



# HIV

## บทสังเคราะห์

JT3  
31  
3

## สถานการณ์ประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอตส์ ใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

รายงาน 2 โครงการประกอบด้วย

1. โครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอตส์ เหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอตส์ ไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอตส์ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอตส์อย่างต่อเนื่องภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย
2. โครงการผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการให้ยาต้านไวรัสเอตส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย



จัดทำโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)  
เครือข่ายนักวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บทสังเคราะห์

# รายงานการประเมิน ระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

จากรายงาน 2 โครงการประกอบด้วย

1. โครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ เหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์  
ไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้าน  
ไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย
2. โครงการผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกัน  
สุขภาพ ในประเทศไทย

เลขหมู่: W 225.3T3 v131	2553
เลขทะเบียน 00002896	
วันที่ 10 2 ก.ค. 2554	

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนากลไกประกันสุขภาพไทย (สวปก.)  
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ได้รับทุนสนับสนุน จาก  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

# สารบัญ

สารบัญ	ii
สารบัญตาราง	iii
สารบัญภาพ	iii
คำนำ	iii
ความเป็นมาของโครงการ	2
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
ระเบียบวิธีการศึกษา	5
ผลการศึกษา	8
● การจัดระบบบริการของโรงพยาบาลตัวอย่าง	8
● การดำเนินงานจัดบริการในพื้นที่	15
● การเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อที่ต้องได้รับยาต้านไวรัส	17
● ความต่อเนื่องในการรับประทานยา	20
● ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ	22
● ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการให้ยาต้านไวรัสเอดส์จากฐานข้อมูล NAP	25
● ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากข้อมูลการสำรวจ (Primary Data)	29
สรุป	33
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	38
ภาคผนวก	40

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ระเบียบวิธีการศึกษาในการตอบวัตถุประสงค์	6
ตารางที่ 2	จังหวัด โรงพยาบาล และจำนวนตัวอย่างเชิงปริมาณที่ศึกษา	7
ตารางที่ 3	ข้อมูลการให้บริการ และการจัดบริการของโรงพยาบาลตัวอย่าง	10
ตารางที่ 4	ผลการตรวจ CD4 ของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยา จำแนกรายจังหวัด	25
ตารางที่ 5	ผลการตรวจ Viral load ของผู้ป่วยที่มารับยา จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2551	26
ตารางที่ 6	จำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ภาวะดื้อยา การติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิตในปี 2551	27

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	ร้อยละผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเข้าเกณฑ์ได้รับยาและร้อยละตามเกณฑ์ ที่ได้รับยารายโรงพยาบาล	12
ภาพที่ 2	ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	22

## คำนำ

หนังสือเล่มนี้เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากรายงานวิจัย 2 โครงการ คือ (1) การเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ และเหตุผลที่ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ไม่มารับบริการยาด้านไวรัสเอดส์ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย และ (2) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย ซึ่งดำเนินการวิจัยโดย ผศ.ดร.สุคนธา คงศิลป์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และ ผศ.ดร.นพ.สุขุม เจริญตน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะ โดยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

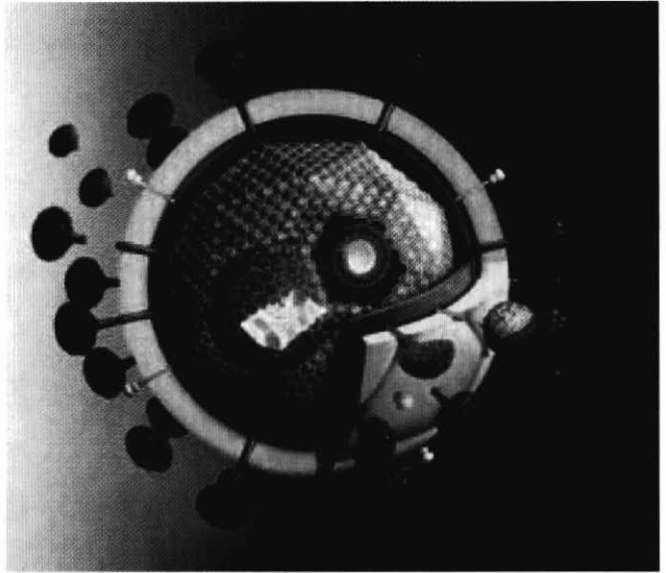
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ในฐานะหน่วยงานจัดการงานวิจัยชุดนี้ จึงได้สังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยทั้งสอง รวมถึงพัฒนาข้อเสนอเพื่อเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

4 มกราคม 2553



**บทนำ**  
ความเป็นมาของโครงการ



## ความเป็นมาของโครงการ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณ  
สำหรับจัดหาต้านไวรัสเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ  
ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการป่วยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ใน  
ลักษณะโครงการศึกษาวิจัย ต่อมาปี พ.ศ. 2543 - 2546  
กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการเข้าถึงการดูแลรักษา  
อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง จึงมีการขยายบริการการรักษา  
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์  
เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์เข้าถึงการรักษาด้วยยา





ด้านไวรัสเอดส์มากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัสเอดส์เพียง 1,200 คน และในปี พ.ศ. 2547 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ และได้อุดหนุนงบประมาณในการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 50,000 ราย ภายในปี 2547 และจำนวน 80,000 ราย ในปี 2548 ภายใต้ “โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์” (National Access to Antiretroviral Program for PHA (NAPHA) ต่อมาในปี พ.ศ.2549 มีการกำหนดให้การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ขณะนั้นกรมควบคุมโรคยังเป็นผู้ดำเนินการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รับถ่ายโอนมาดำเนินการเอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ทั้งนี้ข้อมูล National AIDS Program (NAP) ในเดือนตุลาคม 2550 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรับประทานยาอยู่ จำนวน 145,553 ราย แยกเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 101,108 ราย ระบบประกันสังคม จำนวน 32,345 ราย และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำนวน 8,212 ราย ระบบ HIV - NAT จำนวน 1,588 ราย องค์การหมอไร้พรมแดน จำนวน 245 ราย International Rescue Committee (IRC) จำนวน 14 ราย และ PHPT จำนวน 2,041 ราย

ในการนี้ สปสช. ได้มอบหมายให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ดำเนินการเพื่อประเมินการจัดบริการให้







บริการยาด้านไวรัสเอดส์ และได้ทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล นำทีมโดย พศ.ดร.สุคนธา คงศีล คณะสาธารณสุขศาสตร์ และ พศ.ดร.นพ.สุขุมเจียมตน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะทำการศึกษา โดยแบ่งเป็น 3 โครงการย่อย คือ 1) ประเมินการเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีเกณฑ์ต้องได้รับยา 2) ประเมินปัจจัยของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และ 3) ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ เอกสารนี้เป็นการสรุปสาระสำคัญและองค์ความรู้ที่ได้จากรายงานการประเมินของทั้งสามชิ้นงาน โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป



## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ และเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence of ARVs therapy) ของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ โดยศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ และอัตราการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี (1 year survival rate after ARV treatment) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่เกิดขึ้นจากการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์

## ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้อาศัยระเบียบวิธีการศึกษาหลายรูปแบบทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ คือ





## ตารางที่ 1 ระเบียบวิธีการศึกษาในการตอบวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	สัมภาษณ์เชิงลึก	สนทนากลุ่ม	สังเกต	การสำรวจ
1. การเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์ ได้รับยา	✓	✓	✓	
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง	✓	✓	✓	✓
3. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ได้ยาด้านฯ และปัจจัย กำหนด				✓

1. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับเขต สปสช. (3 ท่าน) ผู้รับผิดชอบ  
งานกองทุนเอดส์ สปสช.เขต (3 ท่าน) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด  
(3 ท่าน) ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ สสจ. (3 ท่าน) ผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาล (9 ท่าน)
2. สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกให้ยาต้านไวรัสเอดส์  
(9 กลุ่ม) และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่ศึกษา (9 กลุ่ม)
3. สังเกตระบบการให้บริการของโรงพยาบาลตัวอย่าง 9 แห่ง
4. สำรวจเชิงปริมาณ สำรวจข้อมูลตัวอย่างผู้ติดเชื้อสิทธิหลักประกัน  
สุขภาพถ้วนหน้า ที่มารับบริการในคลินิกให้ยาต้านไวรัสเอดส์  
ในโรงพยาบาลตัวอย่าง รวม 823 ราย โดยใช้แบบสอบถาม  
(วัตถุประสงค์ 2) และรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนไปข้างหน้า  
ระยะเวลา 1 ปี (วัตถุประสงค์ 3)





ตารางที่ 2 จังหวัด โรงพยาบาล และจำนวนตัวอย่างเชิงปริมาณที่ศึกษา

จังหวัด	โรงพยาบาล	จำนวนผู้รับยาต้านไวรัส	
		สิทธิ UC	จำนวนตัวอย่าง N (%)
ขอนแก่น	ขอนแก่น	553	174 (31.5)
	สมเด็จพระยุพราชกระนวน	71	34 (47.9)
	พระยืน	41	22 (53.7)
	<b>รวม</b>	<b>665</b>	<b>230 (34.6)</b>
สงขลา	หาดใหญ่	799	111 (13.9)
	ควนเนียง	54	29 (53.7)
	สิงหนคร	67	30 (44.8)
	<b>รวม</b>	<b>920</b>	<b>170 (18.5)</b>
เชียงราย	เชียงรายประชานุเคราะห์	1,930	262 (13.6)
	แม่จัน	551	95 (17.2)
	สมเด็จพระญาณสังวร	342	66 (19.3)
	<b>รวม</b>	<b>2,823</b>	<b>423 (15.0)</b>

ทั้งนี้การคัดเลือกจังหวัดที่ศึกษาทำแบบเจาะจง โดยพิจารณาจาก (1) ความพร้อมของระบบข้อมูลและมีความครบถ้วนของข้อมูลในฐานข้อมูล NAP Program ครบทั้ง 3 สิทธิ (2) เป็นพื้นที่ที่มีความชุกของโรคเอดส์ในระดับสูงกระจายในภูมิภาค และที่สำคัญคือ (3) ความร่วมมือ/ยินยอมให้ทำการศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2552





## ผลการศึกษา

พื้นที่ทั้ง 3 จังหวัดมีบริบทเกี่ยวเนื่องกับปัญหาโรคเอดส์ต่างกัน เชียงรายเป็นจังหวัดที่มีประสบการณ์กับโรคนี้ค่อนข้างกว้างขวางมากกว่าอีกสองจังหวัด มีอัตราความชุกสูง และมีประสบการณ์กับปัญหาที่ต่อเนื่องจากโรคดังกล่าวค่อนข้างมาก เช่น การเสียชีวิตของหัวหน้าครอบครัว ปัญหาเด็กกำพร้า ปัญหาเศรษฐกิจ ฯลฯ ดังนั้นชุมชนน่าจะเรียนรู้ปัญหา และการอยู่ร่วมกับปัญหาได้ดีกว่าที่อื่น ข้อมูลที่สะท้อนออกมาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม บุคลากรและกลุ่มผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงราย ให้ข้อมูลว่าสังคมค่อนข้างยอมรับ เข้าใจ และให้กำลังใจกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย สำหรับบริบทจังหวัดสงขลาและขอนแก่น ในด้านขนาดของปัญหาใกล้เคียงกัน พิจารณาจากจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยในทะเบียน NAP Program อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาขาดการยอมรับ และในพื้นที่สงขลาจะมีปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่า รวมถึงปัญหาการเลือกปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุขต่อผู้ป่วย

### 1. การจัดระบบบริการของโรงพยาบาลตัวอย่าง

- จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ยาด่านไวรัสของจังหวัดเชียงรายสูงกว่าอีกสองจังหวัดอย่างชัดเจนไม่ว่าจะ





เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (สูงกว่าเท่าตัว) หรือโรงพยาบาลชุมชน (6-9 เท่า) ดังแสดงในตารางที่ 3 ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน NAP ของโรงพยาบาล ศูนย์อยู่ที่ 1-2 พันคน ในขณะที่ของโรงพยาบาลชุมชน มีตั้งแต่ต่ำกว่า 100 จนถึง 500-600 คน

**สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในทะเบียน NAP ที่เข้าเกณฑ์ได้ยาต้านไวรัสเอดส์** ของพื้นที่จังหวัดขอนแก่นและเชียงราย อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าร้อยละ 90 ในขณะที่สัดส่วนของผู้ที่ขึ้นทะเบียนและเข้าเกณฑ์รับยาของสงขลา อยู่ในระดับต่ำกว่า ประมาณร้อยละ 60 เท่านั้น (ภาพที่ 1) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยในพื้นที่เชียงรายและขอนแก่นกว่าจะมาตรวจก็มีอาการแล้วเนื่องจากเกือบทั้งหมดเข้าเกณฑ์ต้องได้รับยา ในขณะที่ผู้ติดเชื้อของสงขลาตรวจเร็วกว่า ทั้งนี้ **การเข้าถึงยาของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและเข้าเกณฑ์ต้องได้รับยาด้านไวรัสเอดส์** ได้รับยาเกือบทุกราย ยกเว้นโรงพยาบาล 11 (92) 22 (96) และ 23 (95)

เมื่อพิจารณา **อัตราการขาดยาและการดื้อยา** พบว่า ผู้ป่วยในจังหวัดสงขลามีอัตราสูงกว่าผู้ป่วยของอีกสองจังหวัด ประเด็นการขาดยาที่สูงของสงขลาอาจมาจากการย้ายที่อยู่ สันนิษฐานว่าผู้ป่วยในทะเบียนของสงขลาจำนวนไม่น้อย น่าจะเป็นกลุ่มประมงที่มีการเคลื่อนย้าย ในขณะที่อัตราการดื้อยาก็สูงกว่าที่อื่นๆเช่นกัน ทั้งนี้อัตราการดื้อยาที่สูงของพื้นที่จังหวัดสงขลา โดยเฉพาะของโรงพยาบาล 31 และ 33 น่าจะเกี่ยวข้องกับอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ต่ำกว่าที่อื่นๆ ไม่ว่าจะวัดด้วยวิธีนับเม็ดยา (Pill count) หรือให้รายงานเอง (Visual analog scale) (ตารางที่ 3)





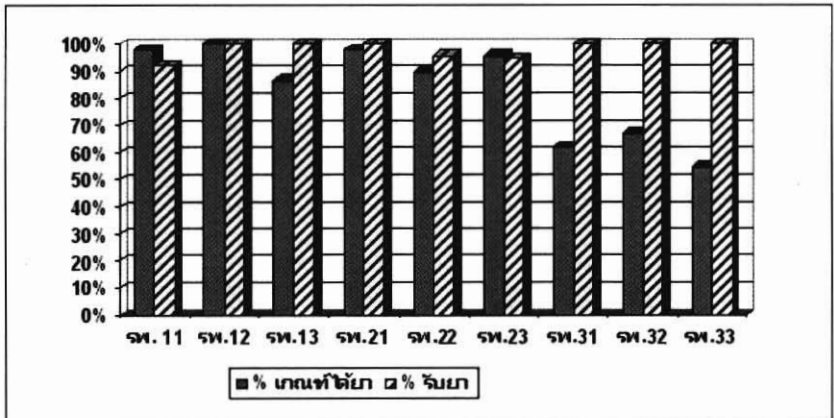
ตารางที่ 3 ข้อมูลการให้บริการ และการจัดบริการของโรงพยาบาลตัวอย่าง

บริบท	จังหวัดขอนแก่น			จังหวัดเชียงราย			จังหวัดสงขลา		
	ชุมชนยังคงมีการแบ่งแยก รังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย แม้จะดีกว่าเมื่อก่อนมาก			ชุมชนค่อนข้างเข้าใจ ยอมรับ และให้กำลังใจ โดยเฉพาะกับผู้ที่ทำประโยชน์ให้ส่วนรวม			ยังคงมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อแม่ในกลุ่มบุคลากร		
หน่วยบริการ	รพ. 11	รพ. 12	รพ. 13	รพ. 21	รพ. 22	รพ. 23	รพ. 31	รพ. 32	รพ. 33
จำนวนผู้ป่วย NAP program	1,228	75	47	2,259	687	401	1,339	101	106
จำนวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์รับยา	1,200 (98)	75 (100)	41 (87)	2,220 (98)	620 (90)	383 (96)	829 (62)	68 (67)	58 (55)
จำนวนผู้ป่วยรับยา	1,100 (92)	75 (100)	41 (100)	2,217 (99)	596 (96)	363 (95)	829 (100)	68 (100)	58 (100)
จำนวนผู้ป่วยขาดการรักษา	NA	NA	0	92 (4)	30 (5)	NA	21 (2.5)	9 (13.2)	25 (43)
จำนวนผู้ป่วยต้อยา	3 (0.3)	2 (2.7)	2 (4.9)	120 (5)	8 (1.4)	3 (0.8)	109 (13.2)	0	5 (8.6)
วันให้บริการยาต้านไวรัส	ทุกวันอังคาร เต็มวัน (8 คาบ/เดือน)	จันทร์ที่ 1, 2 ครึ่งเช้า (2 คาบ/เดือน)	อังคารที่ 1, 2, 3 เต็มวัน (6 คาบ/เดือน)	ป่วยจันทร์/ พุธ และวันพฤหัสบดี (12 คาบ/เดือน)	อังคารที่ 1, 2 (4 คาบ/เดือน)	จันทร์ที่ 1, ศุกร์ที่ 1, 2 ครั้งวัน (12 คาบ/เดือน)	ครึ่งวันจันทร์/ พุธ/ศุกร์ (12 คาบ/เดือน)	ทุกวันพฤหัสบดี (8 คาบ/เดือน)	ป่วยวันอังคาร (4 คาบ/เดือน)
สถานที่	แออัดไม่เป็นส่วนตัว แยกเป็นสองพื้นที่	อยู่ทางเดินระหว่างตึก ครึ่งหนึ่งญาติมารับ ยาแทน	มีอาคารแยกเฉพาะ แต่ยังไม่เบ็ดเสร็จ	เป็นสัดส่วนแยก เป็นสองจุด ไม่มี ปัญหาพบพยาบาล	เป็นสัดส่วน เฉพาะจุด คัดกรอง	<b>One-stop service เป็นสัดส่วน ไม่แออัด</b>	ไม่มีการแยกบริเวณ ปนกับผู้ป่วยกลุ่ม อื่นๆ แออัด	กึ่ง one-stop service ยกเว้น การตรวจเลือด	มีพื้นที่แยกเป็น สัดส่วนแต่ไม่ เบ็ดเสร็จ
ประเมิน adherence:	Pill count (PC)/ self-report (SR)	Self-report	Pill count/ self-report	Pill count/ self-report/visual analog scale	Pill count/ self-report/medi- cation reminder	Pill count/ visual analog scale	Self-report	Pill count/ self-report	Pill count/ self-report
% Adherence: PC (SR)	83 (41)	NA (53)	100 (59)	83 (56)	99 (66)	98 (55)	71 (32)	74 (62)	93 (27)
การติดตามผู้ป่วย	จนท./อาสาสมัคร	จนท./อาสาสมัคร	จนท./อาสาสมัคร	จนท./ อาสาสมัคร	จนท./ อาสาสมัคร	จนท./ อาสาสมัคร	จนท./ อาสาสมัคร	โทรศัพท์/ อาสาสมัคร	จนท./ อาสาสมัคร





ภาพที่ 1 ร้อยละผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเข้าเกณฑ์ได้รับยา และร้อยละตาม  
เกณฑ์ที่ได้รับยารายโรงพยาบาล



บริการที่จัดให้ตามชุดสิทธิประโยชน์ของโรงพยาบาลตัวอย่าง มีการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดทุกแห่ง ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด การให้บริการยาต้านไวรัส สำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การให้ยา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเคมีในเลือด CD4 ทุก 6 เดือน viral load ปีละครั้ง และการตรวจการดื้อยาในรายที่สงสัย และการแจกถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค

- **ความถี่ในการจัดบริการ** แตกต่างกันตามจำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่รับผิดชอบสูงจะมีความถี่







และเวลาในการให้บริการมากกว่า เช่น อาจจัดคลินิกเดือนละ 8 - 12 คาบ (คาบละ 3 ชั่วโมง) เช่น อาจจัดบริการอาทิตย์ละหนึ่งวันเต็ม หรืออาจจัดบริการอาทิตย์ละ 3 ครั้งๆ ละครึ่งวัน สำหรับโรงพยาบาลชุมชนตัวอย่าง จัดบริการตั้งแต่เดือนละ 2 - 12 คาบ เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วย และจำนวนเวลาให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนแล้ว แน่ใจว่าคลินิกให้ยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลจังหวัดจะแออัดมากกว่าของโรงพยาบาลชุมชน ขณะเดียวกันภาระงานของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงรายก็สูงกว่าอีกสองจังหวัด

**สภาพคลินิกที่ให้บริการ** เป็นอีกประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากโรคนี้ยังคงน่ากลัวและเป็นที่ยังเกรงใจจากสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ปลอดภัย ได้รับความมั่นใจว่าจะไม่ถูกเลือกปฏิบัติและรังเกียจจากผู้ป่วยอื่นๆ จึงควรต้องจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน อย่างไรก็ตามการสังเกตการให้บริการในโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง พบว่า มีเพียงแห่งเดียวที่มีการจัดบริการได้แบบ One-stop service จัดสถานที่เป็นสัดส่วน ไม่แออัด และให้บริการทุกอย่างเบ็ดเสร็จในที่เดียว คือโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนอื่นจัดได้เพียงในลักษณะ semi one-stop service เช่น ยังต้องมีการใช้บริการร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆ บางจุด เช่น ห้องตรวจของแพทย์ ห้องยา ห้องตรวจทางปฏิบัติการ เป็นต้น สำหรับสถานที่ให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์ฯ มีปัญหามากที่สุดทั้งในแง่ของจำนวนปริมาณผู้ป่วยต่อครั้งและข้อจำกัดของสถานที่





**การประเมินความสม่ำเสมอของการรับประทานยา** (Adherence) โรงพยาบาลทุกแห่ง รายงานว่ามีการประเมินความสม่ำเสมอของการรับประทานยาของผู้ป่วย ทั้งวิธีการนับเม็ดยา (Pill count) การให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกการกินยาเอง (Self-report) โดยใช้ Visual analog scale medical reminder card โดยอาจใช้เภสัชกร หรือพยาบาลเป็นผู้ประเมิน ซึ่งเป็นที่สังเกตว่าโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย จะมีวิธีการประเมินที่หลากหลายกว่าอีกสองจังหวัด ขณะเดียวกัน รพ. 31 และ รพ. 12 อาศัยวิธีการประเมินตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก

**การติดตามผู้ป่วย** ส่วนใหญ่เป็นการติดตามการรับประทานยาโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เป็นพยาบาล HIV coordinator และการติดตามเยี่ยมโดยกลุ่มอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ (ในรายที่เปิดเผยตัว)

**บทบาทอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอดส์** โรงพยาบาลทุกแห่งมีกลุ่มอาสาสมัครผู้ติดเชื้อมาช่วยแบ่งเบาภาระในการให้บริการของโรงพยาบาล และการให้คำแนะนำกับผู้ติดเชื้อด้วยกัน (สำหรับผู้ที่เปิดเผยตัวและเข้าร่วมกลุ่ม)





## 2. การดำเนินงานจัดบริการในพื้นที่

**บทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สาขาเขตพื้นที่เป็นผู้จัดการกองทุนเอตส์ มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบบริการยาต้านไวรัสเอตส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ 1) ประสานงานกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) สนับสนุนงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากรและการพัฒนาระบบบริการ และ 3) สนับสนุนยาต้านไวรัสเอตส์ 4) ติดตามกำกับการดำเนินงานการให้บริการยาต้านไวรัสเอตส์ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานการให้บริการยาต้านไวรัสเอตส์ อย่างไรก็ดีจุดเน้นหลักของ สปสช. คือ การให้บริการยาต้านไวรัสในกลุ่มที่เข้าหลักเกณฑ์การได้รับยา แต่ไม่สามารถทราบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอตส์ที่ต้องการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสจริงๆ มีจำนวนเท่าไร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทด้านนี้ด้อยลงมากเมื่อโครงการนี้ผ่องถ่ายไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขณะนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ประสานงานระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) สถานบริการและเครือข่ายผู้ติดเชื้อต่างจากอดีตตอนที่โครงการนี้อยู่ภายใต้การดูแลของกรมควบคุมโรคซึ่ง สสจ. จะมีบทบาทเหมือนเป็นผู้จัดการระดับจังหวัด ใน 3 จังหวัดมีเพียงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่ให้ข้อมูลว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมี 2 บทบาท บทบาทแรกทำหน้าที่ตามของส่วนราชการดูแลทุกอย่าง ตาม





ตัวชี้วัดที่กำหนดกับแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ บทบาทที่สองทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้อำนวยการ สปสช.สาขาจังหวัด มีหน้าที่คือการจัดการเกี่ยวกับงบประมาณ อำนาจความสะดวก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ อบรมเจ้าหน้าที่ และเป็นสถานที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ การที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) เป็นแหล่งฝึกอบรมให้เนื่องจากมีทีมเดิมที่ทำเรื่องนี้อยู่ก่อน ทั้งเภสัชกร และการทำ LAB pointer สำหรับอีกสองจังหวัดไม่ได้มีการกล่าวถึงบทบาทของ สคร.

**ระบบข้อมูล** ระบบข้อมูลใน NAP Program เป็นฐานข้อมูลหลักที่ใช้ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามก็ตัววัดจุดประสงค์หลักที่โรงพยาบาลใช้ คือ เพื่อบันทึกข้อมูลเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและยาเป็นหลักมากกว่าจะใช้ข้อมูลเพื่อมาปรับปรุงบริการของตนเอง โดยเจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณที่ได้จัดบริการไป เช่น การให้คำปรึกษา (VCT) การให้ยาต้านไวรัส การตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจ และจำนวนถุงยางอนามัยที่มีการจ่ายให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้พบปัญหาการบันทึกข้อมูลการเบิก-จ่ายยาในระบบ VMI ในทุกพื้นที่ กล่าวคือ โปรแกรม NAP ไม่สมบูรณ์ มี Error เช่น ผู้ป่วยไม่เคยเปลี่ยนสูตรยาเลยแต่ใน NAP program ระบุว่าผู้ป่วยเคยเปลี่ยนสูตรยา และสิทธิของผู้ป่วยเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) แต่ใน NAP program ขึ้นเป็นสิทธิประกันสังคม ทำให้เบิกยาและเบิกเงินไม่ได้ ประกอบกับต้องคีย์ข้อมูลที่มีรายละเอียดค่อนข้างมากโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รู้สึกว่าไม่ได้ทำเพื่อตอบสนองการใช้งานในโรงพยาบาล แต่เพื่อส่งให้ส่วนกลาง





### 3. การเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อที่ต้องได้รับยาต้านไวรัส

จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับก่อนการมีนโยบายให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้ออย่างถ้วนหน้าของรัฐบาล ก็ชัดเจนว่าการเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ดีขึ้นเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ติดเชื้อในชุมชนที่เข้าหลักเกณฑ์ควรได้ยาแต่ยังไม่ได้ยามีจำนวนเท่าไรนั้นไม่สามารถทราบได้ ทั้งนี้หากพิจารณาจากฐานข้อมูล NAP ของจังหวัดเชียงรายและขอนแก่น จะเห็นว่าสัดส่วนของผู้ที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาเทียบกับจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนอยู่ในระดับสูงกว่าร้อยละ 90 ในขณะที่ของจังหวัดสงขลา อยู่ที่ประมาณร้อยละ 60 แสดงว่าการเข้าสู่ระบบ NAP ของผู้ติดเชื้อในเชียงรายและขอนแก่นค่อนข้างช้า และส่วนใหญ่เข้ามาเมื่อมีอาการป่วยแล้ว ดังนั้นหากมีการรณรงค์ให้ผู้ติดเชื้อเข้ามาในระบบให้เร็วขึ้น น่าจะมีประโยชน์ต่อการดูแลและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ดีขึ้น

สิ่งที่ทราบได้คือจำนวนของผู้ติดเชื้อที่ขึ้นทะเบียน NAP (ได้เข้ามาสู่ระบบบริการและได้รับการตรวจเชื้อ HIV และระดับ CD4 เป็นระยะ) และเมื่อเข้าหลักเกณฑ์ต้องได้รับยา ( $CD4 < 200$  หรือมีการติดเชื้อฉวยโอกาส) แต่ยังไม่ได้รับยามีเท่าไร ซึ่งจากข้อมูลของ 3 จังหวัดบ่งชี้ว่า การเข้าถึงบริการในกลุ่มนี้ไม่ค่อยมีปัญหาเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ประเด็นที่น่าสนใจ คือยังคงมีบางส่วน แม้เป็นส่วนน้อยที่ยังไม่ได้รับยา แม้จะมีผลเลือดเข้าตามเกณฑ์





แม้จะมีการวางแผนการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์ ต้องได้รับยา แต่ยังไม่ได้รับยา เพื่อทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ไม่ได้รับยา แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มนี้ได้ เนื่องจากไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล จึงต้องดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัวเองแทน ซึ่งประเด็นหลักๆ พอสรุปได้ดังนี้

### 1. ปัจจัยด้านสังคม

การเป็นตราบาป (Stigma) สำหรับผู้ติดเชื้อ รวมถึงการรังเกียจของสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยไม่กล้าเปิดเผยตัว ขณะเดียวกันบางครอบครัวไม่ยอมให้เปิดเผยตัว เนื่องจากเกรงว่าสังคมจะรังเกียจไปถึงบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย ปัจจัยนี้มีการกล่าวถึงมาก และน่าจะมีอิทธิพลมากต่อการเข้ามาในระบบของผู้ติดเชื้อ และทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยไม่รับยาในสถานพยาบาลใกล้บ้าน ต้องไปรับยาที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลอื่นที่ไกลจากบ้านแทน ซึ่งจะเป็นปัญหาในการติดตามในกรณีที่ขาดยา

**ปัญหาจริยธรรมของผู้ติดเชื้อ** เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อบางรายไม่มารับบริการ เนื่องจากต้องการปกปิดข้อมูลของตนเองที่ติดเชื้อเอ็ดส์ เช่น กรณีผู้ติดเชื้อต้องการมีครอบครัวใหม่ ไม่ต้องการให้อีกฝ่ายทราบ ทำให้ไม่กล้ามารับบริการ





## 2. ปัจจัยส่วนบุคคล

เจตคติและความเชื่อของบุคคล เช่น ร่างกายแข็งแรงดีไม่มีอาการอะไร ไม่เชื่อว่าตนเองติดเชื้อ ไม่เชื่อว่ายาจะรักษาได้ หรือพยายามแสวงหาการรักษาทางอื่น เพราะไม่คิดว่ายาจะรักษาได้จริง เป็นต้น

## 3. ขาดปัจจัยที่จะเอื้อต่อการมารับบริการ

ความยากจนต้องทำงาน ขณะเดียวกันต้นทุนเสียโอกาสในการมารับบริการสูง อาศัยในพื้นที่ห่างไกลกันดาร เช่น บณูเขายากต่อการมารับบริการ

## 4. ปัจจัยเชิงระบบ

ปัจจัยเชิงระบบที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อ เช่น *การกำหนดสิทธิ* ในระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้กลุ่มไม่มีสัญชาติไทยไม่สามารถเข้าถึงบริการ รวมถึงกรณีแรงงานต่างด้าว (ซึ่งมีกลุ่ม NGO และ global fund รองรับในขณะนี้แต่ไม่ชัดเจนว่า เมื่อไม่มีแหล่งเงินจากภายนอกแล้วกลุ่มนี้จะเป็นอย่างไร) การมีหลักประกันสุขภาพหลายระบบแยกกัน ทำให้เมื่อเกิด *การเปลี่ยนแปลงสิทธิ* เช่น จากประกันสังคมมาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือกลับกันจะเกิดความไม่สะดวกในการรับบริการ เนื่องจากเสียเวลาในการรอเปลี่ยนฐานข้อมูลด้านสิทธิ นอกจากนั้น *สถานพยาบาลที่ไม่เป็นสัดส่วน* ทำให้ไม่มีความเป็นส่วนตัว น่าจะทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่อยากเปิดเผยตัวไม่สะดวกในการมารับบริการ





#### 4. ความต่อเนื่องในการรับประทานยา

ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบันต้องการความต่อเนื่องของการรับประทานยา (adherence) มากกว่า 95% จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการแบ่งตัวของเชื้อในระดับต่ำที่สุด และผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และลดโอกาสของการแพร่เชื้อต่อผู้อื่นได้ การกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมีความจำเป็นมาก ผู้ให้บริการจึงควรให้ความสำคัญและสนใจการติดตาม และส่งเสริมการรับประทานยาให้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งจะสามารถลดงบประมาณในการแก้ปัญหาการติดเชื้อเอดส์ในอนาคตได้อย่างมาก

โครงการนี้ศึกษาความต่อเนื่องของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลตัวอย่าง 9 แห่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพ โดยอาศัยวิธีการประเมิน 2 วิธีร่วมกัน ได้แก่ วิธีนับเม็ดยา (pill count) และการประเมินการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยตนเอง (self-report) ร่วมกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัส

ทั้งนี้วิธีการประเมินตนเองดำเนินได้ครบทุกราย แต่สำหรับการประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยานั้น มีบางโรงพยาบาลไม่สามารถประเมินได้เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ไม่มีเวลาที่จะดำเนินการ และบางโรงพยาบาลประเมินได้เพียงบางราย เนื่องจากการบันทึกข้อมูลในแฟ้ม







ประวัติไม่ครบถ้วน ขาดข้อมูลเรื่องของการจ่ายยาว่าแต่ละครั้งจ่ายเป็นจำนวนเท่าไรและ/หรือขาดข้อมูลส่วนของการนับเม็ดยาที่เหลือในแต่ละครั้ง ผลการประเมินพบว่า ความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จากการนับเม็ดยาสูงกว่าการประเมินด้วยตนเองในทุกโรงพยาบาล และมีค่าใกล้เคียงกันในทั้ง 3 จังหวัด คือกว่าร้อยละ 80 ของผู้รับประทานยามีค่า adherence มากกว่าร้อยละ 95

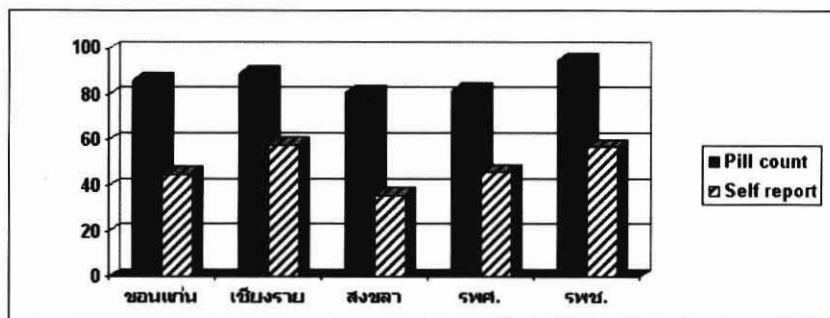
ผลการประเมินความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ด้วยวิธีประเมินตนเอง (Self report) ด้วย Visual Analog Scale พบว่าความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสมีค่ามากกว่าร้อยละ 95 ของทั้ง 3 จังหวัดอยู่ที่ประมาณ





ร้อยละ 40 ถึง 60 ทั้งนี้ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า วิธีการประเมินแบบใด นำเชื่อถือกว่ากัน อย่างไรก็ตามการประเมินด้วยตนเอง มีมิติเชิงคุณภาพเพิ่มขึ้น เช่น การทานยาตรงเวลา ดังนั้นจึงน่าเป็นสาเหตุให้ค่าที่ได้ต่ำกว่า การประเมินด้วยวิธีการนับเม็ดยา นอกจากนี้ข้อดีของวิธีการนี้ง่ายและไม่ต้องเสียเวลาและบุคลากรมานับเม็ดยา เพียงมีข้อแม้ว่าต้องตอบจากสิ่ง ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ไม่ได้ตอบเพื่อเป็นการปกป้องตนเองหรือเอาใจ เจ้าหน้าที่ ข้อดีอีกประการหนึ่ง คือเป็นการประเมินทั้ง 2 ด้าน ทั้ง ความครบถ้วนของจำนวนยาที่รับประทาน และเวลาที่รับประทานยาวอยู่ใน ช่วงที่กำหนดหรือไม่ทำให้การประเมินน่าจะใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติจริง

## ภาพที่ 2 ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์



**ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ** จากการ ทดสอบค่าทางสถิติจากข้อมูลจากแบบสำรวจ ทั้งนี้การวิเคราะห์หาความ สัมพันธ์ด้วยสมการถดถอยพหุ (multiple regression) ของปัจจัยต่างๆกับ





ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาด้วยวิธีนับเม็ดยา พบว่า  
ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยใดเลย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยนำ (เพศ อายุ สถานภาพ  
สมรส การศึกษา) ปัจจัยสนับสนุน (การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือน ระยะเวลา  
ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการ ค่าเดินทาง ความพึงพอใจในบริการ) แต่  
สำหรับวิธีประเมินตนเอง พบว่าอายุและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ  
มีผลต่อความสม่ำเสมอของการกินยา กล่าวคือ อายุที่มากขึ้นมีผลให้  
ความสม่ำเสมอของการรับประทานยาดีขึ้น ขณะเดียวกันความพึงพอใจที่  
มากขึ้น ก็มีเชิงบวกต่อความต่อเนื่องของการรับประทานยา

อย่างไรก็ดีเมื่อพิจารณาตามพื้นที่ศึกษา และประเภทของ  
โรงพยาบาลที่ให้การรักษา พบว่าจังหวัดสงขลามีความสม่ำเสมอของการ  
รับประทานยาค่อนข้างต่ำกว่าของอีกสองจังหวัด ไม่ว่าจะเป็นประเมินด้วยวิธีใด  
เช่นเดียวกัน ความสม่ำเสมอของการรับประทานยาของผู้ป่วยที่ใช้บริการ  
ที่โรงพยาบาลชุมชนก็สูงกว่าของโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 2 วิธี

ในมุมมองของผู้ที่รับยา จากการสนทนากลุ่มพบว่า เหตุผล  
สำคัญที่ผู้ป่วยรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องนั้นประกอบไป  
ด้วย 3 ส่วน

1) **ปัจจัยตัวผู้รับประทานยา** เกิดจากความคาดหวังผลของ  
ยาที่เกิดขึ้น โดยคิดว่ารับประทานยาแล้วจะมีผลดีต่อร่างกาย มีร่างกาย  
แข็งแรงทำงานได้เป็นปกติ มีชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบกับมีความรักและความ  
เอาใจใส่ต่อตนเองไม่อยากจะกลับไปป่วยอีก





2) **ปัจจัยระบบบริการ** เจ้าหน้าที่มีบทบาทสำคัญ สิ่งที่มีส่วนช่วยให้ adherence ของผู้ป่วยดีขึ้น คือการให้ข้อมูลถึงผลดีจากการรับประทานยา และผลเสียหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นอกจากนั้นการไม่ต้องเสียเงินซื้อยาด้านไวรัสรับประทานเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น

3) **ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** สิ่งที่จะทำให้ adherence ดีขึ้น ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว เช่น การได้รับกำลังใจจากลูก การเป็นห่วงบุคคลอื่นในครอบครัว ผลักดันให้ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัด และการได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมเครือข่ายทำให้เกิดการรับประทานยาด้านไวรัสสม่ำเสมอมากขึ้นเนื่องจากการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อจะได้รับความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยาด้านไวรัสเพิ่มขึ้น และมีการติดตามเรื่องการรับประทานยาด้านไวรัสจากคณะกรรมการของชมรม

ในมุมมองผู้มารับบริการนั้น **สาเหตุของการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่อง** ได้แก่ ผู้ป่วยมักลืมรับประทานยาเนื่องจากทำงานติดพันต่อเนื่อง มีความเชื่อที่ผิด เช่น ซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเอง มีสภาพจิตใจท้อแท้ ไม่สามารถยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ และผู้ป่วยบางรายยังตีมแอลกอฮอล์ และเมื่อเมาสุราแล้วส่งผลให้ลืมรับประทานยา





## 5. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการให้ยาต้านไวรัสเอดส์จากฐานข้อมูล NAP

การตรวจ CD4 กำหนดให้ต้องมีการตรวจทุกๆ 6 เดือน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลของพื้นที่สามจังหวัดจากฐานข้อมูล NAP พบว่า ร้อยละ 68 ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนที่จังหวัดเชียงรายที่มีผลการตรวจ CD4 ครบสองครั้ง ส่วนจังหวัดขอนแก่นและสงขลามีสัดส่วนร้อยละ 57 และ 45 ตามลำดับ (ตารางที่ 4) ทั้งนี้สัดส่วนผู้ป่วยที่รับยาและมีผล CD4 มากกว่า 500 cell/mm<sup>3</sup> ของผู้ป่วยนับจากวันแรกที่ขึ้นทะเบียนของทั้งสามจังหวัดมีค่าเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ กล่าวคือสัดส่วนของผู้ป่วยที่มารับยาครั้งแรกมีผล CD4 มากกว่า 500 ร้อยละ 23-26 และเพิ่มเป็นเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเมื่อมาตรวจครั้งที่ 5 ของทั้งสามจังหวัด

### ตารางที่ 4 ผลการตรวจ CD4 ของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยา จำแนก รายจังหวัด

จังหวัด	ร้อยละที่ตรวจ CD4 ครบสองครั้งในปี 2551	ร้อยละที่มีค่า CD4 มากกว่า 500*				
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
ขอนแก่น	57.07	25.77	31.45	37.48	42.54	48.45
เชียงราย	68.31	24.33	29.50	34.70	39.89	44.37
สงขลา	45.16	23.31	28.80	38.54	43.25	48.11

ที่มา : NAP Program

หมายเหตุ : \* ค่า CD4 ตามลำดับของการตรวจ นับจากวันขึ้นทะเบียนครั้งแรกของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ปี 2550 - 2552 ทั้งนี้ค่า CD4 ที่เกินกว่า 500 cell/mm<sup>3</sup> บ่งชี้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่ำในการเกิดโรคเอดส์หรือโรคแทรกซ้อนอื่นในสามปี





สำหรับการตรวจ Viral load พบว่า จากจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับยาทั้งหมด มีเพียงร้อยละ 45 - 54 ที่มีผลการตรวจ Viral load โดยประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีค่า Viral load ต่ำกว่า 5,000 copies/ml ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำและโรคจะยังไม่ลุกลามในช่วง 5 ปี โดยจังหวัดเชียงรายจะมีสัดส่วนสูงกว่าอีกสองจังหวัดเล็กน้อย (ตารางที่ 5) ส่วนจังหวัดสงขลาในปีที่สามจะมีสัดส่วนต่ำกว่าของอีกสองจังหวัด

**ตารางที่ 5 ผลการตรวจ Viral load ของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยา  
จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2551**

จังหวัด	ร้อยละที่มีการตรวจ viral load	ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า viral load ต่ำกว่า 5,000		
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
ขอนแก่น	54.23	92.48	92.87	92.65
เชียงราย	49.89	95.8	96.4	96.61
สงขลา	44.87	93.27	93.73	86.67

ที่มา : NAP Program

หมายเหตุ \* ค่า Viral load ตามลำดับของการตรวจ นับจากวันขึ้นทะเบียนครั้งแรกของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนระหว่างปี 2550 - 2552 ทั้งนี้ค่า Viral load ที่ต่ำกว่า 5,000 copies/ml บ่งชี้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่ำหรือโรคจะยังไม่ลุกลามในช่วงห้าปี





สำหรับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มา  
รับยาในสามจังหวัดมีภาวะดื้อยาร้อยละ 2.70 โดยภาคใต้ จังหวัดสงขลา  
มีภาวะดื้อยามากที่สุด ร้อยละ 4.10 และรองลงมาคือจังหวัดขอนแก่น  
ร้อยละ 2.80 และจังหวัดเชียงราย ร้อยละ 2.10 (ตารางที่ 6)

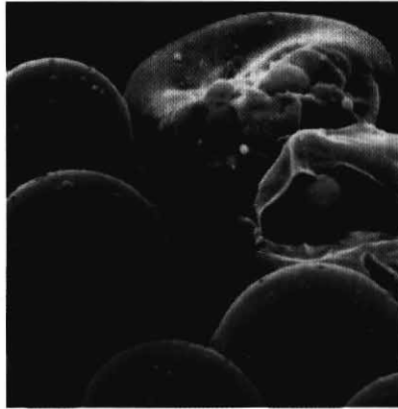
### ตารางที่ 6 จำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ภาวะดื้อยา การติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิตในปี 2551

จังหวัด	จำนวนรับยา ARV ปี 2551	มีภาวะดื้อยา		มีการติดเชื้อฉวยโอกาส		เสียชีวิต	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขอนแก่น	3,312	93	2.80	14	0.42	84	2.54
เชียงราย	6,153	132	2.10	15	0.24	153	2.49
สงขลา	2,466	102	4.10	14	0.57	76	3.08
รวมทั้งสิ้น	11,931	327	2.70	43	0.36	313	2.62

ที่มา : NAP Program

สำหรับการติดเชื้อฉวยโอกาสนั้น พบว่ามีโอกาสพบได้ไม่ถึง  
ร้อยละ 1 (แต่ในปี 2552 เพิ่มเป็นร้อยละ 1.4) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับยา  
ต้านไวรัสเอดส์ จังหวัดสงขลา ยังคงมีอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสสูงกว่า  
อีกสองจังหวัดคือ ร้อยละ 0.57 เทียบกับร้อยละ 0.42 และ 0.24 ของ  
จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดเชียงรายตามลำดับ (ตารางที่ 6) โดยวัณโรค  
ปอดยังคงเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อฉวยโอกาส ประมาณครึ่งหนึ่ง  
รองลงมาเป็นตุ่มพีพีอีและการติดเชื้อ cryptococcosis





สำหรับผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2552 พบได้เฉลี่ยร้อยละ 3 ของผู้ป่วย ภาวะไขมันน้อยพบมากที่สุด (ประมาณครึ่งหนึ่ง) รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง (หนึ่งในห้า) นอกนั้นยังมีภาวะโลหิตจาง ตับอักเสบ และอื่นๆ

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน NAP Program ในสามจังหวัด เท่ากับร้อยละ 2.6 โดยจังหวัดสงขลาคงมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าอีกสองจังหวัด ร้อยละ 3.08 เทียบกับร้อยละ 2.54 และ 2.49 ของจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดเชียงรายตามลำดับ





## 6. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากข้อมูลการสำรวจ (Primary Data)

ผลการศึกษาดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ซึ่งเป็นสิ่งที่จะบอกถึงขนาดของร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อกระบวนการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัส จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 823 ราย สามารถรวบรวมข้อมูล BMI ได้จำนวน 349 รายซึ่งมีค่าเฉลี่ย (SD) ของ BMI เท่ากับ 21.3 (3.2) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปกติ

ทั้งนี้พบผู้รับยาต้านไวรัสอยู่ประมาณร้อยละ 9.2 ที่มีประวัติการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และพบผู้ที่มีประวัติเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัส ร้อยละ 23.5 จากจำนวนอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ 799 ราย ข้อมูลในส่วนนี้ถือเป็นข้อมูลพื้นฐาน (base line) ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ยังต้องการการติดตามเพื่อศึกษาแนวโน้มของการเกิดซึ่งในขณะที่จัดทำรายงานผลการศึกษายู่ในระหว่างการติดตามข้อมูล

ระดับ CD4 ของผู้ที่รับยาต้านไวรัสถือว่าเป็นตัวชี้วัดทางสุขภาพที่สำคัญของผู้รับยาต้านไวรัส จำเป็นที่จะต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่าระดับ CD4 ที่ตรวจวัดครั้งล่าสุดจะมีค่าสูงกว่า CD4 ก่อนรับยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญ ( $p$ -value  $< 0.001$ ) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย (SD) ของ CD4 เมื่อตรวจครั้งล่าสุด และระดับ CD4 ก่อนรับยาต้านไวรัสเท่ากับ 400 (253.3) cell/microlitre และ 87 (93.3) cell/microlitre ตามลำดับ





จากการศึกษาพบว่าค่า median ของการเปลี่ยนแปลงของ CD4 เพิ่มขึ้นเท่ากับ 255 cell/microlitre พบว่าร้อยละ 50.3 มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้นต่ำกว่าค่า median การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4 (Change of CD4) ณ จุดตัดที่ 255 cell/microlitre เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี Multiple Logistic Regression พบว่า **เพศ** มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2.31 เท่า (Adjusted Odd Ratio (OR<sub>adj</sub>) = 2.31, 95%CI = 1.54, 3.47) **ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส** เพิ่มขึ้น 1 ปีจะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre ประมาณ 1.05 เท่า (OR<sub>adj</sub> =1.05,95%CI=1.04,1.06) ผู้รับประทานยาประเภท PIs จะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre ประมาณ 0.42 เท่าของยากลุ่ม NNRTIs (OR<sub>adj</sub> =0.42, 95%CI=0.22,0.80) **ผู้ไม่มีประวัติการเกิดอาการข้างเคียง** จากการใช้ยาต้านไวรัสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาจะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre ประมาณ 2.13 เท่าของผู้ที่มีการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (OR<sub>adj</sub> =2.13,95%CI=1.36,3.35) และ **ระดับของสถานบริการ** รพ.ชุมชนมีโอกาที่จะพบผู้ที่มีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre เป็น 1.59 เท่าของโรงพยาบาลศูนย์ (OR<sub>adj</sub> =1.59, 95%CI=1.03,2.46)





ในส่วนการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของ CD4 ณ จุด CD=0 พบว่า ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitre โดยระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น 1 ปีจะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitre ประมาณ 1.06 เท่า  $OR_{adj} = 1.06, 95\%CI = 1.03, 1.09$  ในส่วนของประเภทของยาต้านไวรัส นั้นพบว่า ผู้รับประทานยาประเภท PIs จะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitre ประมาณ 0.30 เท่าของยากลุ่ม NNRTIs ( $OR_{adj} = 0.30, 95\%CI = 0.09, 0.95$ ) และระดับของสถานบริการ พบว่า รพ.ชุมชน มีโอกาสที่จะพบผู้ที่มีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitre เป็น 3.44 เท่าของโรงพยาบาลศูนย์ ( $OR_{adj} = 3.44, 95\%CI = 1.13, 10.49$ )

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสนั้น พบว่าผู้ที่รับยานานกว่าจะมีโอกาสที่มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้น สำหรับประเภทของยาต้านไวรัสนั้น พบว่าผู้ที่ทานยาในกลุ่ม NNRTIs จะมีโอกาสที่มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้นมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม PIs และผู้ที่รับยาต้านไวรัสในสถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน จะมีโอกาสที่มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลศูนย์



“

ปัจจัยด้านระบบบริการ  
เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้  
ทั้งนี้จำเป็นต้องพัฒนา  
ทั้งระบบบริการในสถานพยาบาล  
ระบบข้อมูลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

”



## 7. สรุป

การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ดังจะเห็นจากจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนรับยาที่เพิ่มแบบทวีคูณ อย่างไรก็ตามก็ไม่สามารถทราบได้ว่าการเข้าถึงที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว ครอบคลุมผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อทุกรายที่พึงได้รับยาหรือไม่ เนื่องจากไม่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว สิ่งที่สามารถดูได้คือ จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่ขึ้นทะเบียนและเข้าเกณฑ์ได้รับยาได้รับยาจริงหรือไม่ ซึ่งข้อมูลจากการประเมินใน 3 จังหวัด พบว่าน่าจะยังคงมีปัญหาอยู่ โดยจะเห็นได้จากสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับยา เปรียบเทียบกับผู้ขึ้นทะเบียนทั้งหมด หากสัดส่วนดังกล่าวสูงขึ้น บ่งชี้ว่าการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยน่าจะยังมีความล่าช้าอยู่ กล่าวคือกว่าจะเข้ามาในระบบก็อาจมีอาการที่สงสัยแล้ว ปัจจัยด้านเจตคติของสังคมต่อผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อยังคงมีบทบาทสำคัญต่อการเข้ามาในระบบของผู้ติดเชื้อ ขณะเดียวกันระบบบริการของสถานพยาบาลก็อาจเป็นปัจจัยในการไม่เอื้ออำนวยต่อการเข้ามาในระบบบริการ

ความต่อเนื่องและสม่ำเสมอของการรับประทานยา มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพรวมถึงการดื้อยาของยารักษาโรคดังกล่าว ซึ่งจะมีผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งนี้ข้อมูลจากการประเมินระดับความสม่ำเสมอต่อเนื่องของการรับประทานยาของพื้นที่ทั้ง 3 จังหวัด อัตราความต่อเนื่องสม่ำเสมอที่ต่ำของพื้นที่จังหวัดสงขลาก็ส่งผลให้มีอัตราการ





ดูยาที่ค่อนข้างสูงของพื้นที่ดังกล่าวเมื่อเทียบกับพื้นที่อีก 2 จังหวัด

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องของการรับประทานยา ก็เกิดจากทั้งปัจจัยตัวผู้ป่วยเอง ระบบบริการ และเจตคติและการยอมรับของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้ปัจจัยที่ตัวผู้ป่วยและสังคมคงต้องใช้เวลา และกระบวนการในการปรับเปลี่ยนเจตคติ และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องดังกล่าว อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านระบบบริการ เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ ทั้งนี้จำเป็นต้องพัฒนาทั้งระบบบริการในสถานพยาบาล ระบบข้อมูล การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย รวมถึงระบบการกำกับติดตามประเมินระบบบริการอย่างเป็นระบบ

ระดับความต่อเนื่องและสม่ำเสมอของการรับประทานยาที่ต่ำของผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาลศูนย์ เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับระดับ CD4 ของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นต่ำกว่าของผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ปัจจัยกำหนดน่าจะเป็นเรื่องระบบบริการของโรงพยาบาลใหญ่ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากจนแออัด เกินศักยภาพของโรงพยาบาลที่จะรองรับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มารับยาที่โรงพยาบาลใหญ่ส่วนหนึ่ง เพราะไม่ยอมให้คนในชุมชนตนเองทราบ เลยไม่ไปรับยาที่หน่วยบริการใกล้บ้าน ทำให้ติดตามได้ยาก ดังนั้นในการแก้ปัญหาคงต้องพยายามให้มีการกระจายของผู้ป่วยให้ไปรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้าน เพื่อให้สามารถกำกับติดตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ





เนื่องจากโรคเอดส์ยังคงเป็นโรคที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นตราบาป ขณะเดียวกันสังคมก็ยังคงมีการรังเกียจ ดังนั้นการจัดสถานพยาบาลให้มีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจและรู้สึกปลอดภัย ไม่รู้สึกอึดอัดในการมารับบริการ เป็นสิ่งที่สถานพยาบาลทุกแห่งพึงต้องจัดให้ เพื่อไม่ให้ เป็นสิ่งกีดกั้นการเข้ามารับบริการในระบบของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ ข้อมูลจากการสังเกตพบว่า หน่วยบริการเกือบทุกแห่งยังไม่สามารถจัดสถานที่ให้ เป็นส่วนตัวแก่ผู้มารับบริการได้ ในโรงพยาบาลใหญ่ก็แออัดด้วยผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยอื่น ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนน่าจะ สามารถจัดสถานที่ให้เป็นส่วนตัวที่ดีกว่า แต่ก็พบว่ามีเพียงส่วนน้อย เท่านั้นที่สามารถดำเนินการได้

ระบบข้อมูล NAP program ที่ใช้ในโครงการมีเป้าประสงค์หลัก เพื่อการจ่ายและเรียกเก็บค่าบริการเป็นหลัก แรงจูงใจหลักของหน่วยบริการ ในการบันทึกข้อมูล คือเพื่อเบิกยาหรืองบประมาณจาก สปสช. มิได้นำมาใช้ในการติดตามประเมินระบบบริการของตนเอง จากการดึงข้อมูลใน NAP program มาใช้ พบว่าสามารถใช้ในการติดตามประเมินการจัดบริการ ของหน่วยบริการได้ระดับหนึ่ง ดังนั้นควรต้องให้ความสำคัญและพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรที่ดูแลระบบ NAP Program ให้สามารถใช้ข้อมูล เพื่อการพัฒนาและติดตามกำกับบริการของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

รูปแบบการจ่ายค่าบริการในลักษณะรายกิจกรรม อาจไม่ เหมาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มุ่งหวังผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี



“  
**อัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี  
จากการปฏิบัติงานของบุคลากร**

- อัตราเสี่ยงโดยเฉลี่ยเมื่อสัมผัสกับเลือดของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี โดยทะลุผิวหนังประมาณ 0.3%
- อัตราเสี่ยงโดยเฉลี่ย เมื่อสัมผัสกับเลือดของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี โดยผ่านเยื่อหูประมาณ 0.09%
- อัตราเสี่ยงโดยเฉลี่ยเมื่อสัมผัสกับเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผ่านผิวหนังที่มีความเสี่ยงประมาณน้อยกว่า 0.09%
- อัตราเสี่ยงติดเชื้อเมื่อสัมผัสเนื้อเยื่อหรือของเหลวจากร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่มีตัวเลขที่แน่นอน

“  
แหล่งข้อมูล : <http://dpc9.ddc.moph.go.th/napha9/sudya2.html>





ลดภาวะแทรกซ้อน และการติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากกระจายตามกิจกรรมทำให้สถานพยาบาลสนใจให้บริการเฉพาะรายการ มิได้มีการมองผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นรูปแบบการจ่าย ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น รูปแบบการจ่ายแบบบริหารโรคเฉพาะ (Disease management)

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นปัญหาสังคมที่ต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในการร่วมกันดำเนินการ ทั้งหน่วยราชการต่างๆ ท้องถิ่นและประชาชน โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมป้องกันการแพร่กระจายของโรค ในด้านการจัดบริการยาแก่ผู้ติดเชื้อเอง สปสช. สำนักงานสาขาเขต ก็มีได้มีกำลังคนเพียงพอที่จะพัฒนา และติดตามกำกับการจัดบริการของทุกสถานพยาบาลได้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่มีอยู่ในพื้นที่ในการดำเนินงาน โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต ดังนั้นการทำงานควรต้องมีส่วนร่วม ในลักษณะ strategic partnerships มากขึ้น

บทบาทของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ มีบทบาทสำคัญในการร่วมดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากต้องใช้ชีวิตที่หลีกเลี่ยงโรคดังกล่าว รวมทั้งเป็นผู้มีประสบการณ์จริงกับปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อจะประสบในสังคม ดังนั้นควรส่งเสริมบทบาทของกลุ่มดังกล่าว ในการให้คำปรึกษาที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง การให้กำลังใจ รวมถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้องไม่ไปแพร่เชื้อให้กับผู้อื่น





## 8. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. แม้จำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่ขึ้นทะเบียนรับยาจะเพิ่มจำนวนอย่างทวีคูณ อย่างไรก็ตามก็เกิดการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ยังน่าจะมีปัญหาอยู่ การสร้างความเข้าใจของสังคมและผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกต้องยังคงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม

2. พัฒนาสถานพยาบาลให้จัดบริการได้อย่างเป็นมิตรกับผู้ป่วย และเป็นสัดส่วนเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อสามารถเข้ามาใช้บริการได้อย่างไม่ต้องกังวล

3. พัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถบริการให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยนับวันจะสะสมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การจัดบริการในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งแออัดด้วยจำนวนผู้ป่วยทำให้การดูแลขาดประสิทธิภาพ ทั้งนี้การให้ยาแก่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาจากการรับประทานยาไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ในการให้บริการ ขณะเดียวกันก็ต้องพัฒนาระบบการส่งต่อ ให้มีประสิทธิผลเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย

4. พัฒนาโปรแกรมข้อมูลที่ใช้ให้เป็นมิตรกับผู้จัดบริการ และให้ตอบสนองต่อการนำมาใช้ในการพัฒนา และติดตามกำกับการจัดบริการ ขณะเดียวกันควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เป็น HIV coordinator และ





ผู้จัดการโครงการระดับจังหวัดและเขต ให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ  
การประเมินผลได้อย่างเป็นระบบ

5. ส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ ในการส่งเสริม  
สุขภาพ และป้องกันการแพร่กระจายโรคในกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์

6. ควรปรับวิธีการจ่ายค่าบริการแก่สถานพยาบาลจากการ  
จ่ายตามกิจกรรม เป็นการจ่ายเพื่อส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ  
ได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง เช่น การจ่ายรายป่วยและบริหารใน  
ลักษณะโรคเฉพาะ (Disease management)

7. เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน สปสช. และ  
สำนักงานสาขาเขต ควรดำเนินงานโครงการดังกล่าว ร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ  
โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันและ  
ควบคุมโรคเขต ในลักษณะ strategic partnership ขณะเดียวกันก็ต้อง  
ทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนในการควบคุมป้องกันโรคดังกล่าว เนื่องจากจะ  
สามารถลดปัญหาจากโรคดังกล่าวได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว





# הכשרות

ตารางที่ 1ผ. ผลการตรวจเลือด CD4 ก่อนและหลังรับยาค้านไวรัสเอดส์ ระหว่างปี 2550-2552 ภายใต้ NAP Program

ปี	จังหวัด	จำนวนคนที่รับยา	จำนวนผู้ที่ได้รับยา ARV	จำนวนที่ตรวจ CD4	ค่าCD4เฉลี่ยก่อนรับยา	ค่าCD4เฉลี่ยหลังรับยา	ร้อยละของค่าเปลี่ยนแปลง
2550	ขอนแก่น	257	0	6,541	393.16	386.92	-1.59
	เชียงใหม่	173	0	2,193	374.21	423.42	13.15
	สงขลา	124	9	1,227	400.65	420.45	4.94
2551	ขอนแก่น	523	5	10,220	400.17	422.50	5.58
	เชียงใหม่	383	14	5,253	371.80	399.13	7.35
	สงขลา	252	9	3,090	372.60	417.41	12.03
2552	ขอนแก่น	6,895	523	7,658	407.40	464.43	14.00
	เชียงใหม่	4,041	177	4,495	374.62	432.23	13.38
	สงขลา	2,982	297	3,021	391.27	458.67	17.23

ที่มา : วิเคราะห์จากฐานข้อมูล NAP Program สบสช.





**ตารางที่ 2 ผ. การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างปี 2550-2552 ภายใต้ NAP Program**

ปี	จังหวัด	จำนวนผู้รับยา	ภาวะแทรกซ้อนของผู้รับยาต้านไวรัสเอดส์					โค	อื่นๆ
			ไขมันน้อย	ไขมันในเลือดสูง	โลหิตจาง	ตับอักเสบ	ไต		
2550	ขอนแก่น	0	-	-	-	-	-	-	-
	เชียงราย	0	-	-	-	-	-	-	-
	สงขลา	9	4	3	1	-	-	-	1
2551	ขอนแก่น	5	1	-	-	2	-	-	2
	เชียงราย	14	3	3	1	2	-	-	5
	สงขลา	9	3	-	1	2	-	-	3
2552	ขอนแก่น	523	333	71	64	16	5	34	
	เชียงราย	177	58	88	18	5	2	6	
	สงขลา	297	172	66	9	6	5	39	

ที่มา : วิเคราะห์จากฐานข้อมูล NAP Program สปสช.



ตารางที่ 3 ผลการตรวจ Viral load ก่อนและหลังรับยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่าง  
ปี 2550-2552 ภายใต้ NAP Program

ปี	จังหวัด	จำนวนคนที่ รับยาที่ได้รับ	ค่า VI เฉลี่ย ก่อนรับยา	ค่า VI เฉลี่ย หลังรับยา	ร้อยละของ การเปลี่ยนแปลง
2550	ขอนแก่น	1,261	13,155.21	6,339.59	51.81
	เชียงใหม่	735	31,647.65	11,819.51	62.05
	สงขลา	352	30,203.04	33,613.61	-10.15
2551	ขอนแก่น	3,059	6,563.84	4,963.38	24.38
	เชียงใหม่	1,892	8,277.24	8,584.56	-3.58
	สงขลา	1,107	14,544.35	10,646.39	26.80
2552	ขอนแก่น	4,229	4,893.24	818.26	83.28
	เชียงใหม่	2,082	20,744.40	4,813.43	76.80
	สงขลา	1,479	2,724.38	6,227.61	-56.25

ที่มา : วิเคราะห์จากฐานข้อมูล NAP Program สปสช.





ตารางที่ 4 ผ. จำนวนของผู้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ที่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระหว่างปี 2550-2552 ภายใต้ NAP Program

ปี	จังหวัด	จำนวนผู้รับยา	ภาวะแทรกซ้อน							ปริมาณ	จำนวนที่เสียชีวิต	อื่นๆ
			candidiasis	coocul diodomycosis	cryptococcosis	โรคติดเชื้อ	ต่อมไทมัสอักเสบ	วัณโรค	ปอดบวม			
2550	ขอนแก่น	3	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1
	เชียงใหม่	9	1	1	2	-	-	-	2	-	2	1
	สงขลา	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
2551	ขอนแก่น	15	3	-	2	-	-	-	2	-	3	4
	เชียงใหม่	14	1	-	-	-	-	-	9	-	2	2
	สงขลา	14	-	-	-	-	1	-	3	-	2	6
2552	ขอนแก่น	33	2	-	1	-	-	-	20	-	2	8
	เชียงใหม่	99	-	-	13	3	3	1	74	-	1	5
	สงขลา	53	1	-	2	6	-	1	20	-	3	5

ที่มา : วิเคราะห์จากฐานข้อมูล NAP Program สป.สช.