

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย

Development of care model for HIV infection with NCD patients in Nongkhai Hospital

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

บงกชจันทร กณานนท์¹, วริศรา เบ้านู¹, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท์¹, ชลการ ทรงศรี²
Bongkotchan Katananont¹ Warisara Boanoo¹ Wanpen Wisitchainon¹ Chonlakam Songsri²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาวิธีดูแลสุขภาพเพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศึกษาสถานการณ์จากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการ 10 คนและผู้ให้บริการ 8 คน กลุ่มตัวอย่างร่วมกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 8 คน และประเมินผลการใช้รูปแบบจากผู้รับบริการ 30 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำการคัดเลือกแบบเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) รูปแบบ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) แบบสอบถามถึงโครงสร้าง 3) แบบสอบถามความรู้ 4) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5) แบบประเมินความพึงพอใจ และ 6) แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 - กรกฎาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน Independent paired t-test

ผลการศึกษา: รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองคายที่พัฒนาขึ้น มีการจัด NCD corner โดยให้บริการเป็นแบบ One stop service จัดให้มีระบบการคัดกรอง NCD คุณภาพ ในขณะที่ผู้ป่วยทุกได้รับการดูแลจากผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยรับคำปรึกษาจากโภชนาการ และมีการนัดให้การดูแลโดยผ่านระบบทางไกล การประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่า ระยะเวลาการใช้บริการลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอมากขึ้น ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความพึงพอใจ ดีขึ้นก่อนการใช้รูปแบบทั้ง 6 ด้าน และมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =.001,.016,.006,.000 ,.000 และ .000 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง โดยระยะเวลาการใช้บริการเฉลี่ย 194.76 และ 140.03 นาที ค่าน้ำตาล เฉลี่ย 168.10 และ 141.73 (Mg/dL) ด้านคะแนนความรู้เฉลี่ย 9.39 และ 14.51 ด้านพฤติกรรมสุขภาพคะแนนเฉลี่ย 60.02 และ 91.7 ความพึงพอใจคะแนนเฉลี่ย 27.06 และ 41.53

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วย, ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย, ผู้ป่วยเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstracts

The research and development aimed to develop a model and study the results of using the model to care for HIV-infected people with chronic non-communicable diseases. The situation was analyzed using a sample group of 10 service recipients and 8 service providers. The sample group jointly determined the model to care for HIV-infected people with chronic non-communicable diseases, totaling 8 people, and the model was evaluated using a sample group of 30 service recipients. All sample groups were selected purposively according to the research objectives. The research instruments consisted of 1) a care model for HIV-infected people with chronic non-communicable diseases, 2) a semi-structured questionnaire, 3) a knowledge questionnaire, 4) a health promotion behavior assessment form, and 5) a satisfaction assessment form for recording outcome data. Data were collected between October 2023 and July 2024. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics with an Independent paired t-test.

Results of the Study: Model of Care for People with HIV and Chronic Non-Communicable at Nong Khai Hospital features an NCD corner that provides a one-stop service, ensuring a quality NCD screening system. Every patient receives

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย .

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: noya2599@bcnu.ac.th: Corresponding author

care from a case manager and counseling from nutritionists. Appointments are also managed through telemedicine. After implementing this model, the service duration decreased, blood sugar levels improved, medication adherence increased, knowledge and health behavior scores improved, and overall patient satisfaction enhanced. All six dimensions showed statistical significance with p-values of .001, .016, .006, .000, .000, and .000, respectively. The average scores were as follows: Average service duration: 194.76 minutes (before) and 140.03 minutes (after), blood sugar (mg/dL): 168.10 (before) and 141.73 (after), knowledge score: 9.39 (before) and 14.51 (after), health behavior score: 60.02 (before) and 91.7 (after), satisfaction score: 27.06 (before) and 41.53 (after)

Keywords: Patient care model, goal achievement, HIV patients with non-communicable chronic diseases

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome : AIDS) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human immunodeficiency virus) เข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคเสื่อมหรือบกพร่อง ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว¹ โรคเอดส์จัดเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทยมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ ร้อยละ 1.0 อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 0.10 คนต่อ 1,000 ประชากร และอัตราการตายเท่ากับ 0.17 คนต่อ 1,000 ประชากร² เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญใน³ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2565 ข้อมูลระดับประเทศ ระดับเขตบริการสุขภาพที่ 8 และโรงพยาบาลหนองคาย พบมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 574,606 คน, 35,593 คน และ 3,627 คน เข้าสู่กระบวนการรักษา 423,942 คน, 25,671 คน และ 2,706 ขาดการรักษา 55,137 คน, 3,366 คน และ 304 คน ตั้งแต่เริ่มมีการรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง ใน ปี พ.ศ. 2539 ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อายุยืนยาวมากขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ และได้เปลี่ยนแนวโน้มจากการป่วยและตายด้วยโรคติดเชื้อที่สัมพันธ์กับเอดส์ลดลง⁴ กลายเป็นความเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease : NCD) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน กลุ่มอาการเมตาบอลิก (Metabolic syndrome: MS) หรืออ้วนลงพุง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติแทน ในปี 2567 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 441,640

ราย เสียชีวิต 8,237ราย มีเพียง 2% เท่านั้นที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์

ตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย โดยมีคนไทยป่วยเป็นโรค NCD ถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตปีละกว่า 320,000 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี และพบว่ากลุ่มที่ได้รับยาสูตร HAART มีผลให้เกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุง ระดับไขมัน ในเลือดผิดปกติ ภาวะดื้ออินซูลินหรือเบาหวาน lipodystrophy และความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการได้รับยากกลุ่ม Protease inhibitors (PIs)⁵ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 49.2 มีภาวะโรคร่วมเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 22.5 มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 2 ชนิด จากการศึกษาผู้ป่วย 1,813 คน มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 3.75 cases per 1000 person-years และจาก Multivariate analysis พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ โรคไขมันในเลือดสูง, โรคเบาหวาน, ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว และโรคหลอดเลือดสมองตีบ⁶ ดังนั้นในดูแลการรักษานักป่วยติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการคัดกรองภาวะเสี่ยง และจัดบริการรักษาโรคร่วมให้มีประสิทธิภาพด้วย เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁷ ตามมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของกรมควบคุมโรค จึงต้องมีกระบวนการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาจัดการโรค

เรื่องร้องแก่บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการดูแล ลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุม ความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแล ระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและ เครือข่ายการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยในฐานะ ผู้นิเทศทางการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก จึงเห็น ความจำเป็นที่จะมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาล หนองคายขึ้น โดยคาดหวังว่ารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาล หนองคาย จะช่วยทำให้ค้นหาและจัดการปัจจัยเสี่ยง หรือ โอกาสเสี่ยง ได้มีประสิทธิภาพ ควบคุมระดับ น้ำตาลและความดันโลหิตได้ ลดภาวะเสี่ยง ลดอาการแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ การบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาล หนองคาย
2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาล หนองคาย
3. ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาล หนองคาย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคายโดยใช้กรอบแนวคิด การวิจัยและพัฒนา (research and development : R&D)⁸ โดยการประยุกต์ แนวทางการตรวจรักษาและ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565

Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022⁹ และ แนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ¹⁰ เป็น กรอบการพัฒนา และใช้โปรแกรมการตั้งเป้าหมายและ กิจกรรมการพยาบาลอย่างมีเป้าหมายร่วมกันตามทฤษฎี ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King's theory of goal attainment) (King, 1981)¹¹ เป็นกรอบแนวคิดเชิง เนื้อหา และประเมินคุณภาพการบริการโดยใช้แนวคิด ของ Donabedian มาใช้ประเมินผลการพัฒนา โดย ประเมินความสัมพันธ์ของโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome)¹² โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ศึกษา ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอน ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการ ในเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2566 เพื่อทำความเข้าใจ กับบริบท และสถานการณ์ สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ 1) ประสพการณ์ การใช้บริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี โรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) ความ ต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี โรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ติดเชื้อจำนวน 10 ราย และทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 8 คน เวชระเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม NCD ปี 2566 จำนวน 10 ฉบับ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล ดำเนินการ ในเดือนธันวาคม 2566- มกราคม 2567 ผู้วิจัยนำผลสรุป จากการสัมภาษณ์และการศึกษาค้นคว้าทบทวนอย่าง เป็นระบบ สู่การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอ วีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการประชุม ระดมสมอง (Brain Storming) ผู้ร่วมวิจัยได้แก่พยาบาล พยาบาลวิชาชีพใน Clinic ARV (Co-nurse) 2 คน,แพทย์ ประจำ Clinic ARV, เภสัชกร, โภชนากร, แพทย์แผนไทย พยาบาลผู้จัดการรายโรค NCD และนักกายภาพบำบัด สาขาละ 1 คน รวมเป็นเจ้าหน้าที่ 8 คน ผู้วิจัยทำการ สรุปและยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

- 1) สร้างรูปแบบการดูแล One stop service NCD corner
- 2) ปรับสภาพแวดล้อมห้องให้คำปรึกษา
- 3) พัฒนารูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อผู้ป่วย
- 4) พัฒนาหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะ Co nurse
- 5) พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก/แบบประเมิน
- 6) ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 10 ราย

ระยะที่ 3 การดำเนินการใช้รูปแบบการดูแลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2567 ดังนี้

- 1) พัฒนา Co nurse โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อ 10 ราย ดังนี้ (1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้แก่ทีมพยาบาลชี้แจงแนวปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (2) กิจกรรมฝึกทักษะการให้คำปรึกษา การใช้เครื่องมือแบบประเมินผู้ป่วยให้แก่ทีมพยาบาล (3) ให้คำปรึกษาหรือสอนแนะเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยจะให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะ เสริมข้อมูล เมื่อพยาบาล Co nurse ให้คำปรึกษาหรือทำกิจกรรมพยาบาล (4) ประชุมสรุปบทเรียนสำหรับ Co nurse และสรุปแนวทางการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อถอดบทเรียน (5) ประเมินผลความรู้ทักษะ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- 2) นำข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ และ Co nurse ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในรอบแรกมาแก้ไขปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์

- 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม NCD จำนวน 30 ราย ดำเนินการในเดือนมีนาคม 2566 โดยผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะให้การดูแลโดยโทรติดตามข้อมูลทางโทรศัพท์และให้การดูแลทุกครั้งที่มาใช้บริการ โดยจะได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ของคิง มีการประเมินตนเองตามบริบทรายบุคคล ตั้งเป้าหมาย และแก้ปัญหาอุปสรรคร่วมกัน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม NCD โรงพยาบาลหนองคาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ประวัติการแพทย์และอาหาร จำนวนยาที่ใช้ประจำใน 1 วัน

2.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นข้อคำถามปลายเปิดใช้ในสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยข้อคำถาม

- 1) ประสบการณ์การใช้บริการที่ ARI Clinic และความต้องการการบริการ/การดูแลการใน ARI Clinic
- 2) สถานการณ์รูปแบบการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) 3) ปัญหา อุปสรรค ความยุ่งยาก ในการใช้บริการที่ ARI Clinic 4) ความต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

2.3 แบบสอบถามความรู้ จำนวน 20 ข้อ เลือกข้อที่ถูก การแปลคะแนนความรู้ โดยรวมคะแนนเป็นคะแนนมาตรฐาน 0-20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹³ คะแนน 13.34-20.00 มีความรู้ระดับดี คะแนน 6.67-13.33 มีความรู้ระดับพอใช้ คะแนน 0- 6.66 มีความรู้ระดับต่ำ

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับ¹⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 73.34-100 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับดี คะแนน 46.67-73.33 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพอใช้ คะแนน 20- 46.66 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับโดยกำหนดระดับคะแนนจาก 1- 5 โดยที่ แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 36.67-50.00 ระดับความพึงพอใจ ระดับดี

คะแนน 23.34-36.66 ระดับความพึงพอใจ ระดับพอใช้
คะแนน 10.00-23.33 ระดับความพึงพอใจระดับต่ำ

2.6 แบบบันทึกข้อมูล ระยะเวลาการใช้บริการ (นาที) ระดับน้ำตาลในเลือด (Mg/dL) แบ่งระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 3 กลุ่ม¹⁵ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 100 Mg/dL หมายถึง ภาวะปกติ ระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 Mg/dL หมายถึงมีภาวะเสี่ยง หรือเบาหวานแฝง ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ/มากกว่า 126 Mg/dL หมายถึงเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิต (mmHg) แบ่งระดับความดันโลหิตเป็น 2 กลุ่ม¹⁶ ความดันโลหิต ระดับปกติ <140/ 90 mmHg ความดันโลหิตระดับสูง $\geq 140/90$ mmHg การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด

คุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและหาความ ความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านได้ ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.00 นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้แบบสอบถาม 30 ชุดทดลองใช้ และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบสอบถามความรู้มีค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 0.78 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่า cronbach alpha 0.93 แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่น cronbach alpha 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์ตามคำถามที่ออกแบบไว้ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพมีการจดบันทึกการสัมภาษณ์ โดยผู้ช่วยนักวิจัยโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย คนละ 10-15 นาที ในวันที่มาใช้บริการ ARV clinic การสนทนากลุ่มในที่สหสาขาวิชาชีพจำนวน 8 คนจำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาที ประเด็นเกี่ยวกับความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้สนทนา สถานการณ์รูปแบบการดูแล

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาและความต้องการพัฒนา และศึกษาเวชระเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วม NCD ในปี 2566 จำนวน 10 ฉบับ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2 โดยผู้ร่วมวิจัยได้แก่พยาบาลพยาบาลวิชาชีพใน Clinic ARV (Co-nurse) 2 คน, แพทย์ประจำ Clinic ARV, เภสัชกร, โภชนากร, แพทย์แผนไทย พยาบาลผู้จัดการรายโรค NCD และนักกายภาพบำบัด สาขาละ 1 คน รวม 8 คน โดยการประชุมระดมสมอง (Brain Storming) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการถาม การฟัง การสังเกต แล้วสรุปประเด็นการสนทนา โดยการจดบันทึกการสนทนากลุ่มร่วมกับการบันทึกเสียงและภาพถ่าย

3. รวบรวมสรุปวิเคราะห์เนื้อหาสรุปและยกกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 1) สร้างรูปแบบการดูแล One stop service NCD corner 2) ปรับสภาพแวดล้อมห้องให้คำปรึกษา 3) พัฒนารูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อผู้ป่วย 4) พัฒนาหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะ Co nurse 5) พัฒนาเครื่องมือช่วยในการพยาบาล (แนวปฏิบัติทางคลินิก/แบบประเมิน) นำให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ประกอบด้วยผู้ป่วย จำนวน 10 ราย นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบ ให้สมบูรณ์

4. เก็บรวบรวมข้อมูลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหนองคาย ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจเข้าร่วม จำนวน 30 คน

5 รวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกแต่ละชุด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลรวมข้อมูลก่อนและหลังนำแนวทางไปใช้โดยใช้สถิติ Pair t - test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมงานวิจัย

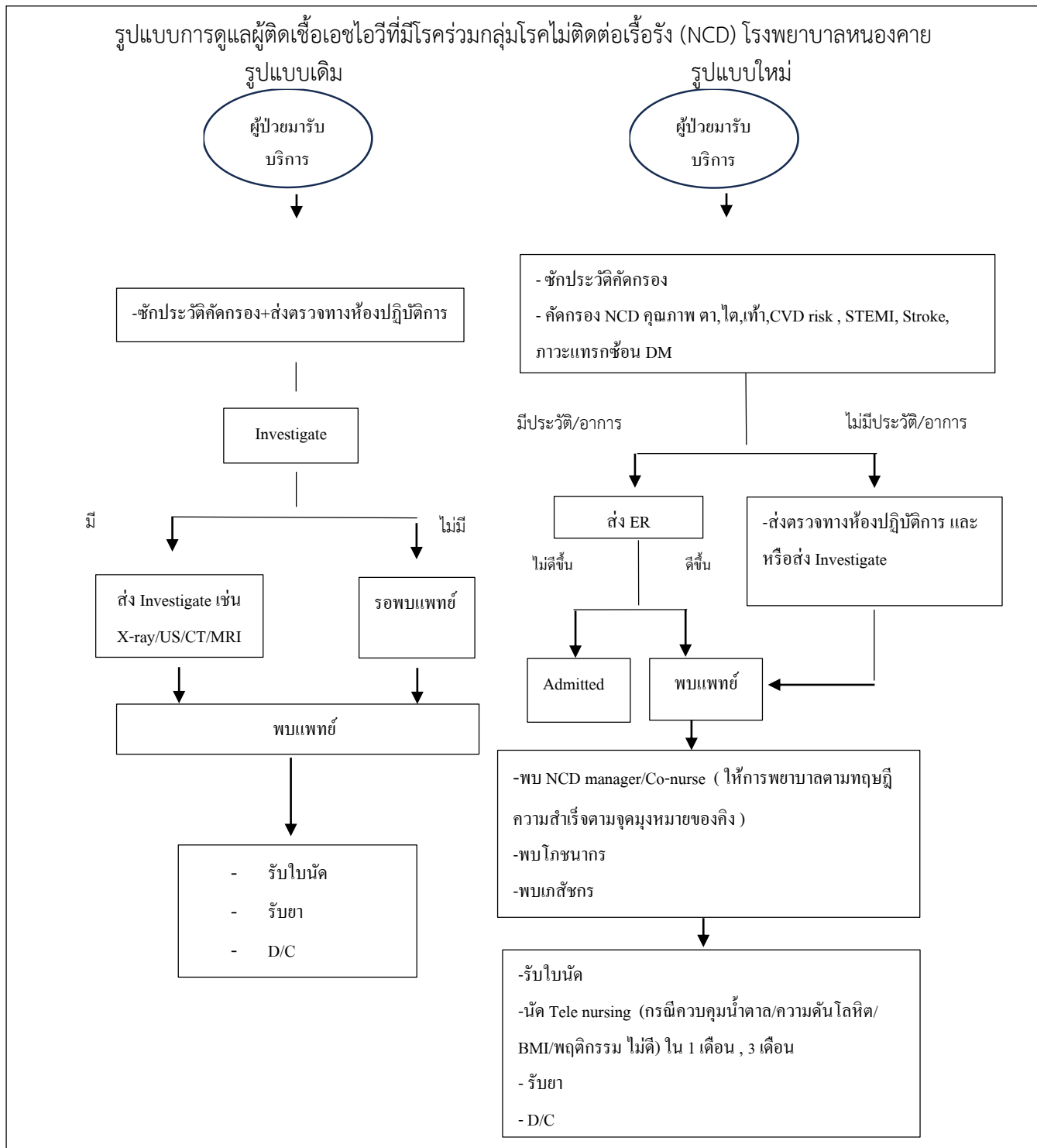
การวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอเค้าโครง ร่างวิจัยต่อ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง และได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 เลขที่ 25/2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การบริการ ผู้ป่วยรับยาต้านไวรัส เอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลหนองคายเป็น โรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูง (ระดับ Standard : S) มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่รับยา ARV ปี 2563-2565 จำนวน 3,191 คน, 3,447 คน และ 3,627 คน เข้าสู่กระบวนการรักษาประมาณร้อยละ 70 (2,444 คน, 2,641 คน และ 2,706 คน) ขาดยาร้อยละ 11 (239 คน, 244 คน และ 304 คน) มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 28.29, 34.24 และ 36.06 ตามลำดับ ผู้ป่วยจะตรวจพบว่าเป็น NCD ภายหลังการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี 5-10 ปี สาเหตุอาจเกิดจากอายุที่เพิ่มขึ้น ยาต้านไวรัส มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 505, 593 และ 626 คน คิดเป็นร้อยละ 39.92, 35.06 และ 35.10 ปัญหาและอุปสรรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด จำนวน 559 คน (ร้อยละ 31.13) ถูกนัดมาตรวจมากกว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีโรคร่วมถึง 3 เท่า ขาดนัดจำนวน 177, 236 และ 289 ครั้ง มีผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์จำนวน 33, 65 และ 88 คน (ร้อยละ 23.91, 39.39 และ 45.83) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์จำนวน 22, 31 และ 47 คน (ร้อยละ 40.74, 44.92 และ

53.40) และมีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตแทรกซ้อนจากโรค NCD ต้องส่งส่งเหตุการณ์ ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 12, 19 และ 32 คน (ร้อยละ 2.76, 3.28 และ 4.97) โรงพยาบาลหนองคายมีนโยบายให้การรักษาติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน Clinic ARV การจัดบริการมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ไม่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังไม่มีแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่เพื่อค้นหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังไม่มีบริการตามมาตรฐานคลินิก NCD คุณภาพ เมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการจะได้รับการซักประวัติทั่วไป ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามโปรแกรมผู้ป่วยติดเชื้อ พบแพทย์ รับยา รับใบนัด และจำหน่าย จากการทำการสนทนากลุ่มแบบ มีเป้าหมาย ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับบริการที่ Clinic ARV แพทย์ พยาบาลวิชาชีพใน Clinic ARV (Co-nurse) พยาบาลผู้จัดการรายโรค NCD พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ได้รับบริการตามมาตรฐานอื่น ๆ เหมือนผู้ป่วย NCD ที่รักษาในคลินิก NCD คุณภาพ เช่น ไม่ได้รับการประเมิน ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การคัดกรองการสูบบุหรี่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะเครียด และการติดตามควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิต การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย แสดงได้ ดังภา



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย

3. ผลลัพธ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น

1) ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศชาย 56.7% หญิง 43.3%) อายุเฉลี่ย 52.9 ปี สถานภาพสมรสสูงสุด 15 คน (50.0%) ไม่ได้เรียน 3 คน ประถมศึกษา 7 คน มัธยมศึกษาตอนต้น 12 คน รวมเป็น 72.3% ไม่ได้ประกอบอาชีพ 5 คน เกษตรกรรม 6 คน รับจ้าง 9 คน รวม 3 กลุ่มนี้ คิดเป็น 66.7% ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพ (30บาท)/สูงอายุ/พิการ 22 คน (73.3%) ส่วนใหญ่น้ำหนักปกติ น้ำหนักเกิน 10 คน (33.3%) มีโรคร่วม เบาหวาน 25 คน (83.33 %) ความดันโลหิตสูง 12 คน (40.0%) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาติดเชื่อและเป็น NCD (ปี) เฉลี่ย 10.60, S.D.=5.5248 จำนวนยาที่กินประจำ(เม็ด) เฉลี่ย 5.833, S.D.= 3.11928 น้ำตาลในเลือด เฉลี่ย =168.100, S.D.= 46.9602 FBS ≥ 126 Mg/dL จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ค่า Systolic Blood Pressure เฉลี่ย 133.6333, S.D.= 26.69429 ค่า Diastolic Blood Pressure เฉลี่ย = 83.2333, S.D.= 14.56421 มีค่าความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ระยะเวลา ใช้บริการรวม (ชม) เฉลี่ย 3.25, S.D.= 79.15227(เร็วสุด 1 ชม. / นานสุด 6 ชม.)

2) การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย (คะแนนเฉลี่ย) ระยะเวลาการใช้บริการค่าเฉลี่ย 194.7667 นาที (S.D.= 79.1522) หลังใช้รูปแบบระยะเวลาการใช้บริการลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 140.03 นาที (S.D.= 25.14) น้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 168.10 Mg/dL (S.D.= 46.96) หลังใช้รูปแบบลดลงเป็นเฉลี่ย 141.73 Mg/dL (S.D.= 46.18) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =

.016, น้ำตาลในเลือด กลุ่มที่มีค่า ≥ 126 Mg/dL ก่อนใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 178.16 (S.D.= 45.07) หลังใช้รูปแบบน้ำตาลในเลือด ลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 147.92 (S.D.= 47.99) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =.020, Systolic Blood Pressure ค่าเฉลี่ย 130.06 mmHg (S.D.= 21.69) หลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ย 123.90 (S.D.= 24.97) ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ส่วน Diastolic Blood เฉลี่ย 79.13mmHg (S.D.= 8.78) หลังใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ย 76.33 (S.D.=8.38) ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ส่วนกลุ่ม Systolic Blood Pressure ≥ 140 mmHg มีค่าเฉลี่ย168.88 (S.D.=18.92) หลังใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ย 131.88 (S.D.= 17.20) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =.001, และกลุ่ม Diastolic Blood Pressure ≥ 90 mmHg พบค่าเฉลี่ย 101.44 (S.D.= 12.37) หลังใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ย 76.33 (S.D.= 11.23) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =.001 การกินยาอื่นสม่ำเสมอแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value =.006 มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 9.39 (S.D.= 3.28) หลังใช้รูปแบบด้านความรู้สูงขึ้นระดับดี เฉลี่ย 14.51(S.D.= 2.037) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.01, ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระดับพอใช้ เฉลี่ย 60.02 (S.D.= 9.71) หลังใช้รูปแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพระดับดี 91.70 (S.D.= 14.50) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.01, ด้านความพึงพอใจ ในระดับพอใช้ เฉลี่ย 27.06 (S.D.= 4.58) หลังใช้รูปแบบด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับดี 41.53 (S.D.= 4.16) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โรงพยาบาลหนองคาย

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนพัฒนา (n=30)		หลังพัฒนา (n=30)		95%Confidence Interval of the Difference		t	P-value <.05
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	Lower	Upper		
ระยะเวลาการใช้บริการ (นาทื)	194.77	79.15	140.03	25.14	24.37788	85.08879	3.688	.001
น้ำตาลในเลือด (Mg/dL)	168.10	46.96	141.73	46.19	5.33476	47.39857	2.564	.016
น้ำตาลในเลือดกลุ่ม ≥ 126 Mg/dL	178.16	45.08	147.92	48.00	5.11823	55.36177	2.484	.020
Systolic Blood Pressure (mmHg)	130.07	21.69	123.90	24.98	-5.80728	18.14062	1.053	.301
Diastolic Blood Pressure (mmHg)	79.13	8.78	76.33	8.39	-2.09953	7.69953	1.169	.252
กลุ่ม Systolic Blood Pressure ≥ 140 mmHg	168.89	18.92	131.89	17.20	2.29081	5.93141	5.208	.001
กลุ่ม Diastolic Blood Pressure ≥ 90 mmHg	101.44	12.37	73.33	11.24	1.83493	4.41198	5.590	.001
การกินยาอื่นสม่ำเสมอ	.7667 (76.70%)	43.018 .00	1.0000 (100%)	0.00	.07270	.39397	2.971	.006
มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ	.9333 (93.33%)	0.25	1.0000 (100%)	0.00	-.02807	.16140	1.439	.161
ความรู้ (20คะแนน)	9.40	3.29	14.51	2.04	3.98170	6.25497	9.210	.000
พฤติกรรมสุขภาพ (100 คะแนน)	60.03	9.72	91.71	14.50	24.79210	38.56790	9.407	.000
ความพึงพอใจ10ข้อ (50 คะแนน)	27.06	4.58	41.54	4.16	12.35344	16.59322	13.964	.000

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น มีปัญหาและอุปสรรคเช่น ขาดนัด กินยาไม่สม่ำเสมอ น้ำตาลในเลือดเกินเกณฑ์ควบคุม อีกทั้งผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รู้แต่เรื่องติดเชื้อ มีความรู้เรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ และมี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของบงกช โมระสกุลและคณะ¹⁷ ที่พบกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตปกติเพียง ร้อยละ 23.08 และระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วอยู่ในระดับปกติเพียงร้อยละ 6.41 ระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย ระดับพฤติกรรมสุขภาพปานกลางและการศึกษาของ พวงผกา สุริวรรณ¹⁸ พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับต่ำ และกลาง ร้อยละ 38.8

และ 50.6 มี พฤติกรรมลดเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับปานกลาง ร้อยละ 80.4 ค่าความดันโลหิต (mmHg) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL) สูง การดูแลผู้ป่วยร่วมกับแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพโดยใช้โปรแกรมการตั้งเป้าหมายและกิจกรรมการพยาบาลอย่าง มีเป้าหมายร่วมกันตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King's theory of goal attainment) ที่นำมาใช้ในการศึกษาเป็นแนวคิดที่เสนอกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการให้แลกเปลี่ยนการรับรู้ เพื่อการรับรู้ที่ตรงกัน มีการกำหนดเป้าหมาย และหาวิธีการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ตลอดจนร่วมมือกันปฏิบัติตามวิธีที่ตกลงร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยเชื่อว่าหากมีการรับรู้ปัญหาาร่วมกัน การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงร่วมกัน จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอย่างยั่งยืน จากผลการวิจัยที่ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการรับบริการลดลง และอีกทั้งระดับ น้ำตาลในเลือดระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการบูรณาการการดูแลด้าน HIV/NCDs จะเป็นการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า เช่นเดียวกันมีการศึกษาที่ไม่เห็นด้วยกับการจัดการพยาบาลผู้ป่วย HIV แยกจาก NCD ในปัจจุบัน¹⁹ และการมีแนวทางในการดำเนินการงานการประกาศใช้แนวทางปฏิบัติร่วมกันส่งผลให้ประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น²⁰ หลังปรับปรุงรูปแบบและมีแนวทางการปฏิบัติดูแล ส่งผลให้ผู้รับบริการยินยอมเปิดเผยตัวและเข้ารับบริการมากขึ้น²¹ การให้การดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยจะสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสและระดับ CD4 Lymphocyte ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น²² และมีการศึกษาที่พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้ พยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบที่

พัฒนาขึ้นและคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานและญาติสูงขึ้นและมีทักษะการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นโดยทีมพี่เลี้ยงผู้ป่วยมีความพอใจในระดับมาก²³ ซึ่งการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีใช้ทรัพยากรร่วมกัน มีการดำเนินการคัดกรองเชิงรุกเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะ เป็นการช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทั้งเอชไอวี และกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดี เพิ่มการเข้าถึง ลดระยะเวลา มีการจัดการปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ มีการส่งต่อข้อมูล การดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนให้เห็นการเข้าถึงการรักษาที่ครอบคลุม²⁴ และส่งผลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความมั่นใจในระบบบริการเนื่องจากการบริการเป็นไปในแนวทางเดียวกัน^{25,26,27} อธิบายได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เป็นกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีความพิเศษและซับซ้อนแตกต่างจากกลุ่มอื่นไม่ต้องการเปิดเผยตัวตน กลัวถูกตีตรา การไปรักษาหลายๆคลินิก และถูกนัดหลายครั้งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษา การจัดรูปแบบบริการที่ครอบคลุม มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีเอกสารคู่มือ มีสหสาขาวิชาชีพช่วยทำให้การปฏิบัติงานราบรื่นมีประสิทธิภาพขึ้น สอดคล้องกับการใช้โปรแกรมตั้งเป้าหมายและกิจกรรมการพยาบาลร่วมกันตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (King's theory of goal attainment) (King, 1981) และการดูแลจัดการรายกรณีการพยาบาลทางไกล มีผลให้ระยะเวลาการใช้บริการลดลง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิตดีขึ้น^{28,29} อธิบายได้ว่าในการจัดรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) การจัดการรายกรณี/รายกลุ่ม เพื่อให้มีการตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ มีการติดตามโดยใช้การพยาบาลทางไกล ทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกขึ้น พยาบาลทางไกลเป็นการเสริมพลังทำให้การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความ

ต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดของทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King's theory of goal attainment) ได้เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ เน้น 3 ระบบย่อย คือ ระบบของบุคคล ระบบระหว่างบุคคลและระบบสังคม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและพลังงานตลอดเวลาจนเกิดการรับรู้ การยอมรับนับถือในความสามารถของบุคคลที่สามารถแสวงหา และใช้ความรู้ตัดสินใจและเลือกการกระทำด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มเป้าหมายสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์เป็นไปในทิศทางบวก ทั้งด้านการเข้าถึงบริการและด้านผลลัพธ์การจัดบริการ ควรขยายผล โดยกำหนดให้นำรูปแบบการดูแลไปบูรณาการในห้องตรวจอื่นๆ ที่ดูแลโรคหลักที่มีโรคร่วมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยไม่ผ่านคลินิก NCD เช่น ห้องตรวจหูด คอ จมูก ห้องตรวจคัดกรอง เพื่อให้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้รับการดูแลเหมือนรับบริการที่ คลินิก NCD คุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล.(2545). การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์. โครงการอบรมพยาบาลด้านการสอนญาติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2021). UNAIDS DATA 2021 [cited 2023 Sep 6]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDSData_book_2021_En.pdf
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). Thailand's Top 10 Causes of Death in 2019 [cited 2023 Sep 10]. Available from: <http://www.healthdata.org/thailand>.
4. Smith CJ, Ryom L, Weber R, Morlat P, Pradier C, Reiss P, et al.(2013). Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D: A:D): a multicohort collaboration. Lancet 2014; 384: 241-48. 11. World Health Organization. A global brief on Hypertension [online]. [cited 2023 Sep12]; Available from: URL: [http:// ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf](http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf)
5. เหมือนแพร บุญล้อม.(2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดภูเก็ต.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 33(3): 427 – 440.
6. พรชนัน ดุริยะประพันธ์.(2564). ลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุมากกว่า 50 ปี โรงพยาบาลหัวหิน พ.ศ. 2561–2562.วารสารแพทย์เขต 4-5 40(3): 348-359.
7. พาธิตา สิทธิเจริญชัย.(2559). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV ในประเทศไทย โดยศึกษา 5 ปีย้อนหลัง.[วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอายุรศาสตร์]. บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. ชุมพล เสมาชันธ.(2552). รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R & D).วารสารวิทยาศาสตร์ 10: 97-104.
9. กรมควบคุมโรคติดต่อ.(2565). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022 .พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สำนักพิมพ์ อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
10. กรมควบคุมโรค.(2558). คู่มือประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปีงบประมาณ 2558. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:<https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/1861>
11. นริสา วงศ์พนารักษ์.(2556). ทฤษฎีการพยาบาลของคิง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 31(4): 15-25.
12. Donabedian,A.(2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. NewYork: Oxford University Press ; 2003.

13. บุญใจ ศรีสถิตนรากร.(2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์.(2546). ระเบียบวิธีการวิจัยสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: เพ็ญพูนปรีณัติ; 2546.
15. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ:บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
16. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2566). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=338
17. บงกช โมระสกุล, พรศิริ พันธสี, วาณี โพธิ์นคร และ ศุภชัย ตรีบำรุง.(2021). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา ประชาชนในชุมชนหมู่บ้านเดอะเลกซ์การ์เดนโฮม เทศบาลเมืองสนั่นรักษ์ จ.ปทุมธานี. *Journal of Public Health Nursing* 35(1): 68-87.
18. พวงผกา สุริวรรณ.(2564). รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้จังหวัดลำพูน.วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 17(2): 41-50
19. Tiny Masupe, Yohana Mashalla, Esther Seloilwe, Harun Jibril, and Heluf Medhin.(2019). Integrated management of HIV/NCDs: knowledge, attitudes, and practices of health care workers in Gaborone, Botswana. *Afr Health Sci.* 19(3): 2312–2323.
20. ประจักษ์ เทิกขุนทด.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลส่องดาว.วารสารโรคเอดส์ 33(3): 155-162.
21. สัจพงษ์ โชคคัตวัฒนา และ ดวงฤดี วรขุน.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์.วารสารโรคเอดส์ 32(1): 15-27.
22. โกวิทย์ ทองละมุล. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ.การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12 1660-11671.
23. เพ็ญศรี แคนยุกต์, อัญชลีพร ดำรงค์ และ สัตตบงกช ศิริรัตน์.(2565). พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตรัง.วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 6(11) : 251-23.
24. Hervé N. (2020). Kambale.DSD for People Living with HIV and NCDs. [online]. [cited 2023 Sep 11]; Available from:
<http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=1094>.
25. มณีวรรณ ตั้งขจรศักดิ์,สมจิตร สกุลคุ, ณฤดี ทิพย์สุทธิ และวันเพ็ญ วิศิษฐ์ชนนธ์.(2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลหนองคาย.วารสารกองการพยาบาล 47(1): 190-208
26. สมหวัง โรจนะ.(2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 31(2): 205-221.
27. ภูษยมาส บุศยารัตน์.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม.วารสารแพทย์ เขต 4-5 42(1): 66-77.
28. นิสาชล นาคกุล.(2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 23(2):79-87.
29. สำราย กลยณี และศศิวรรณ ทศนเอี่ยม.(2562). ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง รายใหม่. *Journal of Ratchaphruek* 17(2): 95-104. (in Thai)