ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
(ตำแหน่งประเภททั่วไป)

ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ 7ว

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
   เรื่อง บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในการติดตามผู้ป่วยคลินิกตะวันใหม่ โรงพยาบาลตากสิน ที่ขาดนัดการรักษาเพื่อการรักษาต่อเนื่อง
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
   เรื่อง โครงการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี และส่งเสริมการเปิดเผยผลเลือดแก่สามี

เสนอโดย

นางสาวลลิดา เกษา
ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ 6ว
(ตำแหน่งเลขที่ รพต.720)
กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานอนามัยชุมชน
โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์

บรรณานุกรม

กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. “สรุปจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2527 – มิถุนายน 2551).” <http : // www.bangkok.go.th/aids> , 2551.

เกสร เหล่าอรรคะ. “การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วีและครอบครัว.” <http : // www.aidskku. ac.th>, 2550.

เชิดเกียรติ แกล้วกสิกิจ. “ข้อบ่งชี้การเริ่มยาและสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ผู้ใหญ่และเด็ก.” < http : // www. PiPHAT Thaihp.org>, 2551.

งานระบาดวิทยาและควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. “การดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอช ไอ วี แนวทางปี 2548.” < http : // www.sk_hospital.com>, 2548.

รังสิมา โล่ห์เลขา. “ความสำคัญของการป้องกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี (Prevention with Positives) และรูปแบบการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีที่ทำในโรงพยาบาล.” <http : // www.aidsthai.org>, 2551.

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. “การสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์.” ใน **สรุปบทเรียน การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์**, หน้า 9. รวบรวมและจัดพิมพ์โดย คณะทำงานโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ปีงบประมาณ 2547. กรุงเทพมหานคร : บริษัทเรดิเอชั่น จำกัด, 2551.

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรรณพ หิรัญดิษฐ์. “ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส.” ใน **แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง**, หน้า 13 – 15. รวบรวมและจัดพิมพ์โดย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : บริษัทเรดิเอชั่น จำกัด, 2551.

สภากาชาดไทย. “การให้คำปรึกษาเรื่องการเปิดเผยผลเลือด.” <http : // www.trcarc.org>, 2551.

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในการติดตามผู้ป่วยคลินิกตะวันใหม่ โรงพยาบาลตากสิน ที่ขาดนัดการรักษาเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มกราคม พ.ศ.2550 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2550

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ปัจจุบันปัญหาโรคเอดส์ได้คร่าชีวิตคนทั่วโลกไปเป็นจำนวนมาก ทำให้มนุษยชาติต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีค่าและเศรษฐกิจของประเทศไป ซึ่งกองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (http : // www.bangkok.go.th/aids : 2551) ได้รายงานว่าปัจจุบันยังคงพบผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์จำนวน 240,756 ราย (นับถึงมิถุนายน 2551) ทั้ง ๆ ที่โรคเอดส์เป็นโรคที่ติดต่อกันได้เพียง 3 ทาง ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ติดเชื้อ การรับเชื้อทางเลือด และทารกติดเชื้อจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วีเท่านั้น แต่ทุกวันนี้ยังคงพบว่าสถิติผู้ติดเชื้อรายใหม่ยังคงสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะความประมาทในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อเอช ไอ วีเพิ่มอยู่เสมอ ซึ่งผลกระทบของโรคเอดส์มิได้ส่งผลเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ส่งผลไปถึงครอบครัวของผู้ป่วย สังคม และเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย เพราะรัฐจำเป็นต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมหาศาลในการรณรงค์ป้องกันปัญหาโรคเอดส์ และมีนโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยเอดส์

นับตั้งแต่ภาครัฐมีนโยบายระดับชาติในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV) แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในปี 2546 ได้เปลี่ยนมุมมองในการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยจากเดิมที่เคยเป็นโรคเฉียบพลันรุนแรงรักษาไม่ได้ให้กลายเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถให้การรักษาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในทำนองเดียวกับการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ส่งผลต่อการจัดตั้งระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ตามสถานพยาบาลต่าง ๆ โรงพยาบาลตากสินเป็นหนึ่งในสองแห่งโรงพยาบาลนำร่องของสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้จัดตั้งโครงการคลินิกพิเศษเพื่อให้การป้องกัน ดูแล และรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบครบวงจร (คลินิกตะวันใหม่) ขึ้นในปีดังกล่าว โดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ส่งผลให้นับตั้งแต่เริ่มก่อตั้งคลินิกตะวันใหม่มีผู้ป่วยและญาติให้ความสนใจและตัดสินใจเข้าสู่ระบบการรักษาเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน (นับถึงธันวาคม 2550) มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษารวมทั้งสิ้น 1,336 ราย

กลุ่มเป้าหมายของโครงการคลินิกพิเศษเพื่อให้การป้องกัน ดูแล และรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบครบวงจร (คลินิกตะวันใหม่) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่จำเป็นต้องรับยาต้านไวรัสเอดส์ ประกอบไปด้วย

1.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะของโรคระยะที่ 1 เรียกว่า ระยะไม่ปรากฏอาการ (Non Symptomatic Stage) หรือเรียกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เพราะผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการของโรคแทรกซ้อน เนื่องจากระดับภูมิต้านทาน (CD4) ของผู้ติดเชื้อยังมีจำนวนที่สูงอยู่

1.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะของโรคระยะที่ 2 เรียกว่า ระยะที่เริ่มมีอาการ หรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (Symtomatic HIV Infection) เป็นระยะที่คนไข้เริ่มมีอาการโรคแทรกซ้อน แต่อาการนั้นยังไม่มากถึงกับจะเรียกว่าเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ระดับภูมิต้านทาน (CD4) ยังอยู่ในระดับที่สูงอยู่คือ มากกว่า 200 เซลล์ / ลบ.มม. วิธีการรักษาของกลุ่มผู้ป่วยระยะที่ 1 และ 2 จึงเน้นการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI) ติดตามอาการและตรวจระดับ CD4 ทุก 6 เดือน เน้นให้สุขศึกษาและแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การเปลี่ยนพฤติกรรมไม่แพร่และรับเชื้อเพิ่ม ให้ความสำคัญต่อการเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการลดระดับของภูมิต้านทาน (CD4)

2. ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ของคลินิกตะวันใหม่ (นับถึง 31 ธันวาคม 2550 มียอดรวมทั้งสิ้น 1,054 ราย) โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการรับยาต้านไวรัสเอดส์ ดังนี้ (เชิดเกียรติ แกล้วกสิกิจ , www . PiPHAT Thaihp . org : 2551)

2.1 ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ เนื่องจากมีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ (AIDS Definition Illness)

2.2 ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ร่วมกับมีค่า CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 250 เซลล์ / ลบ.มม.

(1) เชื้อราในปาก

(2) ตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ (Proritic Popular Eroptions : PPE)

(3) ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุนานกว่า 1 เดือน

(4) อุจจาระเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุนานเกิน 14 วัน

(5) น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ในเวลา 3 เดือน

2.3 ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ไม่มีอาการแต่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ / ลบ.มม.

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

วันทนา มณีศรีวงศ์กูล (2551 : 9) อธิบายว่า ปัจจุบันมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โดยใช้ยาสามชนิดพร้อมกัน (Triple Therapy) ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น สามารถลดจำนวนเชื้อไวรัสเอช ไอ วีในเลือด ช่วยให้มีภูมิคุ้มกันดีขึ้นได้ แต่เนื่องจากยาต้านไวรัสเอดส์ส่วนใหญ่ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีค่าครึ่งชีวิต (Half Life) สั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นการรักษาระยะยาวเพื่อให้จำนวนเชื้อไวรัสเอช ไอ วี ในร่างกายอยู่ในปริมาณที่ต่ำมากที่สุด และต่ำในระยะเวลานานที่สุดช่วย

ให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันดีขึ้นเป็นระยะเวลานาน (มีจำนวน CD4 เพิ่มขึ้น) และเพื่อไม่ให้เชื้อไวรัสเอช ไอ วี เกิดการดื้อยาผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) (อ้างถึงใน วันทนา มณีศรีวงศ์กูล และอรรณพ หิรัญดิษฐ์ , 2551 : 13 - 15) ได้นิยามความหมายของ Adherence คือ พฤติกรรมความร่วมมือร่วมใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ (ตามคำแนะนำ) อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการรับประทานยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องเกิดขึ้นจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา ซึ่งวิธีการเพื่อบรรลุผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์คือ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Good Adherence) เพราะการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาระยะยาว เพื่อลดจำนวนเชื้อ เอช ไอ วี ในร่างกายให้อยู่ในปริมาณที่ต่ำมากที่สุด (มีระดับ HIV – RNA < 50 copies / ml) และนานที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น (มีจำนวน CD4 เพิ่มขึ้น) สามารถชะลอการดำเนินของโรคและลดอัตราการตายจากโรคเอดส์ได้ ในการรักษาที่สามารถลดปริมาณเชื้อเอช ไอ วี ให้ลดต่ำลงมากอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดการดื้อยานั้น ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างถูกต้อง (ทั้งแง่ถูกวิธีครบทุกเม็ดและทุกมื้อตรงเวลา) และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (Good Adherence) ทั้งหมดนี้ก็เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษาวิจัยทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างน้อยร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษาจะมีปริมาณเชื้อเอช ไอ วี ในเลือดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่สม่ำเสมอ และ/หรือไม่ต่อเนื่อง (Poor Adherence) เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลว เพราะทำให้ระดับยาในเลือดอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับที่จะสามารถลดปริมาณเชื้อเอช ไอ วีให้ต่ำลงอย่างมีประสิทธิภาพได้ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เกิดการดื้อยาได้ง่าย ซึ่งการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์นี้ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดผลเสียเฉพาะกับตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่ยังเป็นการเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอช ไอ วี ที่ดื้อยาไปสู่ผู้อื่น ผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ชนิดที่ดื้อยาก็จะรักษาด้วยยาสูตรนั้น ๆ ไม่ได้ผลไปด้วย ทำให้ต้องเปลี่ยนไปรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรที่มีราคาสูงขึ้น ตลอดจนอาจมีความยุ่งยากในการรับประทานยาหรือมีอาการข้างเคียงที่มากขึ้นได้ นอกจากนี้การดื้อยายังทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง

ดังนั้น ถ้าหากผู้ป่วยมีการรับประทานยาแบบ Poor Adherence ไม่ครบถ้วน ไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดปัญหาร้ายแรงต่อผู้ป่วย และยังเป็นปัญหาสำคัญต่อระบบสาธารณสุขในภาพรวมอีกด้วย ตลอดจนเป็นปัญหาทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economic) เนื่องจากต้องเริ่มต้นรักษาผู้ติดเชื้อชนิดที่

ดื้อยาด้วยสูตรยาที่มีราคาแพงขึ้น ผู้ป่วยที่ดื้อยามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมสูงขึ้นไปด้วย

การที่ผู้ป่วยรายหนึ่งไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอส์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอนั้น อาจมาจากสาเหตุมากมายหลายประการ ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Poor Adherence) เป็นปัญหาทางด้านพฤติกรรม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขที่เป็นระบบควบคู่ไปกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ต่อการดูแลผู้ป่วยคลินิกตะวันใหม่

นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทหน้าที่หลายด้านเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยคลินิกตะวันใหม่ อาทิ บทบาทผู้สัมภาษณ์ประวัติแรกรับผู้ป่วย บทบาทผู้ให้การปรึกษา บทบาทผู้กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและแนะนำการปฏิบัติตนของผู้ป่วย บทบาทผู้ดำเนินการกลุ่มบำบัด บทบาทผู้ให้ความรู้ บทบาทผู้ประสานทรัพยากร บทบาทผู้เยี่ยมบ้าน และบทบาทในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งนักสังคมสงเคราะห์มีส่วนในสำรวจผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของคลินิกตะวันใหม่ยังคงพบปัญหา ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ระดับภูมิต้านทานต่ำ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ / ลบ.มม. และต้องได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มีจำนวนสูงขึ้น
2. ผู้ป่วยมารับยาไม่ตรงตามนัด
3. ผู้ป่วยขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา
4. ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่และรับเชื้อเอช ไอ วีเพิ่ม

ในประเด็นของการที่ผู้ป่วยรับยาไม่ตรงตามนัด และขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษามีความสอดคล้องกัน สิ่งที่เห็นเป็นรูปธรรมคือ มีพฤติกรรมมาตรวจผิดนัดบ่อยครั้ง รวมทั้งขาดนัดของแพทย์โดยไม่ทราบสาเหตุ ส่งผลให้เกิดการขาดยา ทานยาไม่ต่อเนื่อง ประเมินได้ว่า Poor Adherence

ฉะนั้นในการจัดทำมาตรฐานการดำเนินงานของคลินิกตะวันใหม่ จึงได้มีตัวชี้วัดข้อหนึ่งที่ใช้ประเมิน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Good Adherence) และการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่สม่ำเสมอ และ/หรือไม่ต่อเนื่อง (Poor Adherence) ของผู้ป่วยคลินิกตะวันใหม่ ตัวชี้วัดนั้นก็คือ “อัตราผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาของแพทย์ (Lost Follow Up) ในแต่ละปี” ทั้งนี้เพื่อควบคุมอัตราผู้ป่วยดังกล่าวไม่ให้มีอัตราที่สูงขึ้น ทีมผู้ปฏิบัติงานจึงได้จัดทำแนวทาง (Flow Chart) การดูแลผู้ป่วยที่ขาดนัด ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์เข้าไปมีบทบาทที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. บทบาทการป้องกันการไม่มาตรวจตามนัดของผู้ป่วย
2. บทบาทการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัดของแพทย์ตามกำหนด

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การดำเนินการของคลินิกตะวันใหม่นั้น นักสังคมสงเคราะห์เข้าไปมีส่วนร่วมในการวัดคุณภาพการทำงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ตามแบบประเมิน HIV-QUAL T ในหัวข้อเรื่อง "อัตราผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาของแพทย์ (Lost Follow Up) ในแต่ละปี" ซึ่งผลของการประเมินผลงานในปี 2549 พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัดการรักษาของแพทย์มีจำนวนทั้งสิ้น 216 ราย และขาดการรักษา (Lost Follow Up) มีจำนวนทั้งสิ้น 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.8 สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการดูแลสุขภาพและการมีพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถแพร่และรับเชื้อเอช ไอ วี เพิ่มได้ตลอดเวลา ประการสำคัญเพื่อป้องกันปัญหาร้ายแรงคือ ปัญหาการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยอันส่งผลเสียทำให้การรักษาไม่ได้ผล เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อดื้อยาสู่ผู้อื่นและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ด้วยเหตุนี้นักสังคมสงเคราะห์จึงได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการไม่มาตามนัดของแพทย์ และการขาดการรักษาโดยได้มีการพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาของแพทย์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย

4.2 ทำแผนผัง (Flow Chart) ระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด

4.3 ติดตามผู้ป่วยเพื่อศึกษาสาเหตุการไม่มารักษาตามนัด ในรายที่พบว่ามีปัญหาทางจิตสังคมจนเป็นอุปสรรคต่อการรักษา นักสังคมสงเคราะห์สามารถช่วยเหลือได้ตามกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์

4.4 ทำรายงานแจ้งผลการรักษาให้แก่ทีมผู้รักษา

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ผู้ร่วมดำเนินการ คือ นางรวีวรรณ ไสยสุวรรณ ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ 6ว งานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานอนามัยชุมชน สัดส่วนของผลงานคิดเป็นร้อยละ 20 โดยมีหน้าที่สัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย ติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดการรักษาด้วยวิธีการทางโทรศัพท์ ทางจดหมาย และการเยี่ยมบ้าน รวมทั้งให้คำปรึกษา ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติเพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้ขอรับการประเมิน นางสาวลลิดา เกษา ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ 6ว งานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานอนามัยชุมชน สัดส่วนของผลงานคิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีหน้าที่ ดังนี้

6.1 การปรับปรุงแบบสัมภาษณ์

นักสังคมสงเคราะห์สำรวจข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัดของแพทย์ในแต่ละสัปดาห์ และผู้ป่วยที่ขาดการรักษา (Lost Follow Up) ในปีที่ผ่านมาพบปัญหานักสังคมสงเคราะห์ติดตามผู้ป่วยไม่ได้เนื่องจากข้อมูลที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่เคยให้ไว้ในทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอก (OPD. Card) และที่ให้ไว้กับนักสังคมสงเคราะห์ตอนสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยใหม่ของคลินิก

ตะวันใหม่จึงไม่สามารถติดต่อกับผู้ป่วยได้ ฉะนั้นนักสังคมสงเคราะห์จึงได้ทำการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์เพื่อให้สอดคล้องกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ เพราะเดิมใช้แบบสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ข้อมูลเฉพาะจึงขาดความละเอียด โดยมีการเพิ่มข้อมูลที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เบอร์โทรศัพท์บ้าน ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ ประวัติการเริ่มยาและความสม่ำเสมอในการทานต้านไวรัสเอดส์ (ARV) ประวัติโรคแทรกซ้อน (OI) แผนที่บ้าน ความสมัครใจของผู้ป่วยในการอนุญาตให้นักสังคมสงเคราะห์เยี่ยมบ้าน รวมทั้งชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ และรู้ผลเลือดเอช ไอ วี ของผู้ป่วยสามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่นักสังคมสงเคราะห์ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน

6.2 จัดทำแผนผังระบบการติดตามผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดของแพทย์

นักสังคมสงเคราะห์เสนอข้อมูลการสำรวจผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัด ขาดการรักษา และแบบสัมภาษณ์ประวัติแบบใหม่เข้าสู่ที่ประชุมทีมสหวิชาชีพ จัดทำแผนผังการทำงานระบบการติดตามผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดของแพทย์ (Flow Chart) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

6.2.1 พยาบาลห้องให้คำปรึกษาส่งผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์มาพบนักสังคมสงเคราะห์เพื่อสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยรายใหม่ของคลินิกตะวันใหม่อย่างละเอียด และเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย และญาติ ค้นหาอุปสรรค และกำลังใจของผู้ป่วยที่จะส่งเสริมให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

6.2.2 เมื่อมีรายชื่อผู้ป่วยไม่มาตามนัดของแพทย์ในแต่ละสัปดาห์พยาบาลจะส่งรายชื่อให้นักสังคมสงเคราะห์เพื่อติดตามผู้ป่วยและหาสาเหตุการไม่มาตามนัดของผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์จะใช้วิธีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อติดต่อกับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจซึ่งเคยให้รายชื่อไว้กับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อถามหาสาเหตุการไม่มาตามนัด แล้วทำการนัดหมายในการมาพบแพทย์ครั้งใหม่ ในรายที่ติดต่อทางโทรศัพท์ไม่ได้จะใช้วิธีการส่งจดหมายแจ้งการผิดนัดและนัดหมายวันนัดครั้งใหม่ กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ ทางจดหมายไปแล้ว หากผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัดครั้งใหม่ นักสังคมสงเคราะห์จะทำการเยี่ยมบ้านในรายที่อนุญาตให้เยี่ยมบ้าน ถ้าหากผู้ป่วยรายใดขาดการรักษาเกิน 3 เดือน ถือว่าผู้ป่วยรายนั้นขาดนัดการรักษาของคลินิกตะวันใหม่ (Lost Follow Up)

นอกจากบทบาทในการแก้ไขปัญหาการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยแล้ว นักสังคมสงเคราะห์ยังมีบทบาทในการป้องกันการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยอีกด้วย คือ ในกรณีที่ผู้ป่วยลืมใบนัดการตรวจครั้งต่อไป พยาบาลก็จะส่งใบนัดของผู้ป่วยให้แก่นักสังคมสงเคราะห์ช่วยติดต่อให้ผู้ป่วยมารับใบนัด ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จะใช้วิธีการติดต่อทางโทรศัพท์ และทางจดหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้วันนัดของแพทย์แล้วมาตรวจตามนัด

6.3 ดำเนินการติดตามผู้ป่วย

ในการดำเนินการติดตามผู้ป่วยเพื่อศึกษาสาเหตุการไม่มาตามนัด ในรายที่พบว่ามีปัญหาทางจิตสังคม (Psycho – Social Problem) จนเป็นอุปสรรคต่อการรักษา นักสังคมสงเคราะห์ สามารถให้การช่วยเหลือได้ตามกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ ซึ่งวิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Hotline Counseling) ในรายที่มีการเยี่ยมบ้านใช้วิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล และให้คำปรึกษารายครอบครัว รวมทั้งแนะนำและประสานทรัพยากรทางสังคมต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาของผู้ป่วยที่พบส่วนมากได้แก่ ผู้ป่วยติดงานไม่สามารถลางานได้ ผู้ป่วยลืมวันนัดการตรวจ ผู้ป่วยย้ายสถานพยาบาลโดยไม่ได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพมาโรงพยาบาลไม่ไหวหรือขาดผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล ผู้ป่วยประสบปัญหาทางเศรษฐกิจขาดค่าพาหนะ / ค่าครองชีพมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญต่อการรักษาต่อเนื่องเพราะเห็นว่าไม่มีปัญหาสุขภาพในช่วงเวลานั้นรวมทั้งการเสียชีวิตของผู้ป่วย

วิธีการช่วยเหลือและแก้ปัญหาในผู้ป่วยก็จะมีความแตกต่างกันขึ้นกับสภาพปัญหา โดยกลุ่มที่ต้องการมารักษาแต่ประสบปัญหาไม่สามารถลางานได้ นักสังคมสงเคราะห์จะนัดให้ผู้ป่วยมาตรวจแผนกอายุรกรรมก่อนวันมีคลินิกเพื่อป้องกันการขาดยา ในกลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจนักสังคมสงเคราะห์จะประสานส่งต่อขอทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์จากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการหรือแนะนำแหล่งฝึกอาชีพ ในกลุ่มที่ประสบปัญหาสุขภาพขาดผู้ดูแลหรือพาหนะพามาโรงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์แนะนำรถกู้ชีวิตศูนย์เอราวัณ เบอร์โทรศัพท์ 1669 เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติโทรแจ้งอำนวยความสะดวกในการขนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มที่ขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง นักสังคมสงเคราะห์จะทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายความสำคัญต่อการพบแพทย์ต่อเนื่องเพื่อป้องกันระดับภูมิต้านทาน (CD4) ต่ำ และโรคแทรกซ้อนที่ตามมา

6.4 จัดทำรายงาน

ในแต่ละเดือนนักสังคมสงเคราะห์จัดทำรายงานผลการดำเนินการติดตามผู้ป่วยทุกรายให้แก่ทีมผู้รักษา ซึ่งในเนื้อหารายงานจะแจ้งสาเหตุของการไม่มาตรวจตามนัดของแพทย์ในผู้ป่วยแต่ละรายกำหนดวันนัดพบแพทย์ครั้งใหม่ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดตามไม่ได้หรือได้รับการติดตามแล้วแต่ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ภายในระยะเวลา 3 เดือนนับจากวันผิดนัดการรักษาถือเป็นผู้ป่วยขาดการรักษา (Lost Follow Up) ของคลินิกตะวันใหม่ ซึ่งในแต่ละปีนักสังคมสงเคราะห์จะต้องทำรายงานผู้ป่วยขาดการรักษา (Lost Follow Up) แจ้งแก่ทีมสหวิชาชีพเพราะเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคลินิกตะวันใหม่สามารถใช้ประเมิน Drug Adherence ของผู้ป่วยได้

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการดำเนินงานกับผู้ป่วยที่ไม่มาตรวจตามนัดของแพทย์นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 ถึง 31 ธันวาคม 2550 จำนวนทั้งสิ้น 376 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการติดตามจากนักสังคมสงเคราะห์ด้วยวิธีการทางโทรศัพท์ 343 ราย ส่งจดหมาย 81 ราย และเยี่ยมบ้าน 14 ราย พบสาเหตุการไม่ตรวจตามนัดของแพทย์เรียงตามลำดับมากไปน้อยได้ ดังนี้

7.1 ผู้ป่วยมีภารกิจส่วนตัว หรือไม่สามารถลางานมาพบแพทย์ตามกำหนดได้ มีจำนวนทั้งสิ้น 247 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.5

7.2 ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพมีอาการของโรคแทรกซ้อน เกิดอุบัติเหตุ มาโรงพยาบาลไม่ไหวหรือขาดผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล มีจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.0

7.3 ผู้ป่วยลืมวันนัดของแพทย์ หรือจำวันนัดผิด มีจำนวนทั้งสิ้น 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.1

7.4 ผู้ป่วยย้ายการรักษาไปสถานพยาบาลอื่นโดยไม่ได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ มีจำนวนทั้งสิ้น 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.9

7.5 ผู้ป่วยมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น ขาดเงินค่าพาหนะ ค่าครองชีพ ค่ารักษาในกรณีผู้ป่วยไม่มีสิทธิการรักษาของโรงพยาบาลตากสิน ขาดหนังสือส่งตัวจากสถานพยาบาลอันดับ 1 ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฯลฯ หรือมีปัญหาทางสังคม เช่น เกรงจะพบคนรู้จักภายในโรงพยาบาลจนไม่กล้ามารักษา หรือต้องโทษอยู่ในเรือนจำ มีจำนวนทั้งสิ้น 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.1

7.6 ผู้ป่วยเสียชีวิต มีจำนวนทั้งสิ้น 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4

7.7 ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญต่อการรักษาต่อเนื่อง เพราะเห็นว่าไม่มีปัญหาสุขภาพในช่วงเวลานั้น มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7

จากสาเหตุเบื้องต้นนักสังคมสงเคราะห์ได้ให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น กรณีที่ผู้ป่วยลืมวันนัดหรือติดธุระ นักสังคมสงเคราะห์ได้นัดให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่แผนกอายุรกรรมโดยด่วนเพื่อตรวจรักษาและรับยาต่อเนื่อง สิ่งสำคัญคือการสร้างความเข้าใจกับญาติผู้ป่วยเรื่องประโยชน์ในการย้ำเตือนวันนัดรักษา และการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของญาติในการร่วมดูแลผู้ป่วย และร่วมรับฟังข้อมูลแผนการรักษาจากแพทย์รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ผลที่ตามมาคือการผิดนัดซ้ำของผู้ป่วยมีจำนวนลดลง

แต่ยังคงพบจำนวนผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาหลังการติดตาม (Lost Follow Up) จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงที่อยู่ - เบอร์โทรศัพท์โดยไม่ได้แจ้งให้นักสังคมสงเคราะห์ทราบ จึงไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

8.2 สามารถควบคุมอัตราผู้ป่วยที่ขาดนัดการรักษาหลังการติดตาม (Lost Follow Up) ในคลินิกตะวันใหม่ ซึ่งถือเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่สำคัญของคลินิกตะวันใหม่

8.3 ใช้เป็นแนวทางให้กับนักสังคมสงเคราะห์ในการพัฒนาวิธีการติดตามผู้ป่วยโรคเอดส์ และโรคอื่นๆ ที่ขาดการรักษา

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญต่อการให้ข้อมูลเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์แก่เจ้าหน้าที่ ส่งผลเสียคือนักสังคมสงเคราะห์ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้

9.2 การเยี่ยมบ้านไม่สามารถดำเนินการได้กับผู้ป่วยทุกราย ทำได้เฉพาะในรายที่อนุญาตให้เยี่ยมบ้านได้เท่านั้น สาเหตุมาจากผู้ป่วยยังไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดเอช ไอ วีให้สมาชิกในครอบครัวรู้ บางรายอาศัยอยู่กับเพื่อน หรือเพื่อนร่วมงานในที่พักของสถานประกอบการ ซึ่งไม่สะดวกให้นักสังคมสงเคราะห์เยี่ยมบ้านเพราะเกรงว่าคนรอบข้างจะสงสัยว่าทำไมต้องมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปพบ ซึ่งเสี่ยงต่อการเปิดเผยผลเลือดให้ผู้อื่นรู้ได้

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 นักสังคมสงเคราะห์ควรขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่หลายฝ่าย เรื่องการบันทึกข้อมูลที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยอย่างละเอียด เช่น ประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ห้องบัตรกลางบันทึกข้อมูลที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียด โดยเฉพาะบ้านเลขที่ ชื่อซอย ชุมชน / หมู่บ้าน ถนน เพื่อเป็นประโยชน์ในการสืบค้น หรือประสานความร่วมมือกับอาสาสมัครของคลินิกตะวันใหม่ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาคเอกชน (TBCA.) และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยด้วยกันช่วยประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยร่วมมือกับทีมผู้รักษาแจ้งเรื่องการเปลี่ยนแปลงข้อมูลดังกล่าว

10.2 นักสังคมสงเคราะห์ควรนำวิธีการให้การปรึกษาเรื่องการเปิดเผยผลเลือด (Disclosure Counseling) มาสนับสนุนการทำงานด้านการให้การปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้วิธีการเปิดเผยผลเลือดให้สมาชิกในครอบครัวรู้อย่างเหมาะสม ลดความกังวลเรื่องความลับของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการลดปัญหา / อุปสรรคในการเยี่ยมบ้านของนักสังคมสงเคราะห์

10.3 นักสังคมสงเคราะห์ควรทำงานกับญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver) ให้มากขึ้นกว่าเดิม เพราะญาติหรือผู้ดูแลจะเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยกระตุ้น ดูแล และเฝ้าระวังปัญหาของผู้ป่วยได้มาก ซึ่งวิธีการทำงานกับญาติมีหลายวิธี เช่น การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) และการทำกลุ่มญาติผู้ป่วย (Care Giver Group) ในขณะที่ญาติมารอตรวจผู้ป่วย เพื่อให้ญาติแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ซึ่งกันและกัน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(นางสาวลลิดา เกษา)
ผู้ขอรับการประเมิน
...../...../.....

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(นางรวีวรรณ ไสยสุวรรณ)
ผู้ร่วมดำเนินการ
...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(นางธนีนาถ ตรีรัตน์วีรพงษ์)
ตำแหน่ง นายแพทย์ 8 วช.
(ด้านเวชกรรมสาขากุมารเวชกรรม)
หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลตากสิน
...../...../.....

ลงชื่อ.....
(นายสมพงษ์ วงศ์ปัญญาถาวร)
รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์
(ปฏิบัติงานด้านการศึกษาแพทย์)
ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน
...../...../.....

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวลลิดา เกษา

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ 7ว

(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 720) กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์

เรื่อง โครงการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี และส่งเสริมการเปิดเผยผลเลือดแก่สามี

หลักการและเหตุผล

การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยจากประชากรกลุ่มเสี่ยงสู่ประชากรกลุ่มทั่วไป พบกลุ่มแม่บ้าน หญิงทั่วไปมีแนวโน้มติดเชื้อเอช ไอ วี สูงขึ้นทุกปี จากการศึกษาของ เกสร เหล่าอรรคะ (http : //www.aidskku.ac.th : 2550) พบว่า ปัจจุบันมีสตรีตั้งครรภ์ประมาณปีละ 800,000 ราย ดังนั้นคาดว่าสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อเอช ไอ วี ปีละ 8,000 ราย (อัตราการติดเชื้อในปี 2549 = 0.9%) หากกลุ่มนี้ไม่ป้องกันจะมีเด็กติดเชื้อเอช ไอ วี ประมาณ 2,000 ราย การที่สถิติเด็กติดเชื้อเอช ไอ วี มีความเสี่ยงสูงขึ้นปัจจัยหนึ่งมีสาเหตุมาจากคู่สามี ภรรยาไม่มีการคุมกำเนิดจนมีการตั้งครรภ์ เมื่อตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์สุขภาพไม่แข็งแรงระดับCD4 ต่ำ แม้กระทั่งเกิดอุปสรรคในการทานยาต้านไวรัสเอดส์ขณะตั้งครรภ์หรือระยะหลังคลอดที่บุตรจะต้องทานยาเช่นกัน โอกาสเสี่ยงที่เด็กจะติดเชื้อเอช ไอ วีตามมารดาจึงเป็นไปได้สูง สาเหตุหลักของอุปสรรคดังกล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์หรือมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดเอช ไอ วี ให้สามีรู้ นำไปสู่การแพร่และรับเชื้อเพิ่มจากคู่ของตน และสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นในกรณีที่ชายหรือหญิงคู่นั้นมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวโดยไม่ได้ป้องกัน การที่มารดาติดเชื้อเอช ไอ วีไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดให้สามีรู้เกิดจากความกลัวถึงผลกระทบที่ตามมาในอนาคต โดย เฉพาะอย่างยิ่งเกรงกลัวปัญหาบาดหมางกับคู่ของตน นำไปสู่การแยกทาง หย่าร้าง การเก็บรักษาความลับเรื่องนี้จึงเปรียบเสมือนการถ่วงเวลาที่หญิงกลุ่มนี้รู้สึกสบายใจในช่วงระยะเวลาหนึ่งมากกว่าการเปิดเผยให้คู่ของตนรู้โดยเร็ว แต่ในทางกลับกันพฤติกรรมดังกล่าวขัดแย้งกับนโยบายการป้องกันดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ของประเทศที่ต้องการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ และต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาโดยเร็ว เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง และลดภาระการสูญเสียงบประมาณของประเทศ

ในปัจจุบันโรงพยาบาลตากสินได้เข้าร่วมในโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วีในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีสู่ผู้อื่น (Prevention with Positives : PR3) มีวัตถุประสงค์คือ การจัดทำสื่อที่เหมาะสมมาพัฒนาระบบการป้องกันการแพร่เชื้อเอช ไอ วีของผู้ป่วยในสถานพยาบาล โดยกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งเข้ารับการรักษาในโครงการ CARE ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งของโครงการที่จะต้องได้รับการ

ดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในทีมงานมีบทบาท หน้าที่ ในการให้บริการปรึกษาแนะนำรายบุคคล การให้คำปรึกษาแบบคู่ การให้คำปรึกษาครอบครัว การทำกลุ่มบำบัดในกลุ่มมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี และการประสานส่งต่อศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อรับนมผงโครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การดำเนินงานที่ผ่านมายังคงพบปัญหาได้แก่ ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของตนเองและไม่รู้วิธีการที่เหมาะสมในการเปิดเผยผลเลือดแก่สามี นำไปสู่การแพร่และรับเชื้อเพิ่มจากคู่ของตนอยู่เสมอ ดังนั้นการดำเนินงานตามโครงการ PR3 นักสังคมสงเคราะห์จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานโดยจัดทำสื่อ หรือใบงานมาสนับสนุนเพื่อให้กระบวนการให้การปรึกษาเพื่อเปิดเผยผลเลือดเอช ไอ วีด้วยตนเองเป็นไปอย่างสัมฤทธิ์ผล และเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีข้อกำหนดหนึ่งคือ มาตรฐานบริการปรึกษาซึ่งจะต้องมีการวัดผลการดำเนินงานทุกปีโดยใช้โปรแกรม VCT HIVQUAL – T

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีความรู้และสามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของตนเองได้
2. เพื่อให้กลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี รู้วิธีการเปิดเผยผลเลือดแก่สามีและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อส่งเสริมให้สามีของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี สามารถเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอช ไอ วี

เป้าหมาย

กลุ่มมารดาติดเชื้อเอช ไอ วี ที่เข้ารับการรักษาในโครงการ Care ของโรงพยาบาลตากสิน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ปัจจุบันนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการให้บริการแก่มารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ได้รับการดูแลแบบองค์รวม เพื่อป้องกันปัญหาสังคมต่าง ๆ ที่ตามมา โครงการดังกล่าวมีชื่อว่า โครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอดส์ (โครงการ CARE) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (งานระบาดวิทยาและควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลา, www.sk_hospital.com : 2548)

1. เพื่อชะลอการป่วย การเสียชีวิตของหญิงและครอบครัวที่ติดเชื้อเอช ไอ วีให้สามารถเลี้ยงลูกต่อไปได้
2. เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วี จากผู้ป่วยสู่สามี และสู่ผู้อื่น

ผู้ที่เป็นเป้าหมายของโครงการนี้ ได้แก่

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี หรือหญิงหลังคลอดไม่เกิน 6 เดือน

2. เด็กติดเชื้อเอช ไอ วีที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี

3. สามีของหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดที่ติดเชื้อเอช ไอ วี หากหญิงเหล่านั้นยินยอมเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อแก่สามี

ฉะนั้นการให้บริการแก่กลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ทีมสหวิชาชีพมิได้เน้นการรักษาแก่ผู้ป่วยหรือบุตรเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับคู่ของผู้ป่วยด้วย เพราะกลุ่มสามีภรรยา หรือคู่เพศสัมพันธ์ และกลุ่มคู่ผลเลือดต่าง (HIV Discordant) ซึ่ง เกสร เหล่าอรรคะ (http : // www.aidskku.ac.th : 2550) เสนอว่าจากรายงานของประเทศไทยพบคู่ผลเลือดต่างมากถึงร้อยละ 30 - 53 จึงถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่องค์การสหประชาชาติจัดว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี และได้กำหนดเป้าหมายการทำงานให้คนกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี การรักษาและการดูแลอย่างทั่วถึง (Universal Access) ในการนี้กลวิธีที่สำคัญของแผนคือ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอช ไอ วี โดยสมัครใจ (Access to VCT)

การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี

เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยในโครงการ CARE เป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายของโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วีในผู้ติดเชื้อสู่ผู้อื่น (Prevention with Positives : PR3) ซึ่งเน้นการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเสี่ยงในกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วีสามารถลดปัญหาการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คนจำนวนมาก ในขณะที่การให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มคนไข้ที่ไม่ติดเชื้อสามารถลดการติดเชื้อเพียงคนเดียว ฉะนั้นกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วีควรมีการประเมินความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เพื่อนำไปสู่การปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเหมาะสม ซึ่งการดำเนินการของโครงการ PR3 มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้ผู้ให้คำปรึกษารู้จักใช้สื่อในรูปแบบต่าง ๆ มาเสริมการสื่อสารเพื่อง่ายต่อความเข้าใจ และช่วยให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในตัวผู้ป่วยเอง

การให้คำปรึกษาเพื่อเปิดเผยผลเลือดเอช ไอ วีด้วยตนเอง (Self Disclosure of HIV Status Counseling)

การเปิดเผยผลเลือด (สภากาชาดไทย , www.trcarc.org : 2551) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลหนึ่งบอกสถานะเอช ไอ วีของตนให้ผู้อื่นทราบ อาจเปิดเผยทั้งหมดไม่เกรงว่าจะมีการบอกผู้อื่นต่อไป หรือเปิดเผยบางส่วนคือขอให้ผู้รับทราบปิดเป็นความลับ

วัตถุประสงค์ ได้แก่ (รังสิมา โล่ห์เลขา , www . aidsthai . org : 2551)

- ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอช ไอ วี
- ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องผลเลือดต่าง และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำเพื่อกระตุ้นการเปิดเผยผลเลือด
- เสนอความช่วยเหลือในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อโดยเจ้าหน้าที่

- ส่งเสริมการตรวจเลือดของคู่นอน

- เสนอการให้บริการต่อเนื่องเพื่อติดตามช่วยเหลือเกี่ยวกับผลของการเปิดเผยผลเลือด เช่น การส่งต่อหญิงที่ถูกทอดทิ้งจากการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อตามความเหมาะสม และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของคู่ หรือสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เพื่อช่วยให้เกิดการรับการรักษาและทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง

จากแนวคิดทั้ง 2 เรื่อง นำไปสู่การจัดทำโครงการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี และส่งเสริมการเปิดเผยผลเลือดแก่สามี ซึ่งวิธีการทำงานสามารถทำได้ทั้งรายกรณี (Case Work) หรือรายกลุ่ม (Group Work) โดยนักสังคมสงเคราะห์มีบทบาท หน้าที่หลายด้าน อาทิ ผู้ให้ความรู้ ผู้ให้การปรึกษา แนะนำ ผู้จัดหาออกแบบสื่อ ผู้ประสานงาน หรือผู้นำกลุ่ม เป็นต้น ซึ่งการจัดทำโครงการมีแบบแผนการดำเนินงาน ดังนี้

1. นักสังคมสงเคราะห์จัดหาสื่อหรือออกแบบใบงานเรื่อง “การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ป่วย” มีสาระสำคัญได้แก่

- ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง
- ความเสี่ยงจากการมีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน
- การใช้สารเสพติด และแอลกอฮอล์ที่จะทำให้เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย
- ความต้องการมีบุตรเพิ่ม
- การไม่เปิดเผยผลเลือดให้คู่นอนรู้

2. นำสื่อมาใช้เพื่อเผยแพร่ข้อมูล โดยจัดแสดงบอร์ด Clip Chart ในห้องให้การปรึกษาเพื่อง่ายต่อการสื่อสาร และสร้างความน่าสนใจแก่ผู้รับคำปรึกษา รวมทั้งให้ผู้รับการปรึกษาตอบข้อมูลในใบงาน ซึ่งผลจากการตอบข้อมูลในใบงานหรือการเรียนรู้จากสื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในตนเองว่าอะไรคือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

3. นำข้อมูลปัญหาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้เสนอต่อทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมมือกันวางแผนสำหรับผู้รับบริการแต่ละรายในการลดการแพร่เชื้อ (Individual Plan for Reduce HIV Transmission) เนื่องจากปัญหาของผู้รับบริการแต่ละรายไม่เหมือนกัน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาแก่ผู้รับบริการ อาทิ ในรายที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอช ไอ วี อยู่นักสังคมสงเคราะห์ควรให้การปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง (Individual Risk Reduction Counseling) เพื่อส่งเสริม แก้ไขอุปสรรคในการลดความเสี่ยง ฝึกการพัฒนาทักษะและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ในกรณีที่เกิดจากปัจจัยเรื่องสามีไม่รู้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยนั้น นักสังคมสงเคราะห์สามารถนำวิธีการให้คำปรึกษาเพื่อเปิดเผยผลเลือดเอช ไอ วี ด้วยตนเอง (Self Disclosure of HIV Status Counseling) มาดำเนินการกับกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี

4. เมื่อสามีรู้ผลเลือดของภรรยาแล้วผลที่จะได้รับตามมาคือ เป็นการส่งเสริมให้สามีของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วีซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอช ไอ วี โดย ความสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing Service : VCT)

5. การให้บริการให้การปรึกษาแบบคู่ (Couple Counseling) ซึ่งมีข้อดี ได้แก่

- เป็นการสนับสนุนให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและบุตร
- เพื่อสามีจะได้เรียนรู้พฤติกรรมเสี่ยง การลด เลิกพฤติกรรมเสี่ยง
- เพื่อปรับความเข้าใจในประเด็นที่ไม่เข้าใจกันในคู่สามี ภรรยา
- เพื่อง่ายต่อการแจ้งผลเลือด
- เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อแก่คู่สมรสที่ไม่ติดเชื้อ

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วีซึ่งมีสาเหตุมาจากการไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดแก่สามียังคงพบอยู่เสมอ แม้ว่าความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังพบไม่มากนัก ฉะนั้นหากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้รับการป้องกันอย่างเหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดเชื้อไปยังคู่นอนที่มีผลเลือดต่าง หรือถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วีที่อาจมีการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับคู่นอนที่มีผลเลือด HIV Positive ด้วยกันได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอช ไอ วีในกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อ
2. สามีของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอช ไอ วี เพื่อส่งเสริมให้รับบริการด้านการป้องกันและรักษาโรคเอดส์อย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับบริการปรึกษาเพื่อเปิดเผยผลเลือดเอช ไอ วี ด้วยตนเองมากกว่าร้อยละ 80
2. อัตราผู้ป่วยที่เปิดเผยผลเลือดเอช ไอ วีแก่สามีมากกว่าร้อยละ 70
3. อัตราสามีของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี เข้าถึงบริการปรึกษา และตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอช ไอ วี มากกว่าร้อยละ 50

ลงชื่อ .....

(นางสาวลลิดา เกษา)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... / ..... / .....