

การพัฒนาระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลปรangkู่ อำเภอปรangkู่ จังหวัดศรีสะเกษ

Development of Care System to Enhance the Quality of Life of AIDS Patients at Prangku Hospital, Prangku District, Sisaket Province

ณัฐชยา ครองยุทธ¹, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์², ประวี อ่ำพันธ์³

Nutchaya Krongyut¹, Cheerasak Chareonpun², Pravi Amphant³

Received: 14 September 2014 ; Accepted: 21 December 2014

บทคัดย่อ

เอดส์ เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การพัฒนาระบบการดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลปรangkู่ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2556 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการ 10 คนและผู้ป่วยเอดส์ 30 คน รวม 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สทนากลุ่มสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสรุปเนื้อหาและ เชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired simples t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมดีขึ้น จากระดับไม่ดีเป็นระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตโดยรวมจากระดับปานกลางเป็นระดับดี ระบบการดูแล มีทีมสหวิชาชีพในการดูแล มีศูนย์การให้คำปรึกษา มีคู่มือการดูแลเฉพาะโรค มีการพัฒนางานเยี่ยมบ้านโดยผู้ป่วยเอดส์มีส่วนร่วม และจัดบริการแบบ One stop service ผู้ให้บริการ มีการปฏิบัติตามคู่มือและขั้นตอนการดูแลในหน่วยบริการ

โดยสรุป กระบวนการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน สร้างทัศนคติและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการจัดระบบการดูแล และมีปฏิบัติการดูแลที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ผ่านเกณฑ์คุณภาพในอนาคตได้

คำสำคัญ : ระบบการดูแล คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยเอดส์

Abstract

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a major public health problem that affects the quality of life. It is also a cause of illness and death, Development of a care system is necessary. This action research aimed to develop a care system to improve the quality of life for AIDS patients at Prang Ku Hospital, Sisaket province. The reseosch was conducted between January - April 2013. Ten providers and thirty AIDS patients, were selected purposively as samples. Data were collected by using a questionnaire, group discussions, in-depth interviews and QOL- BREF- THAI questionnaire .This research used a participatory process. The qualitative data were analyzed by using content analysis ,the quanlitative data were analyzed by using content analysis. The quantitative data were analyzed by using statistics; percentile, mean, standard deviation and Paired Samples t-test.

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

¹ Graduate students, Master Degree of Public Health, Public Health , Faculty of Public Health, Mahasarakham University

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University.

³ Provincial health Doctors, Srisaket

The study found that AIDS patients had a better quality of life in society. At the bad to moderate level. The overall quality of life improved from the moderate level to the good level. The care system had a multidisciplinary team of care, counseling center, a guide to specialized care, and home visit development. AIDS patients were involved. They provided a one stop service. The providers had to follow a guide and a care procedure in the care unit.

In conclusion, the key success factors of the care management process for AIDS patients included the assignment of main policy, setting positive attitudes and good relationships between service providers and patients, The participation of all parties in the care system and good care operating practices resulted in an improved quality of life of AIDS patients.

Keywords : Care System, quality of life, AIDS patients

บทนำ

โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immunodeficiency Syndrome-AIDS) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศ UNAIDS¹ คาดการณ์ว่า ในสิ้นปี 2555 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 34.2 ล้านคน สำหรับประเทศไทย สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข² คาดการณ์เมื่อ 30 กันยายน 2555 ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น 1.2 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อ 376,274 คนและคาดว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ 10,000 คน/ปี โรคเอดส์แม้มีแนวโน้มการเสียชีวิตลดลงเนื่องจากการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ เป็นการดูแลตามอาการและประคับประคอง เพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ซึ่งยังไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อมีการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ผู้ป่วยมักจะมีอาการลุกลามและรุนแรงขึ้น เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว จากแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559³ มีเป้าหมายสำคัญ คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตจากเอดส์ ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการบ่งชี้ว่ามีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม โดยตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการ 1 ใน 28 โรค ตามการจัดกลุ่มของ CDC⁴ คุณภาพชีวิต หมายถึงระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม⁵ ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจและจิตวิญญาณ⁶ โรงพยาบาลปรังค์กู มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามแนวทางของสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 ด้าน คือ 1)การให้การดูแลรักษา รวมยาต้านไวรัสเอดส์ 2)การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยและติดตามการรักษา 3)การให้บริการให้คำปรึกษา 4)การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จากรายงานประจำปี 2554⁷ พบว่า ความครอบคลุมการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยเอดส์เพียงร้อยละ 95 ผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสร้อยละ 84 ความครอบคลุมในการตรวจทางห้องปฏิบัติการร้อยละ 76.50 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์เพียงร้อยละ 58 จากการสำรวจ พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จะเข้ารับบริการดูแลรักษาที่ต่อเมื่อมีอาการรุนแรง ส่วนหนึ่งรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยกลัวสังคมรังแกว่าและรังเกียจ ครอบครัวไม่ยอมรับ มีปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลปรังค์กู อำเภอปรังค์กู จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยการประชุมทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยทบทวนบริบทการดูแล และกำหนดเป้าหมาย

ระยะที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วยเอดส์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระดมความคิด วิเคราะห์ และร่วมจัดทำแผนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 ปฏิบัติการตามแผน นำแผนกิจกรรมแนวทางการดูแลไปปฏิบัติ ดำเนินการเป็นวงจร คือ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกต สะท้อนการปฏิบัติ ปรับปรุงและพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล

ระยะที่ 4 ประเมินผล ประชุมกลุ่มย่อย (focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth-interview) กลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และประชุมสรุปเพื่อถอดบทเรียน

ประชากร คือ บุคลากรผู้ให้บริการและผู้ป่วยเอดส์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากระยะเวลาจำกัด และกำหนดคุณสมบัติ ด้านผู้ให้บริการ คัดเลือกเฉพาะผู้ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ตามสหวิชาชีพและเป็นตัวแทนหน่วยงานละ 1 คน ได้ 10 คน ด้านผู้ป่วยเอดส์ เฉพาะผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องไม่เจ็บป่วยและความสมัครใจจำนวน 30 คนรวม 40 คนพื้นที่โรงพยาบาลปรังค์กู่ อำเภอปรังค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาระหว่างเดือน มกราคม – เมษายน 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการ แบ่งเป็น 4 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ตอนที่ 3 การจัดระบบการดูแลของหน่วยบริการ ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเอดส์ แบ่งเป็น 4 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ความรู้ ตอนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ตอนที่ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วม

โดยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด/กลุ่ม ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ได้ความเชื่อมั่น > 0.75 แล้วนำมาใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF_THAI สถิติที่ใช้ เชิงปริมาณ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จาก การสังเกต การสนทนากลุ่มย่อย และสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์บริบทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 40 รองลงมา คืออายุ 30-39 ปี มีอายุเฉลี่ย 32.23 (S.D=7.88) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 70 ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 80 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ ร้อยละ 70 ได้รับข่าวสารด้านโรคเอดส์ จากวารสาร ร้อยละ 90 และจากเว็บไซต์ ร้อยละ 80 ตามลำดับ สำหรับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 การจัดระบบการดูแลของหน่วยบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90 ข้อเสนอแนะในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ คือ ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับ ควรปรับปรุงระบบการให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการเร็วขึ้น และจัดบริการแบบ One stop service

ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 50 รองลงมา คืออายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.33 มีอายุเฉลี่ย 41.53 ปี (S.D=8.89) สถานภาพหม้าย ร้อยละ 43.34 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 63.33 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,650 บาท (Median=2000±S.D) ระยะเวลาการป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 50 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นบิดา/มารดาและสามี/ภรรยา ร้อยละ 30 เท่ากัน รองลงมาคือพี่/น้อง/ญาติ ร้อยละ 26.67 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล น้อยกว่า 500 บาท ร้อยละ 90 ภาวะสุขภาพ แข็งแรง ร้อยละ 90

ด้านความรู้ ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำ (<ร้อยละ 60) ร้อยละ 60 ความรู้ระดับ ปานกลาง ร้อยละ 10 และระดับมาก ร้อยละ 30

ด้านการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยเอดส์มีการปฏิบัติตัวในระดับมาก คือ การดูแลสุขภาพทางกาย การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ระดับปานกลาง คือ การมาตรวจรักษาตามนัด และระดับน้อย คือ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการผ่อนคลายความเครียด

ด้านการมีส่วนร่วมต่อระบบการดูแล พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100

ด้านคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย จิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านสังคม อยู่ในระดับไม่ดี (คะแนน = 7)

1.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ในโรงพยาบาล ปรังค์กู

1) ระบบการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ การให้บริการมุ่งที่ผลการรักษา ยังขาดความเข้าใจถึงจิตใจผู้ป่วยเอ็ดส์ที่ลึกซึ้งและละเอียดอ่อน มีการละเมิดสิทธิและการให้บริการที่ล่าช้า ขาดการทบทวน กระบวนการดูแลทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรับบริการอย่าง เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย

2) ศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการยังไม่ครบถ้วนทุกมิติ ขาดความต่อเนื่อง เน้นการดูแลด้านร่างกายมากกว่า การให้คำปรึกษายังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหา ผู้ให้บริการขาดความรู้และมีจำนวนน้อย ไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน

3) ขาดคู่มือในการปฏิบัติงาน ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยเอ็ดส์ ยังไม่ได้รับการพัฒนา ขาดการส่งต่อข้อมูลและเชื่อมโยงเพื่อการให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ เหมาะสม

4) สถานที่ในการให้บริการ ถึงแม้จะจัดไว้เป็นอย่างดีเป็นส่วน แต่ผู้ป่วยเอ็ดส์ยังต้องไปรับบริการยังหน่วยบริการอื่น ๆ เช่น ห้องเจาะเลือด ห้องยา ยังไม่สามารถจัดบริการแบบจุดเดียวได้

5) ผู้ป่วยเอ็ดส์ ยังขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว การเข้าถึงระบบการดูแลล่าช้า มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ถูกละเมิดสิทธิและกีดกันการเข้ารับบริการ ไม่มีงานทำ สุขภาพอ่อนแอ ขาดผู้ดูแล บางรายถูกทอดทิ้ง ครอบครัวรังเกียจ มีปัญหาสุขภาพจิต มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเอ็ดส์ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย

1.3 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเอ็ดส์จากการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ผู้ป่วยเอ็ดส์ต้องการการปฏิบัติที่เสมอภาค เท่าเทียมสิทธิแห่งความเป็นมนุษย์ ต้องการคำแนะนำและให้กำลังใจ อยากให้สังคมยอมรับ และอยากมีรายได้เพื่อดูแลครอบครัว ดังคำกล่าวของ D002 “เวลาไปทำฟันคุณหมอบัดใจไว้หัวหลังสุดทั้ง ๆ ที่มาก่อน ต้องรอดอนป่วย”

2. ผลการพัฒนากระบวนการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอ็ดส์

หลังการพัฒนากระบวนการดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอ็ดส์ในโรงพยาบาลปรังค์กู โดยการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้ป่วยเอ็ดส์ เป็นระยะเวลา 4 เดือน (มกราคม- เมษายน 2556) พบว่า

1. มีการปรับปรุงการจัดบริการให้คำปรึกษา โดยมีศูนย์ (Centre) พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงานในการให้คำปรึกษา มีศูนย์ข้อมูลการให้บริการคำปรึกษา เพิ่มบริการในคลินิกโรคเอ็ดส์ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำอย่างเป็นองค์รวม เพิ่มกิจกรรมพบกลุ่มแกนนำผู้ป่วยเอ็ดส์ นำแบบประเมินความเครียดมาใช้ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อจัดกิจกรรมเสริมพลัง ส่งเสริมกำลังใจ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มผู้ป่วยเอ็ดส์

2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ ปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการในคลินิก เพิ่มกิจกรรมในการดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม กำหนดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและแกนนำผู้ป่วยเอ็ดส์ สนับสนุนกลุ่มแกนนำผู้ป่วยเอ็ดส์ ทั้งด้านงบประมาณ ความสะดวก การมีส่วนร่วมในระบบการดูแล และเสริมสร้างพลังใจในการดำรงชีวิต เพิ่มบุคลากรให้เพียงพอในวันคลินิก และประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานเพื่อให้บริการอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

3. จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงาน ปรับปรุงผังให้การดูแลในคลินิก กำหนดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีกิจกรรมพบกลุ่มแกนนำในวันคลินิก ให้คำปรึกษาเชิงลึก เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งเสริมกำลังใจ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต

4. ปรับปรุงและจัดทำ Flow chart การให้การดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ เพื่อสนองตอบต่อความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแล เพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว สอดคล้องสภาพปัญหา

5. ปรับปรุงโครงสร้างและจัดองค์กรในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ มีคณะกรรมการเอ็ดส์ระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ มีแพทย์รับผิดชอบเฉพาะ แกนนำผู้ป่วยเอ็ดส์ร่วมเป็นกรรมการ มีการจัดทำแผนงานประจำปีเพื่อพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผลเชิงปริมาณ

ด้านผู้ให้บริการ

1. คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์

Table 1 Comparison the average scores of service providers' participation (n=10)

The participation	n	Mean	S.D.	Result
Before	10	1.88	0.54	Medium
After	10	2.34	0.46	High

2. คะแนนเฉลี่ยการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์

Table 2 Comparison the average scores of service providers in Care System practice (n=10)

Care Services System	n	Mean	S.D.	Result
Before	10	2.15	0.5	Medium
After	10	2.40	0.38	High

ด้านผู้ป่วยเอดส์

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยเอดส์

Table 3 Comparison the average scores of AIDS patients' knowledge. (n=30)

Knowledge	Mean	S.D.	df	95%CI t	p-value
Before	7.66	3.02	29	9.01-6.64 -13.51	< 0.001*
After	15.50	1.30	29		

* Statistical significance at $p < 0.05$

4. คะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอดส์

Table 4 Comparison the average scores of AIDS patients' behavior. (n=30)

Behavior	Mean	S.D.	df	95%CI t	p-value
Before	2.68	0.29	29	0.202 - 0.055 -3.57	< 0.001*
After	2.80	0.37	29		

* Statistical significance at $P < 0.05$

5. คะแนนเฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเอดส์

Table 5 Comparison the average scores of AIDS patients' participation. (n=30)

	Mean	S.D.	df	95%CI t	p-value
Before	1.46	0.34	29	0.847 - 0.599 -11.97	< 0.001*
After	2.18	0.31	29		

* Statistical significance at $P < 0.05$

6. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์

Table 6 Comparison the average score of quality of life in AIDS Patients. (n=30)

Quality of life	Mean	S.D.	df	95%CI t	p-value
Before	2.73	0.33	29	0.937 - 0.704 -14.43	< 0.001*
After	3.55	0.40	29		

* Statistical significance at P < 0.05

7. ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ (รายด้าน)

Table 7 The scores of AIDS Patients' quality of life before and after the Development of Care System (each part)

Quality of life	before		After	
	score	Result	Score	result
Physical Health	18	medium	21.50	medium
Mental Health	15	medium	17.50	medium
Social	7	low (bad)	9.60	medium
Environmental	20	medium	28.73	medium
Overall quality of life	95	medium	114	high (good)

จากการสรุปและถอดบทเรียน พบปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินการ ดังภาพประกอบ 1 (Figure 1) ดังนี้

1. นโยบาย (Policy) ผู้บริหารให้ความสำคัญในการตอบสนองต่อนโยบาย กำหนดนโยบายการจัดระบบการดูแลสนับสนุนการพัฒนา งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และให้คำปรึกษา อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ดังคำพูดของ แพทย์ผู้ดูแลที่ว่า “ผู้ป่วยมาแล้ว ก็ควรให้ได้รับยาไป ดีแล้วที่เคามา ดีกว่าเคาขาดยา และไม่มียากิน” “เรามีหน้าที่ให้เค้าได้รับยาเร็วที่สุด เค้าจะได้ไม่ป่วย”

2. สัมพันธภาพ (Relationship) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการจัดระบบการดูแล ระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วยเอดส์ จัดสถานที่ในการให้บริการอย่างเป็นสัดส่วน สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มแกนนำผู้ป่วยเอดส์ มอบหมายบทบาทหน้าที่ให้แกนนำเป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแล ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า “กลุ่มแกนนำเค้าไปเยี่ยมผู้ป่วย ๆ บอกว่าให้กลุ่มรับยาแทนให้ด้วย”

3. ทศนคติและความตั้งใจ (Attitude/Attention) การมีทัศนคติและความตั้งใจที่ดี ของผู้ให้บริการในการจัดระบบ

การดูแล มีการทบทวนกระบวนการ ปรับปรุงแนวทาง รวมทั้งความร่วมมือกับผู้ป่วยเอดส์ พัฒนาระบบการดูแล มีการส่งเสริมกำลังใจให้กลุ่มแกนนำ ผู้ป่วยเอดส์ โดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ

4. เครือข่าย (Network) การมีเครือข่ายการดูแลร่วมกันของผู้ให้บริการ และ ผู้ป่วยเอดส์ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ ร่วมกัน กลุ่มแกนนำผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการดูแลร่วมกัน สนับสนุนการทำกิจกรรมของกลุ่มแกนนำผู้ป่วยเอดส์ ดังคำพูดของกลุ่มแกนนำ ที่ว่า “คนไข้รหัส D006 ลงเยี่ยมบ้านแล้ว เค้าบอกไม่พร้อมจะกินยาต้านไวรัส เอดส์ ตามคำแนะนำ”

5. การปฏิบัติที่ดี (Good practice) ผู้ให้บริการและผู้ป่วยเอดส์ มีการปฏิบัติการทำงาน ร่วมวางแผน สร้างแนวทางปรับปรุงระบบการดูแล ตามสิทธิประโยชน์ และ ตามมาตรฐานการดูแลรักษา มีผลการปฏิบัติงานที่ดี และนำมาพัฒนาเป็นผลงานวิชาการ ส่งเข้าประกวดระดับกระทรวง ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพที่ว่า “ผลงาน CQI ที่นำไปเสนอที่กระทรวง ได้รางวัลพร้อมใบเกียรติบัตร”

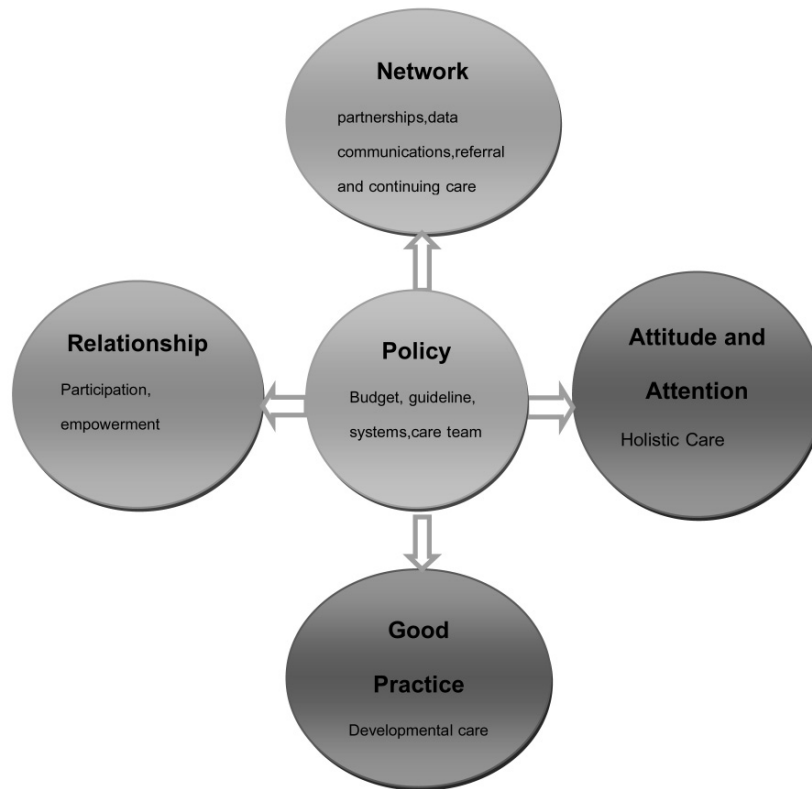


Figure 1 Development of care system to enhance the quality of life of Aids patients model at Prangku Hospital, Prangku District, Sisaket Province

วิจารณ์และสรุปผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ ที่รับบริการในโรงพยาบาลปรังค์กู จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ทุกคนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ มีสภาวะการเจ็บป่วยและติดเชื้อโรคอื่น ๆ ง่าย ทำให้สภาพจิตใจมีความวิตกกังวล มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง รู้สึกด้อยค่า หลีกหนีสังคมแยกตัวเอง ซึ่งส่งผลต่อสภาวะจิตใจ⁹

ด้านระบบการดูแล ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการมีการปฏิบัติดูแลตามแนวทาง มีการให้คำแนะนำการให้คำปรึกษา เฉพาะกลุ่ม เพื่อสนองต่อการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มีการจัดกิจกรรมตรวจวินิจฉัยตามเกณฑ์ การให้คำแนะนำการรับประทานยา โดยจะพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพกาย การรับประทานยา และการออกกำลังกาย อยู่ที่ระดับมาก แต่กิจกรรมการที่มีการให้บริการน้อย คือ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การดูแลเรื่องโภชนาการ การใช้สมุนไพร การทำสมาธิ⁹

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ทำให้มีการทำงานอย่างมีเป้าหมาย มีการทบทวน วิเคราะห์ และวางแผนร่วมกัน หน่วยมีส่วนร่วมในการวางระบบ มีทีมสหวิชาชีพ มีเครือข่ายความร่วมมือ คือ ผู้ให้บริการและผู้ป่วยเอดส์ มีการทบทวนแนวทาง และวางแผนทางปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการที่ครบถ้วน ถูกต้องตามเกณฑ์ตามมาตรฐานสิทธิประโยชน์ ได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ การดูแลตามมาตรฐาน ส่งเสริมกำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกผู้ป่วย กล้าเผชิญการเจ็บป่วยและลดภาระทางสังคม สามารถทำงานได้ มีสภาพคุณภาพชีวิตด้านสังคม ดีขึ้น จากระดับไม่ดี เป็นระดับปานกลาง¹⁰

การพัฒนาด้านความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม ในการจัดระบบบริการ ทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดทักษะการปฏิบัติ ผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา จากผู้ให้คำปรึกษาตั้งแต่เริ่มเข้ารับบริการและระหว่างการรับบริการแต่ละครั้งและพบแกนนำผู้ติดเชื้อ มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม จัดการอบรมให้ความรู้ มีการติดตามประเมินการรักษา แจ้งผลเลือดทราบสถานะทางสุขภาพเป็นระยะ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ ดี¹¹

การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอ็ดส์ โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเอ็ดส์ และการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มย่อย การใช้กระบวนการสะท้อนคิดและการเสริมพลังอำนาจ ทำให้ผู้ป่วยเอ็ดส์ได้รับรู้ตนเอง ผลกระทบจากการไม่เปิดเผยตนเองต่อชุมชน การหลบหนีสังคม การถูกตีตราจากสังคม และการมีรายได้น้อย มีผลต่อคุณภาพชีวิต หากมีการจัดระบบบริการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมทั้งระบบ ทำให้ผู้ป่วยโรคเอ็ดส์รู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹²

การนำกระบวนการเสริมพลังอำนาจ มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเอ็ดส์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยเอ็ดส์ ทั้งด้านจิตวิญญาณ คือการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และด้านจิตวิสัย คือ มีความมั่นใจในตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ มีความพึงพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และยอมรับกับความเป็นจริง จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอ็ดส์ดีขึ้น¹³

ระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ จำเป็นจะต้องมีความร่วมมือระหว่างสถานบริการ ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย การสร้างการยอมรับและการประสานความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข แกนนำกลุ่มผู้ป่วยเอ็ดส์ สร้างสัมพันธภาพและ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดการรังเกียจ การปรับทัศนคติที่ดี การจัดโครงสร้างองค์กรที่รองรับการดำเนินงานบริการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ โดยการร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนการพัฒนาการดำเนินการการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา แนวทางแก้ไข และร่วมมือกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาความสามารถการให้บริการ มีการพัฒนาองค์ความรู้ มีการจัดตั้งคณะกรรมการเอ็ดส์ของโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาบริการอย่างเป็นรูปธรรม¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบาย ผู้บริหาร ควรกำหนดนโยบายในการจัดการบริการในกลุ่มผู้ป่วยเอ็ดส์ กำหนดระบบการจัดการดูแลให้ครอบคลุม 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย ควรมีการคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาสให้ครอบคลุม ด้านจิตใจ การให้บริการคำปรึกษาอย่างเข้าถึง ลึกซึ่งถึงปัญหาอย่างรอบด้าน จัดบริการให้คำปรึกษาอย่างครอบคลุมบริการในหน่วยงาน ด้านสังคม และเศรษฐกิจ มีการประเมินความจำเป็นและความต้องการการช่วยเหลือทั้งทางสังคม และรายได้ ปัญหาการถูกกีดกันสิทธิ์ หรือความไม่เท่าเทียม หรือการถูกสังคมรังเกียจ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการทำงานควรเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และควรมีคณะกรรมการดูแล

สุขภาพและจัดระบบบริการอย่างชัดเจน รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ทำหน้าที่ในการให้บริการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ ให้ได้รับความรู้ด้านต่าง ๆ อยู่เสมอ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ ที่มีคุณภาพที่ดีต่อไป

2. เชิงวิชาการ

2.1 ผู้รับบริการ ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งเสริมให้มีความรู้ มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการอย่างเป็นระบบ มีการจัดกลุ่มเครือข่ายในการช่วยการดูแลสุขภาพในกลุ่มสมาชิก มีการดูแลอย่างครอบคลุมในพื้นที่ จะทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนได้

2.2 การพัฒนาแกนนำผู้ป่วยเอ็ดส์ที่เป็นอาสาสมัคร สำหรับให้คำปรึกษา ควรมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เกิดการยอมรับผู้ป่วยเอ็ดส์ในระดับโรงพยาบาลและขยายสู่ในชุมชน

2.3 ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและแกนนำผู้ป่วยเอ็ดส์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การจัดการระบบการดูแลมีคุณภาพดีขึ้นและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอ็ดส์

3. เชิงการจัดการ

3.1 หน่วยบริการ ที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบการดูแล ควรมีการใช้แนวทาง หรือ คู่มือเป็นเกณฑ์ในการจัดระบบบริการ ให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอ็ดส์ รวมทั้งเชื่อมโยงให้ครอบคลุมสู่ระดับเครือข่าย มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 บุคลากรสุขภาพควรคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ส่งเสริมพลังอำนาจ โดยการให้กำลังใจ คอยแนะนำให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเอ็ดส์เกิดความเข้มแข็ง มีความมั่นใจในการเข้ารับการรักษาพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยเอ็ดส์ สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

4. การนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ คือ

4.1 เป็นคู่มือ และแนวทาง ในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอ็ดส์

4.2 ผู้ปฏิบัติ สามารถนำไปใช้ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอ็ดส์

4.3 หน่วยงานอื่น สามารถนำไปใช้ ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ คือ ระยะเวลา และกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงควรมีการพัฒนาต่อไปเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่มีคุณภาพ โดย

1. ควรศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอ็ดส์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอ็ดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง
2. ควรศึกษาหารูปแบบ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอ็ดส์
3. ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้ป่วยเอ็ดส์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้ทุนอุดหนุนการดำเนินการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางค์กู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างภายในโรงพยาบาล ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการดำเนินการวิจัย และขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้คำชี้แนะในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation Program on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS epidemic update [online]. Available from : http://www.unaids.org/en/Knowledge_Centre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp. Assessed June 12, 2013.
2. สำนักวิชาพยาบาล กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลระบาดวิทยาประจำปี 2555 [online] ได้จาก : <http://www.boe.moph.go.th>. [สืบค้นเมื่อ April 5, 2013.
3. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
4. ประพันธ์ ภานุภาค. โรคเอ็ดส์และการดำเนินโรค.เอกสารอัดสำเนาประกอบการอบรมการพัฒนากระบวนการพยาบาล การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ สภาวิชาชีพพยาบาล. กรุงเทพฯ: สภาวิชาชีพพยาบาล ; 2549.
5. สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ.เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด.วารสารกรมสุขภาพจิต. 2551; 5 : 4-15.
6. ผาสุก ลัมรัตนพิมพ์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.
7. งานควบคุมป้องกันโรคเอ็ดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. สรุปผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเอ็ดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. 2554.
8. นิชกมล เปียอยู่. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลท่าม่วง อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขา ยุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี. 2549.
9. สาโรจน์ โพธิ์ชิต. คุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอ็ดส์ด้วยโปรแกรม HIVQAUL-T ในโรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ปีงบประมาณ2549-2553 วารสารโรคเอ็ดส์ 2554:23(3) : 150-156.
10. บุษยา จันทรสุกกรี. การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์.วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2545.
11. ทะนงศรี ภูริศรี. ความหวัง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.2551.
12. กัลยา แซ่ชิต,กิตติกร นิลมานัด. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอ็ดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลสงขลา.วารสารโรคเอ็ดส์ 2552; 22 (1) : 22-30.
13. กิตติยาภรณ์ โชคสวัสดิ์ภิญโญ. การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2554; 16(4):416-427.
14. สุวรรณ บุญยะสีพรรณ และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์อย่างครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (โครงการวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น). 2547.