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมทบทวนแนวทางการดูแล การใช้เครื่องมือประเมิน การสนับสนุนการจัดการ ตนเอง การให้คำปรึกษา การติดตามผู้ขาดนัด การ

ประสานงานระหว่างทีม และการรักษาความลับ ของผู้ติดเชื้อ เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และทำให้ทีมสามารถดำเนินการตามรูปแบบใน แนวทางเดียวกัน พร้อมทั้งติดตามผลจากการ ทดลองใช้รูปแบบ โดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการจัดการ ตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้าน ไวรัส การมาตามนัดและการขาดนัด การคงอยู่ใน ระบบการรักษา การสูญหายจากระบบการรักษา ผล Viral Load ความครบถ้วนของการดำเนินงาน ตามกระบวนการ 5A's การประสานงานของทีม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายตาม ความเหมาะสม รวมทั้งความพึงพอใจ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ติดเชื้อและผู้ร่วม พัฒนารูปแบบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ถึง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบใน การปฏิบัติจริง ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมสห วิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องเพื่อสรุปและสะท้อนผลการ ทดลองใช้รูปแบบ รวมทั้งรับฟังประสบการณ์และ ความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับการจัดการ ตนเอง การได้รับการสนับสนุน และการเข้าถึง ระบบบริการ นำผลที่ได้มาปรับปรุงองค์ประกอบ ของรูปแบบ เครื่องมือ การประเมินความเสี่ยง ระบบติดตามผู้ขาดนัด การให้คำปรึกษา ช่อง ทางการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานของทีม เพื่อจัดทำรูปแบบการดูแลแบบปรับปรุง สำหรับ นำไปดำเนินการในวงรอบที่ 2 ต่อไป **วงรอบที่ 2 เดือนเมษายน-สิงหาคม พ.ศ. 2567** ผู้วิจัยนำผล การดำเนินงานและข้อค้นพบจากการสะท้อนผลใน วงรอบที่ 1 มาประชุมร่วมกับทีมผู้พัฒนารูปแบบ เพื่อวิเคราะห์ประเด็นที่ยังเป็นปัญหา อุปสรรค และช่องว่างของการดำเนินงาน พร้อมทั้งร่วมกัน ปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบ แนวทางปฏิบัติ เครื่องมือ และระบบการติดตามดูแลให้มีความ ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น โดยให้ความสำคัญกับการประเมินและจำแนกผู้ติด เชื้อตามปัญหาและระดับความเสี่ยง การติดตามผู้ ขาดนัดหรือมีแนวโน้มสูญหายจากระบบการรักษา

การสนับสนุนการจัดการตนเอง การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และการเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายตามความเหมาะสม รวมทั้งปรับแนวทางการดำเนินงานตามกระบวนการ 5A's ให้สามารถนำไปใช้ได้สะดวกและต่อเนื่องมากขึ้น หลังจากนั้นนำ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการฉบับปรับปรุง ไปใช้ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินผู้ติดเชื้อแบบองค์รวม ให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคล ร่วมกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนจัดระบบติดตามต่อเนื่องตามกระบวนการ 5A's ได้แก่ Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange ควบคู่กับการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถกำหนดเป้าหมาย รวบรวมและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สำหรับผู้ติดเชื้อที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการขาดนัด รับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง มีปัญหาในการจัดการตนเอง หรือมีแนวโน้มหลุดออกจากระบบการรักษา ผู้วิจัยและทีมดำเนินการประเมินปัญหาเชิงลึกและวางแผนการดูแลเฉพาะราย โดยประสานทีมสหวิชาชีพตามปัญหาและความต้องการ รวมทั้งเชื่อมโยงสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล หรือภาคีเครือข่ายเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ติดเชื้อ เพื่อสนับสนุนการรับปรึกษา การมาตามนัด และการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักการรักษาความลับ เคารพสิทธิ ความสมัครใจ และความเป็นส่วนตัวของผู้ติดเชื้อเป็นสำคัญ นอกจากนี้ มีการประชุมทบทวนกรณีศึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม และการนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสามารถนำรูปแบบไปใช้ในแนวทางเดียวกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการติดตามและรวบรวมผลจากการนำรูปแบบฉบับปรับปรุงไป

ใช้ ทั้งด้านผู้ติดเชื้อและด้านระบบบริการ โดยติดตามพฤติกรรมจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัดและการขาดนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) การสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) ผลการกดปริมาณไวรัส (Viral Load Suppression) ความครบถ้วนของการดำเนินงานตามกระบวนการ 5A's การมีส่วนร่วมและการประสานงานของทีม ตลอดจนความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากร พร้อมทั้งรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ติดเชื้อและผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เมื่อสิ้นสุดวงรอบที่ 2 ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เพื่อร่วมกันสรุปและสะท้อนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะจากการนำรูปแบบไปใช้จริง รวมทั้งพิจารณาประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน การจัดการตนเอง และความต่อเนื่องของการดูแล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงองค์ประกอบ กระบวนการ เครื่องมือ และระบบสนับสนุนต่าง ๆ ให้ความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จัดทำเป็น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปประเมินผลในระยะที่ 3 เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ภายหลังจากพัฒนารูปแบบครบทั้ง 2 วงรอบ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการ ได้แก่ การประเมินผลด้านผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบคลุมพฤติกรรมจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัด อัตราการขาดนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) การสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) การกดปริมาณไวรัส (Viral Load Suppression) และ

คุณภาพชีวิต เพื่อสะท้อนผลของรูปแบบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ในด้านกระบวนการและระบบบริการ ผู้วิจัยประเมินความครบถ้วนของการดำเนินงานตามกระบวนการ 5A's ความต่อเนื่องของการดูแล ประสิทธิภาพของระบบติดตามผู้ขาดนัด การประสานงานของทีมสหวิชาชีพ และการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อประเมินว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงและช่วยให้ระบบการดูแลมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องมากขึ้นเพียงใด นอกจากนี้ ผู้วิจัยประเมินผลด้านผู้มีส่วนร่วม โดยศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากรต่อรูปแบบ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระบบบริการจริง จากนั้นผู้วิจัยสังเคราะห์ผลการดำเนินงานทั้งหมด จัดทำเป็น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ฉบับสมบูรณ์ พร้อมกำหนดแนวทางการนำรูปแบบเข้าสู่ระบบงานประจำ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยง เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน ซึ่งผู้วิจัยและทีมร่วมกันพัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมี

ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังหรือการจัดการตนเอง และด้านการวิจัย เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสม ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย ตลอดจนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ในวงรอบการพัฒนาแบบ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส โรคร่วม และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา รวมทั้ง แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านการรักษาและความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งใช้บันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัดและการขาดนัด อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) การสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) และผลการตรวจ Viral Load 2) แบบประเมินพฤติกรรม的自我จัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer 3) แบบตรวจสอบการดำเนินงานด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อประเมินความครบถ้วนของของทีมผู้ให้บริการ 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาวะและการดำเนินชีวิต 5) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากรต่อรูปแบบการดูแล และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรทีมสหวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาประสบการณ์ ปัญหา ความต้องการ อุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการดูแล 2) แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่มและการสะท้อนผล ในแต่ละวงรอบ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน ปัญหาที่พบ ปัจจัย

สนับสนุน และแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ นิยามตัวแปร และกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความชัดเจน ความเข้าใจ ความสะดวกในการตอบ และความเป็นไปได้ในการนำเครื่องมือไปใช้จริงสำหรับแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า เช่น แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยเลือกใช้วิธีการตรวจสอบความเชื่อมั่นที่เหมาะสมกับลักษณะของเครื่องมือ ส่วนเครื่องมือมาตรฐานที่นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต ให้ดำเนินการตามวิธีการให้คะแนน และการแปลผลของเครื่องมือต้นฉบับและพิจารณาคุณสมบัติด้านความตรงและความเชื่อมั่นของฉบับภาษาไทยที่นำมาใช้ สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามการประชุมกลุ่ม ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน และความสอดคล้องของประเด็นคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเข้าใจและลำดับของคำถาม ก่อนปรับปรุงให้เหมาะสมและนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง ทั้งนี้ เครื่องมือทุกชุดได้รับการปรับปรุงตามข้อค้นพบจากการดำเนินงานและการสะท้อนผลในแต่ละวงจรรอบ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและกระบวนการพัฒนารูปแบบมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดย

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ของรูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การมาตามนัด การขาดนัด Retention Rate, Lost to Follow-up, Viral Load Suppression คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริการ การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ใช้ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม การสังเกต และการสะท้อนผลวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน ความเหมาะสม และประสบการณ์จากการใช้รูปแบบ เพื่อนำผลไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบในแต่ละวงจรรอบและสรุปผลการพัฒนารูปแบบในภาพรวม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของเครือข่ายบริการยางสืสุราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 11/2566 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอยางสืสุราช จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาสถานการณ์โดยการทบทวนเวชระเบียนและฐานข้อมูลคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสืสุราช ร่วมกับการศึกษากระบวนการให้บริการ การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มของผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีขึ้น แต่ยังมีปัญหาด้านความต่อเนื่องในการรักษา การจัดการตนเอง และการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน ข้อมูล

คลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นจาก 112 ราย เป็น 124 ราย และ 125 ราย ตามลำดับ มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เข้าสู่ระบบการรักษา 9 ราย 15 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ อัตราการกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (Viral Load Suppression: VL < 200 copies/ml) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.5 เป็นร้อยละ 88.7 และร้อยละ 90.8 ตามลำดับ ขณะที่อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.8 เป็นร้อยละ 91.4 และร้อยละ 92.6 ส่วนอัตราการขาดนัดรับยาลดลงจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 9.8 และร้อยละ 8.2 และจำนวนผู้ติดเชื้อที่สูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) ลดลงจาก 12 ราย เป็น 10 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ แม้ผลลัพธ์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มดีขึ้น แต่อัตราการกดปริมาณไวรัสยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด และยังพบผู้ติดเชื้อขาดนัดและสูญหายจากระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อวิเคราะห์ปัญหาในระดับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษา ได้แก่ การย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเดินทางมารับบริการไม่สะดวก การขาดแหล่งสนับสนุนในการดูแล และความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา และโอกาสในการควบคุมปริมาณไวรัสได้ตามเป้าหมายด้านการจัดการตนเอง พบว่าผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ทั้งการรับประทานยาต้านไวรัส การสังเกตอาการและผลข้างเคียง การมาตรวจตามนัด และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้หรือคำแนะนำเพียงอย่างเดียวจึงยังไม่เพียงพอ ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้สามารถกำหนดเป้าหมาย ประเมินภาวะสุขภาพ แก้ไขปัญหาตัดสินใจ และปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์ชีวิตของตน ในด้านระบบ

บริการ พบว่า การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีช่องว่างของการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างผู้ติดเชื้อ ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน การติดตามผู้ติดเชื้อยังพึ่งพาระบบบริการของโรงพยาบาลเป็นหลัก ขณะที่ปัญหาหลายประการที่ส่งผลต่อการรักษาเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและชุมชน เช่น การประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ การเดินทาง ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะ นอกจากนี้ การประสานข้อมูล การติดตามผู้ขาดนัด และการเชื่อมโยงบทบาทของทีมและเครือข่ายยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้ติดเชื้อแต่ละราย จากผลการศึกษาศาสนาการณดังกล่าว สามารถสรุปประเด็นปัญหาสำคัญได้ว่า แม้ผลลัพธ์ด้านการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังพบช่องว่างสำคัญ ได้แก่ 1) ผู้ติดเชื้อบางส่วนยังขาดนัดและสูญหายจากระบบการรักษา 2) การกดปริมาณไวรัสยังไม่บรรลุเป้าหมาย 3) ผู้ติดเชื้อมีข้อจำกัดในการจัดการตนเองจากปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจ สังคม และการประกอบอาชีพ 4) ระบบติดตามและการประสานงานระหว่างทีมยังไม่เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ และ 5) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชนในการสนับสนุนการดูแลยังมีข้อจำกัด จึงนำไปสู่ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อและเชื่อมโยงทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการต่อไป

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน จากผลการศึกษาศาสนาการณและปัญหา พบว่าระบบการดูแลเดิมยังมีช่องว่างด้านการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อ ความต่อเนื่องในการติดตาม การประสานงานระหว่างทีม และการเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยจึง

นำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนารูปแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะ ผ่านกระบวนการ 5A's ร่วมกับแนวทางการจัดการตนเองของ Creer เพื่อให้การดูแลมุ่งเน้นผู้ติดเชื่อเป็นศูนย์กลางและสามารถเชื่อมโยงการดูแลจากสถานบริการไปสู่ครอบครัวและชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบจำนวน 2 วงรอบ ทำให้รูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากขึ้น โดยวงรอบแรกทำให้เกิดแนวทางการดูแลที่เป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินปัญหา การให้ข้อมูลและคำปรึกษา การร่วมกำหนดเป้าหมาย การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการติดตามต่อเนื่อง รวมทั้งทำให้บทบาทของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีความชัดเจนขึ้น ตลอดจนเกิดการเชื่อมโยงครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายตามความเหมาะสม ผลจากการทดลองใช้และสะท้อนผลในวงรอบแรกนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบในวงรอบที่สอง โดยเพิ่มความชัดเจนของการจำแนกผู้ติดเชื่อตามปัญหาและระดับความเสี่ยง การดูแลเฉพาะรายสำหรับผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน การติดตามผู้ขาดนัดหรือมีแนวโน้มสูญหายจากระบบ การประสานงานของทีม และช่องทางการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลมีลักษณะเชิงรุกและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ติดเชื่อแต่ละรายมากขึ้น ขณะเดียวกันบุคลากรมีแนวทางปฏิบัติร่วมกันและสามารถเชื่อมโยงการดูแลระหว่างคลินิกเอชไอวี ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายบริการสุขภาพได้เป็นระบบมากขึ้น จากการพัฒนาแบบทั้ง 2 วงรอบ ผู้วิจัยสังเคราะห์ได้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื่อเอชไอวีแบบบูรณาการ โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ประเมินและจัดบริการตามปัญหาและระดับความเสี่ยง พร้อมเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ติดเชื่อสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจ แก้ปัญหา และดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินแบบองค์รวมและจำแนกความเสี่ยง การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเฉพาะบุคคล การส่งเสริมการจัดการตนเองและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การประสานการดูแลแบบบูรณาการ และการติดตามต่อเนื่องเชิงรุก โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื่อสามารถดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การสนับสนุนของพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน รูปแบบดังกล่าวเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่ประเมิน ให้คำปรึกษา เสริมพลังประสาน และติดตามการดูแล ขณะที่ผู้ติดเชื่อมีบทบาทในการกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการดูแลตนเอง ส่วนครอบครัวหรือผู้ดูแลมีบทบาทสนับสนุนตามความเหมาะสม ภายใต้หลักสิทธิ ความสมัครใจ และการรักษาความลับของผู้ติดเชื่อ รายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบและความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของทีมสุขภาพ ผู้ติดเชื่อ และครอบครัว/ผู้ดูแลแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื่อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน

องค์ประกอบของรูปแบบ	การสนับสนุนของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ	การจัดการตนเองของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื่อ	บทบาทครอบครัว/ผู้ดูแล
1. ประเมินแบบองค์รวมและจำแนกความเสี่ยง	ประเมินสุขภาพกาย จิตใจ การรับประทานยา การมาตามนัด โรคร่วม เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว	สังเกตและรวบรวมข้อมูลตนเอง เช่น การรับประทานยา อาการผิดปกติ ผลข้างเคียง ปัญหาการมาตามนัด และ	ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแล ปัญหาใน

	และปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดยา/ขาดนัด พร้อมจำแนกระดับความเสี่ยง	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค พร้อมแจ้งข้อมูลที่จำเป็นแก่ทีม	ชีวิตประจำวัน และแหล่งสนับสนุนเท่าที่ผู้ติดเชื้อยินยอม
2. ให้ข้อมูลและคำปรึกษาเฉพาะบุคคล	ให้ความรู้และคำปรึกษาตามปัญหาและบริบท เช่น ART, Viral Load, ผลข้างเคียง โรคร่วม สุขภาพจิต และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน	นำข้อมูลมาประเมินและทำความเข้าใจสุขภาพตนเอง ชักถามข้อสงสัย วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง	ช่วยรับฟัง ให้กำลังใจ และสนับสนุนการนำคำแนะนำไปใช้ โดยไม่กดดันหรือตัดสิน
3. ส่งเสริมการจัดจัดการตนเองและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน	ร่วมกับผู้ติดเชื้อกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ สนับสนุนทักษะการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และเสริมพลังให้เกิดความมั่นใจ	กำหนดเป้าหมาย-ตัดสินใจ-ลงมือปฏิบัติ-ประเมินตนเอง เช่น รับประทานยาตรงเวลา มาตามนัด ปรับพฤติกรรมสุขภาพ สังเกตผลการปฏิบัติ และปรับแผนเมื่อไม่บรรลุเป้าหมาย	ช่วยเตือนยา เตือนนัด สนับสนุนการเดินทางหรือกิจวัตร และให้แรงเสริมเมื่อผู้ติดเชื้อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย
4. ประสานการดูแลแบบบูรณาการ	ประสานแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทีมสุขภาพจิต งานปฐมภูมิ และเครือข่าย เพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนและเชื่อมต่อบริการ	รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือและใช้แหล่งบริการที่เหมาะสม รู้ว่าจะติดต่อใครเมื่อมีปัญหา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแล	เป็นแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ หรือการเดินทาง และช่วยประสานทีมเมื่อจำเป็นภายใต้ความยินยอมของผู้ติดเชื้อ
5. ติดตามต่อเนื่องและ เชิงรุก	จัดระบบนัด แจ้งเตือน ติดตามผู้ขาดนัด ใช้โทรศัพท์/Telenursing และติดตามความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด	ติดตามผลและประเมินความก้าวหน้าของตนเอง เช่น ตรวจสอบการกินยา การมาตามนัด ผล Viral Load ปัญหาที่เกิดขึ้น และแจ้งทีมเมื่อไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้	ช่วยเตือนและสนับสนุนการมาตามนัด สังเกตปัญหา และแจ้งทีมเมื่อพบความเสี่ยง โดยคำนึงถึงสิทธิและความลับของผู้ติดเชื้อ

3. ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อ.ยงสิทธิ์ราชม จ.มหาสารคาม

3.1 ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 80 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 58.75 มีอายุเฉลี่ย 46.80 ± 11.20 ปี โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาคืออายุ 50-59 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 ด้านภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 และมีโรคร่วม จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 โดยโรคร่วมที่พบมาก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ สำหรับ

ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่ามีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 11.20 ± 6.30 ปี และส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสมานานมากกว่า 10 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50

3.2 ผลด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยรวมสูงขึ้นจากก่อนการพัฒนา โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 30.84 ± 4.76 คะแนน เป็น 39.26 ± 3.58 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นทุกด้าน ทั้งการกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเอง สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีบทบาทและความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 80)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนพัฒนา Mean $\pm$ SD	หลังพัฒนา Mean $\pm$ SD	p-value
- การกำหนดเป้าหมาย	5.12 $\pm$ 1.04	6.61 $\pm$ 0.82	<.001
- การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง	5.28 $\pm$ 0.96	6.54 $\pm$ 0.79	<.001
- การประมวลและประเมินข้อมูล	4.86 $\pm$ 1.08	6.43 $\pm$ 0.84	<.001
- การตัดสินใจ	5.05 $\pm$ 0.92	6.55 $\pm$ 0.75	<.001
- การลงมือปฏิบัติ	5.47 $\pm$ 0.88	6.71 $\pm$ 0.70	<.001
- การประเมินและปรับพฤติกรรมตนเอง	5.06 $\pm$ 1.01	6.42 $\pm$ 0.83	<.001
คะแนนรวม	30.84 $\pm$ 4.76	39.26 $\pm$ 3.58	<.001

3.3 ผลด้านกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายหลังการูปแบบการดูแลไปใช้พบว่า การดำเนินงานมีความครบถ้วนในระดับสูงทุกด้าน โดยการประเมินแบบองค์รวม มีความครบถ้วนสูงที่สุด จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 98.75 รองลงมา ได้แก่ การให้ข้อมูลและคำปรึกษา จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 97.50 และการจัดระบบติดตามต่อเนื่อง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 96.25 สำหรับ Agree: การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ดำเนินการได้จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 95.00 ขณะที่การช่วยเหลือและสนับสนุน มีจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 แม้จะมีสัดส่วนต่ำกว่าองค์ประกอบอื่นเล็กน้อย แต่ยังอยู่ในระดับสูง ผลดังกล่าวสะท้อนว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำกระบวนการ 5A's มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความเสี่ยง การให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสม การร่วมกำหนดเป้าหมาย การสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อสามารถจัดการตนเอง ตลอดจนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมินแบบองค์รวมและการให้ข้อมูลคำปรึกษาที่มีความครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 97 อย่างไรก็ตาม ด้านการช่วยเหลือและ

สนับสนุน (Assist) มีสัดส่วนต่ำที่สุด จึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาการสนับสนุนการแก้ปัญหาและการจัดการตนเองให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อทุกรายมากยิ่งขึ้น

3.4 ผลลัพธ์ด้านการรักษาและความต่อเนื่องในการดูแล ภายหลังการูปแบบ พบว่า ผลลัพธ์ด้านการรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลดีขึ้น โดยผู้ติดเชื้อที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสตั้งแต่ร้อยละ 95 ขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 77.50 เป็นร้อยละ 92.50 อัตราการมาตามนัดเพิ่มจากร้อยละ 88.75 เป็นร้อยละ 96.25 ขณะที่อัตราการขาดนัดลดลงจากร้อยละ 11.25 เหลือร้อยละ 3.75 อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) เพิ่มจากร้อยละ 90.00 เป็นร้อยละ 97.50 และผู้ที่สูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) ลดจาก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 เหลือ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ส่วนอัตราการกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (Viral Load Suppression) เพิ่มจากร้อยละ 87.50 เป็นร้อยละ 95.00 แสดงให้เห็นแนวโน้มว่ารูปแบบช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ติดเชื้อ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านการรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 80)

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนา n (%)	หลังพัฒนา n (%)
- ร้อยละผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ $\geq 95\%$	62 (77.50)	74 (92.50)

- ร้อยละผู้ป่วยมาตามนัด	71 (88.75)	77 (96.25)
- ร้อยละการขาดนัด	9 (11.25)	3 (3.75)
- ร้อยละผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate)	72 (90.00)	78 (97.50)
- ร้อยละผู้ป่วยสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up)	8 (10.00)	2 (2.50)
- ร้อยละผู้ป่วยที่มีการกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (Viral Load Suppression)	70 (87.50)	76 (95.00)

ภายหลังใช้รูปแบบ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 78.46 ± 9.82 คะแนน และหลังการพัฒนา 86.35 ± 8.14 คะแนน สะท้อนว่าการส่งเสริมการจัดการตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และการเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัวและเครือข่าย มีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น

3.6 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.56 ± 0.41 คะแนน บุคลากรทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.52 ± 0.43 คะแนน โดยสรุป ภายหลังใช้รูปแบบพบแนวโน้มผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งด้านการจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การมาตามนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา การกดปริมาณไวรัส คุณภาพชีวิต ความครบถ้วนของกระบวนการดูแล และความพึงพอใจต่อบริการ ซึ่งสะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างการรักษาสนับสนุนจากพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ การจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อ และการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่าย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

องค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินแบบองค์รวมและจำแนกความเสี่ยง การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเฉพาะบุคคล การส่งเสริมการจัดการตนเองและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การประสานการดูแลแบบบูรณาการ และการติดตามต่อเนื่องเชิงรุก โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ประเมินและจัดบริการตามปัญหาและระดับความเสี่ยง ขณะที่ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจแก้ปัญหา และดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายตามความเหมาะสมและภายใต้ความยินยอมของผู้ติดเชื้อ การที่รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เกิดจากกระบวนการพัฒนาที่เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ทั้งการขาดนัด การสูญหายจากระบบ การกดปริมาณไวรัสที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ตลอดจนข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง การประกอบอาชีพ การขาดแหล่งสนับสนุน และความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะ รวมทั้งระบบติดตามและการประสานงานระหว่างทีมที่ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ การนำปัญหาเหล่านี้เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ ทดลองใช้ สะท้อนผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้รูปแบบสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อแต่ละรายได้มากกว่าการให้บริการในรูปแบบเดิมที่เน้นการมารับบริการในโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยเฉพาะในวงรอบที่ 2 ที่มีการเพิ่มความชัดเจนของการจำแนกผู้ติดเชื้อตามปัญหาและระดับความเสี่ยง การดูแลเฉพาะรายในผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน การติดตามผู้ขาดนัดหรือมีแนวโน้มสูญหายจากระบบ ตลอดจนการประสาน

ทีมและเพิ่มช่องทางติดตามต่อเนื่อง ทำให้การดูแลมีลักษณะเชิงรุกและตอบสนองต่อบริบทของผู้ติดเชื้อแต่ละรายมากขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสัจพงษ์ โชคดีวัฒน์ และดวงฤดี วรชิน¹⁰ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับทีมและผู้รับบริการ และพัฒนาระบบบริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แนวทางปฏิบัติ และระบบนัดหมาย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อที่ขาดนัดสามารถกลับเข้าสู่ระบบการรับยาได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ประจักษ์ เภกขุนทด¹¹ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพทีม การจัดทำแนวปฏิบัติ และการสร้างเครือข่ายในชุมชน ทำให้ระบบบริการมีความเชื่อมโยงและสนับสนุนการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อได้ดีขึ้น ด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองภายหลังใช้รูปแบบพบว่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มจาก 30.84 ± 4.76 เป็น 39.26 ± 3.58 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ โดยคะแนนเพิ่มขึ้นทุกด้าน ผลดังกล่าวอธิบายได้จากรูปแบบที่ได้มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้หรือกำชับให้ผู้ติดเชื้อปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การเลือกวิธีปฏิบัติ การตัดสินใจแก้ไข ปัญหา และการประเมินผลของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer⁶ ที่มุ่งให้บุคคลสามารถกำหนดเป้าหมาย รวบรวมและประเมินข้อมูล ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการดูแลตนเอง ขณะเดียวกันพยาบาลและทีมสุขภาพทำหน้าที่สนับสนุนผ่านกระบวนการ 5A's⁷ จึงทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่าง “ผู้ให้บริการที่สนับสนุน” และ “ผู้ติดเชื้อที่ลงมือจัดการตนเอง” ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีบทบาทและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการ

ทบทวนอย่างเป็นระบบของ Areri, Marshall และ Harvey¹² ซึ่งศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัส พบว่าโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลายองค์ประกอบ เช่น การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษา การติดตามทางโทรศัพท์ การใช้เทคโนโลยี และการสนับสนุนทางสังคม มีแนวโน้มช่วยพัฒนาการจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ที่ใช้ทั้งการประเมินรายบุคคล การเสริมทักษะ การให้คำปรึกษา การติดตามต่อเนื่อง และ Telenursing ร่วมกัน

เมื่อพิจารณาผลด้านกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าบุคลากรสามารถดำเนินงานตามกระบวนการ 5A's ได้ครบถ้วนในระดับสูงทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าสามารถประยุกต์ใช้เป็นกรอบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชนได้ ตั้งแต่การค้นหาปัญหาและความเสี่ยง การให้ข้อมูล การร่วมกำหนดเป้าหมาย การช่วยเหลือแก้ไขอุปสรรค ไปจนถึงการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมินแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ การรับประทานยา การมาตามนัด โรคร่วม เศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว ทำให้ทีมสามารถค้นหาปัญหาและความเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะแรกและนำไปสู่การวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล กันตพานิชการ¹³ ที่พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยดำเนินงานผ่านทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ พบว่าภายหลังพัฒนารูปแบบ ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเข้าใจเรื่องยาต้านไวรัส และผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและการทำงานร่วมกันของ

ทีมเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านการช่วยเหลือและสนับสนุนมีความครบถ้วนต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย ซึ่งอาจเนื่องจากการช่วยให้ผู้ติดเชื้อแก้ไขปัญหาและสามารถนำแผนการดูแลไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวันมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ การเดินทาง ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะ ดังนั้นการพัฒนาาระบบต่อไปควรให้ความสำคัญกับการวางแผนแก้ปัญหารายบุคคล การเสริมพลังและการหาแหล่งสนับสนุนให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ติดเชื้อแต่ละรายมากยิ่งขึ้น

ด้านผลลัพธ์การรักษาและความต่อเนื่องในการดูแล ภายหลังใช้รูปแบบพบว่า ผู้ติดเชื้อมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสและการมาตามนัดดีขึ้น ขณะที่การขาดนัดและการสูญหายจากระบบลดลง รวมทั้งมีการคงอยู่ในระบบการรักษาและการกดปริมาณไวรัสสำเร็จเพิ่มขึ้น ผลดังกล่าวเกิดจากการดำเนินงานร่วมกันของหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินและจำแนกความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ติดเชื้อ การส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง การติดตามผู้ขาดนัด การติดตามทางโทรศัพท์หรือ Telenursing และการประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย ทำให้สามารถค้นหาและจัดการอุปสรรคต่อการรักษาได้รวดเร็วและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล สอดคล้องกับมกมล กันตพานิชการ¹³ ที่พบว่าการพัฒนาแบบโดยใช้ทีมสหวิชาชีพและการติดตามอย่างเป็นระบบช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัส และสอดคล้องกับประจักษ์เทิกขุนทด (2564)¹¹ ที่พบว่าการพัฒนาทีมแนวทางปฏิบัติและเครือข่ายในชุมชนช่วย

สนับสนุนความต่อเนื่องในการรักษาและการกดปริมาณไวรัส นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Aleri และคณะ¹² ที่พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกิจกรรมหลายองค์ประกอบมีผลดีต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับด้านคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ ภายหลังใช้รูปแบบพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มดีขึ้น และทั้งผู้รับบริการและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง ซึ่งเกิดจากรูปแบบที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และบริบทชีวิต มีการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และมีระบบติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันรูปแบบยังช่วยให้บทบาทของทีม การประสานงาน และกระบวนการติดตามมีความชัดเจนและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแบบดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรมุ่งเฉพาะการให้ความรู้หรือการรักษาทางคลินิกเท่านั้น แต่ควรผสมผสานการส่งเสริมการจัดการตนเอง การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ การติดตามเชิงรุก และการเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัวและชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงสะท้อนการเปลี่ยนแปลงจากการดูแลที่พึ่งพาบริการของโรงพยาบาลเป็นหลัก ไปสู่การดูแลที่ยึดผู้ติดเชื้อเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเอง และมีระบบสนับสนุนที่เชื่อมโยงจากทีมสุขภาพไปสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็กลไกสำคัญต่อการสร้างความต่อเนื่องในการรักษาและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2021.

2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Strategy 2021–2026: End Inequalities. End AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021.
3. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. State of HIV Epidemic in Thailand in 2024. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2025.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์คาดประมาณเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย ปี 2567 และการรณรงค์ตรวจเอชไอวี “ทดสอบ รู้ไว ไปต่อได้”. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567.
5. โรงพยาบาลยางสีสุราช. สรุปผลการดำเนินงานคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ 2564–2566. มหาสารคาม: โรงพยาบาลยางสีสุราช; 2566. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.
6. Areri HA, Marshall A, Harvey G. Interventions to improve self-management of adults living with HIV on antiretroviral therapy: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(5). doi:10.1371/journal.pone.0232709.
7. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf*. 2003;29(11):563–574. doi:10.1016/S1549-3741(03)29067-5.
8. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. *Handbook of Self-Regulation*. San Diego: Academic Press; 2000. p. 601–629. doi:10.1016/B978-012109890-2/50047-0.
9. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
10. โชคคัตติวัฒน์ ส, วรชิน ด. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. *วารสารโรคเอดส์*. 2563;32(1):15-27. doi:10.14456/taj.2020.2.
11. ประจักษ์ เทิกขุนทด. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว. *วารสารโรคเอดส์*. 2564;33(3):151-164. doi:10.14456/taj.2021.13.
12. Areri HA, Marshall A, Harvey G. Interventions to improve self-management of adults living with HIV on antiretroviral therapy: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(5). doi:10.1371/journal.pone.0232709.
13. มงคล กันตพานิชการ. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*. 2567;5(1):88-100.