

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

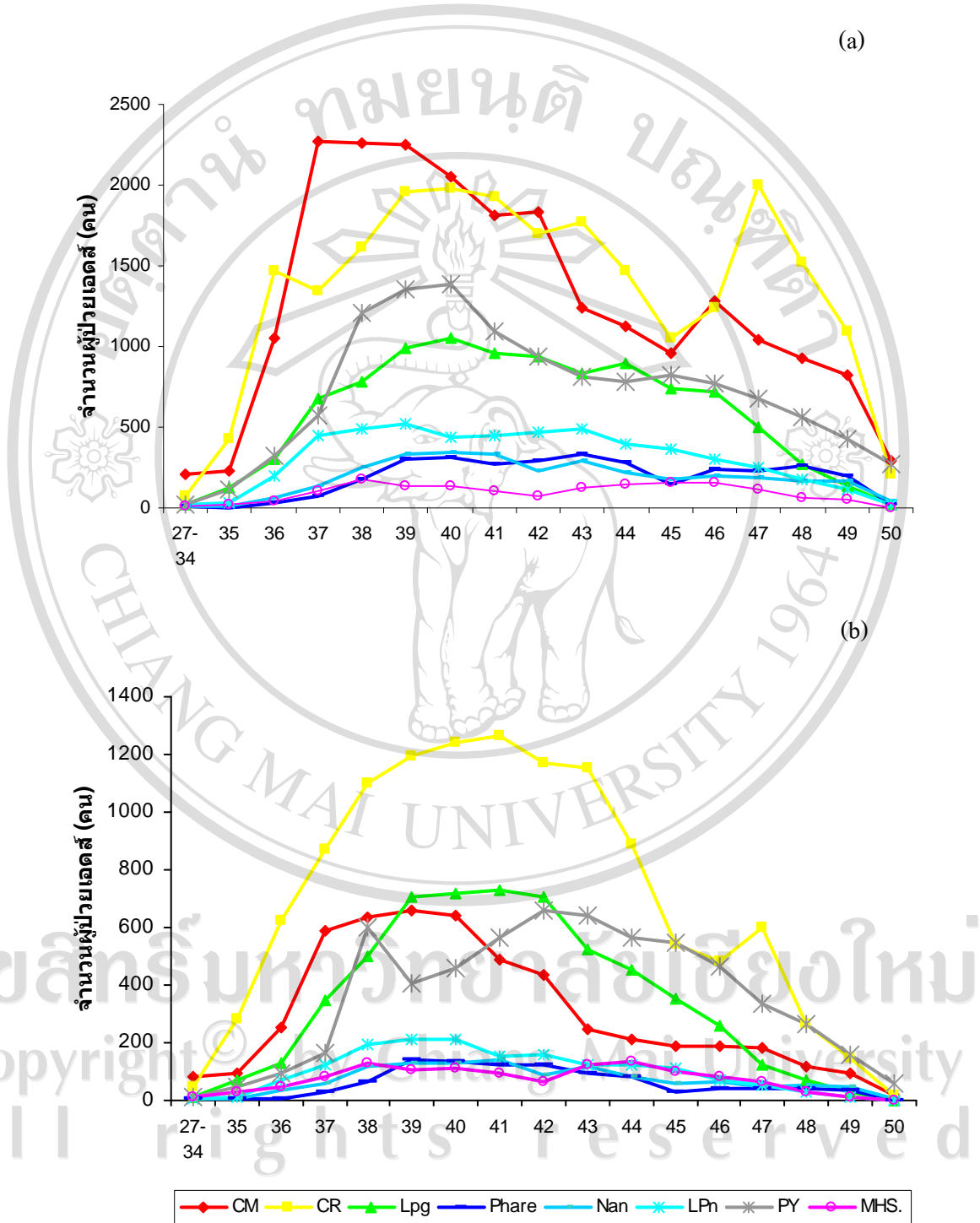
การแพร่ระบาดของโรคเอดส์นับเป็นภัยคุกคามต่อการดำรงชีวิตของคนไทยมาไม่น้อยกว่า 25 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน(พ.ศ.2527-2551) ซึ่งไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ตลอดจนการสูญเสียชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยจากโรคนี้นั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว รวมถึงชุมชน สังคมและเศรษฐกิจ ตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับประเทศ จนถึงระดับโลก เนื่องจากการดูแลรักษาโรคนี้นี้จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แม้ว่าจะมีการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งค่ายา ค่าตรวจรักษาทางการแพทย์ และค่ารักษาอื่นๆ ภายใต้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ และสิทธิอื่นๆ แล้วก็ตาม แต่ภาระค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตภายในครอบครัวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในแต่ละวันยังคงเป็นปัญหาที่น่าหนักใจสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ต้องหาทางช่วยเหลือให้บรรเทาเบาบางลงไป ซึ่งเป็นการช่วยแก้ไขปัญหาก็หลายเหตุเท่านั้น สถานการณ์ปัญหาของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ยังคงมีอยู่เนื่องจากสาเหตุของการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และมีแนวโน้มของการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีทัศนคติ และค่านิยมที่ปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัย เช่น การมีคู่นอนมากกว่า 1 คน เป็นสิ่งที่ทำตายและแข่งขันกัน ทำให้การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคนี้นี้โดยการสกัดกั้นตั้งแต่ต้นเหตุนั้นเป็นไปได้ช้า แม้ว่าจะมีวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาช่วย เพื่อลดปัญหาดังกล่าว เช่น การพยายามคิดค้นวัคซีนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ หรือการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อการรักษา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา และเงินจำนวนมากในการดำเนินงานดังกล่าว แต่ก็ยังไม่มียาที่แน่นอนว่าจะสามารถป้องกันหรือยับยั้งโรคนี้นี้ได้

นับตั้งแต่มีรายงานการค้นพบผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นในประเทศไทยเป็นครั้งแรก เมื่อปี 2527 จนถึงปัจจุบันปัญหาโรคเอดส์และภาระค่าใช้จ่าย ยังคงส่งผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องดังที่ได้กล่าวข้างต้น จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการใน

ประเทศไทยล่าสุด (สำนักระบาดวิทยา, 2550)พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น จำนวน 322,296 ราย เสียชีวิตไปแล้ว จำนวน 89,969 ราย แม้ว่าปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากมีการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทำให้มีผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลง ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ร้อยละ 84 มีปัจจัยเสี่ยงมาจากการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 57.28 อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงาน โดยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 มีฐานะยากจน มีการศึกษาน้อย มีรายได้ต่ำ ส่วนมากร้อยละ 46.79 ประกอบอาชีพการใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป ลูกจ้างโรงงาน ขับรถรับจ้าง กรรมกร รองลงมา เป็นผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 20.53 ผู้ที่ว่างงาน ร้อยละ 5.94 แม่บ้าน ร้อยละ 4.12 เด็กต่ำกว่าวัยเรียน 3.28 ข้าราชการ (ข้าราชการพลเรือน ทหาร ตำรวจ และ ข้าราชการไม่ทราบสังกัด) ร้อยละ 3.05 ผู้ต้องขัง ร้อยละ 1.58 และประชากรส่วนหนึ่งมีการเคลื่อนย้ายแรงงานภายใน ประเทศ ซึ่งยังไม่รวมกลุ่มผู้อพยพหรือผู้ใช้แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทย ทั้งแบบถูกกฎหมาย และผิดกฎหมาย โดยประกอบอาชีพผู้ใช้แรงงาน กรรมกรก่อสร้าง ขยายบริการทางเพศ ประมง บริเวณตามแนวจังหวัดชายแดน หรือจังหวัดที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจ อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวสูง ซึ่งพบว่ามีอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยร้อยละ 0.75 ของประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ โดยที่ในบางพื้นที่ไม่ได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังและสำรวจการจัดเก็บฐานข้อมูลไว้เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดเตรียมแผนการหรืองบประมาณ เพื่อรองรับบริการและการดูแลรักษาในระบบบริการทางการแพทย์ รวมถึงปัญหาในด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ประกอบกับแรงจูงใจด้านเศรษฐกิจ ที่ส่งผลกระทบต่อ การเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชากรในวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์อย่างมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ที่สูงขึ้น

สถานการณ์โรคเอดส์ เขตภาคเหนือตอนบนซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัด คือ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา แม่ฮ่องสอน แพร่ และน่าน นั้น พบว่าตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา จำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เริ่มลดลงกว่าช่วงที่มีผู้ป่วยเอดส์เกิดขึ้นระยะแรก ๆ เนื่องจากประชาชนได้เข้าถึงข่าวสาร ทำให้เริ่มตระหนักและเข้าใจปัญหาเอดส์มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ลดลง (รูปที่ 1.1a) ประกอบกับช่วงเวลาดังกล่าวเริ่มมีการรักษาผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเป็นโครงการนำร่องในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว และการดำเนินของโรคช้าลง จึงทำให้มีผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลง (รูปที่ 1.1b)

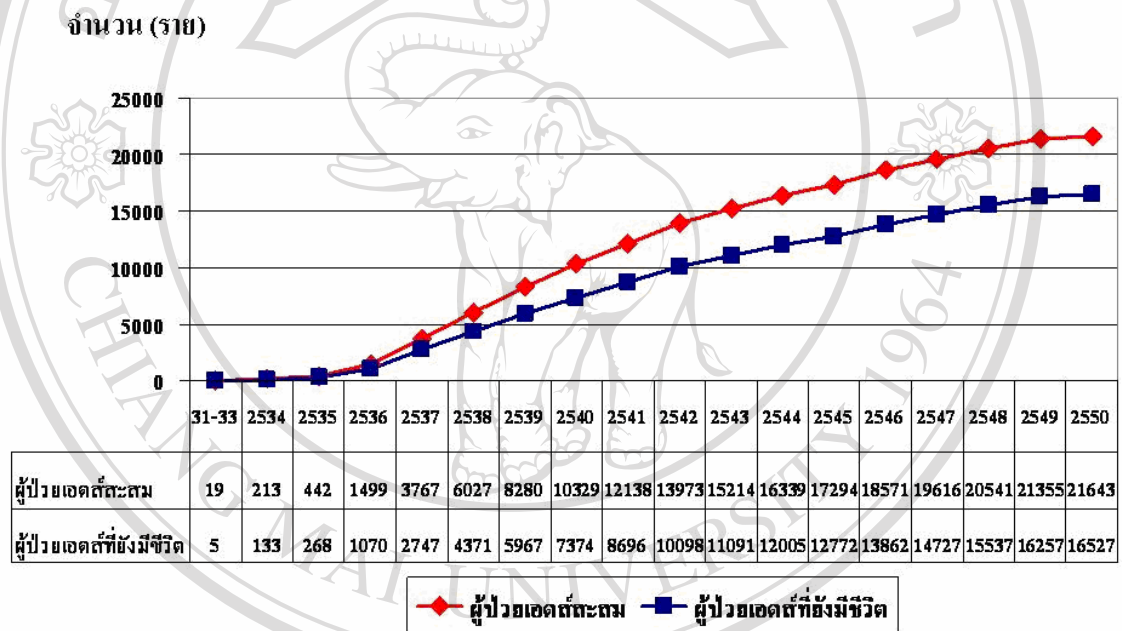
รูปที่ 1.1 จำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ (a) และจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิต (b) ระหว่างปี พ.ศ.2527 – 2550 แยกรายจังหวัด ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 1



ที่มา : รายงาน 506/1 ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2550 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10 เชียงใหม่

จากรูปที่ 1.1a จะเห็นได้ว่าสถานการณ์โรคเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ามีความถี่ของผู้ป่วยเอดส์ ที่สูงมาโดยตลอดนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 - 2545 และเริ่มมีแนวโน้มลดลงในปี 2546 ซึ่งสอดคล้องกับการรื้อฟื้นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนที่เข้าใจถึงปัญหาโรคเอดส์ได้กล่าวข้างต้น และสอดคล้องกับเมื่อได้ศึกษาลงลึกถึงสถานการณ์เอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่ โดยละเอียด พบว่าเริ่มมีอัตราผู้ป่วยเอดส์สะสมและยังมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้นตามลำดับ (รูปที่ 1.2) และเมื่อดูรายอำเภอพบว่า มีหลายอำเภอที่มีผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวม ค่อนข้างสูง เช่น อำเภอเมือง หางดง ฝาง สันทราย สันป่าตอง และแม่ริม ตามลำดับ (ตารางที่ 1.1)

รูปที่ 1.2 จำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมและที่ยังมีชีวิต ระหว่างปี พ.ศ. 2531 - 2550 ของจังหวัดเชียงใหม่



ที่มา : รายงาน 506/1 ณ วันที่ 30 กันยายน 2550 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 1.1 ภูมิฐานะของผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2531 - 2550

อำเภอ	2531-42	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	รวม
เมือง	1,892	113	86	52	69	71	87	67	38	2,475
จอมทอง	535	37	48	17	47	28	15	32	7	766
แม่แจ่ม	106	9	9	5	9	14	7	12	4	175
เชียงดาว	651	37	48	54	85	70	87	56	18	1,106
ดอยสะเก็ด	447	15	62	90	103	43	43	29	21	853
แม่แตง	660	75	59	40	48	64	75	62	22	1,105

ตารางที่ 1.1 (ต่อ)

อำเภอ	2531-42	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	รวม
แม่ริม	872	61	64	37	48	65	73	76	42	1,338
สะเมิง	117	7	6	11	21	17	15	14	1	209
ฝาง	1,148	90	97	98	93	75	59	45	19	1,724
แม่อาย	527	104	112	73	104	78	91	52	4	1,145
พร้าว	455	41	41	53	50	42	35	29	6	752
สันป่าตอง	1,043	99	60	56	81	63	27	32	3	1,464
สันกำแพง	762	56	51	42	55	70	45	35	9	1,125
สันทราย	1,020	91	50	43	150	80	53	75	25	1,587
หางดง	1,223	127	107	73	77	69	83	69	28	1,856
ฮอด	246	13	27	21	21	19	11	20	13	391
ดอยเต่า	191	19	35	17	26	18	13	7	0	326
อมก๋อย	68	2	3	4	1	1	4	3	3	89
สารภี	802	26	32	47	82	71	36	52	6	1,154
เวียงแหง	155	34	14	5	15	25	20	22	10	300
ไชยปราการ	392	83	25	16	18	24	8	5	5	576
แม่วาง	311	40	14	36	31	15	2	7	2	458
กิ่งอ.แม่ออน	206	27	13	23	25	13	13	8	2	330
กิ่งอ.ดอยหล่อ	144	35	62	42	18	10	23	5	0	339
รวมทั้งสิ้น	13,973	1,241	1,125	955	1,277	1,045	925	814	288	21,643

ที่มา : รายงาน 506/1 ณ วันที่ 30 กันยายน 2550 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

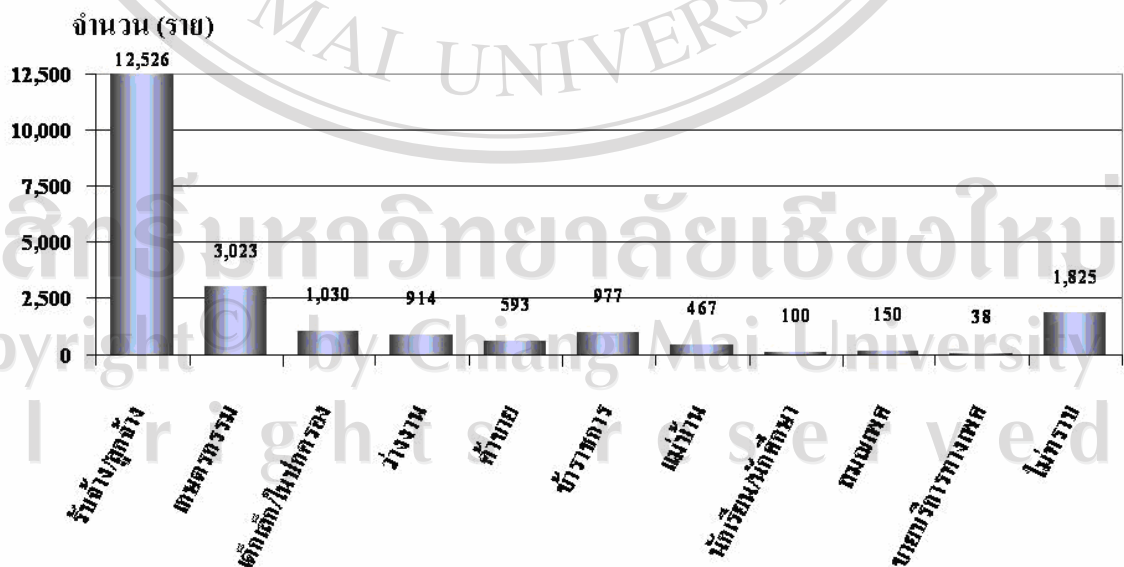
รายงานสถานการณ์ของพื้นที่ภาคเหนือตอนบน พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ในวัย
 แรงงาน คือกลุ่มอายุ 30-34 ปี รองลงมา เป็นกลุ่มอายุ 25-29 ปี และ 35-39 ปี ตามลำดับ
 (ตารางที่ 1.2) และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเป็นลูกจ้าง รองลงมาคือ เกษตรกรรม (รูปที่ 1.3)

ตารางที่ 1.2 กลุ่มอายุและเพศของผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปี พ.ศ. 2531 – 30 ก.ย. 50

อายุ (ปี)	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
0-4	432	2.9	384	5.7	816	3.8
5-9	122	0.8	109	1.6	231	1.1
10-14	29	0.2	46	0.7	75	0.3
15-19	79	0.5	105	1.6	184	0.9
20-24	1,142	7.6	729	10.9	1,871	8.6
25-29	3,292	22	1,488	22.2	4,780	22.1
30-34	3,804	25.4	1,476	22.1	5,280	24.4
35-39	2,920	19.5	1,086	16.2	4,006	18.5
40-44	1,583	10.6	648	9.7	2,231	10.3
45-49	758	5.1	336	5	1,094	5.1
50-54	329	2.2	139	2.1	648	2.2
55-59	193	1.3	75	1.1	268	1.2
มากกว่า 60	268	1.8	71	1.1	339	1.6
ไม่ทราบ	432	2.9	384	5.7	816	3.8
รวมทั้งสิ้น	14,951	69.1	6,692	30.9	21,643	100

ที่มา : รายงาน 506/1 ณ วันที่ 30 กันยายน 2550 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

รูปที่ 1.3 อาชีพของผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดเชียงใหม่



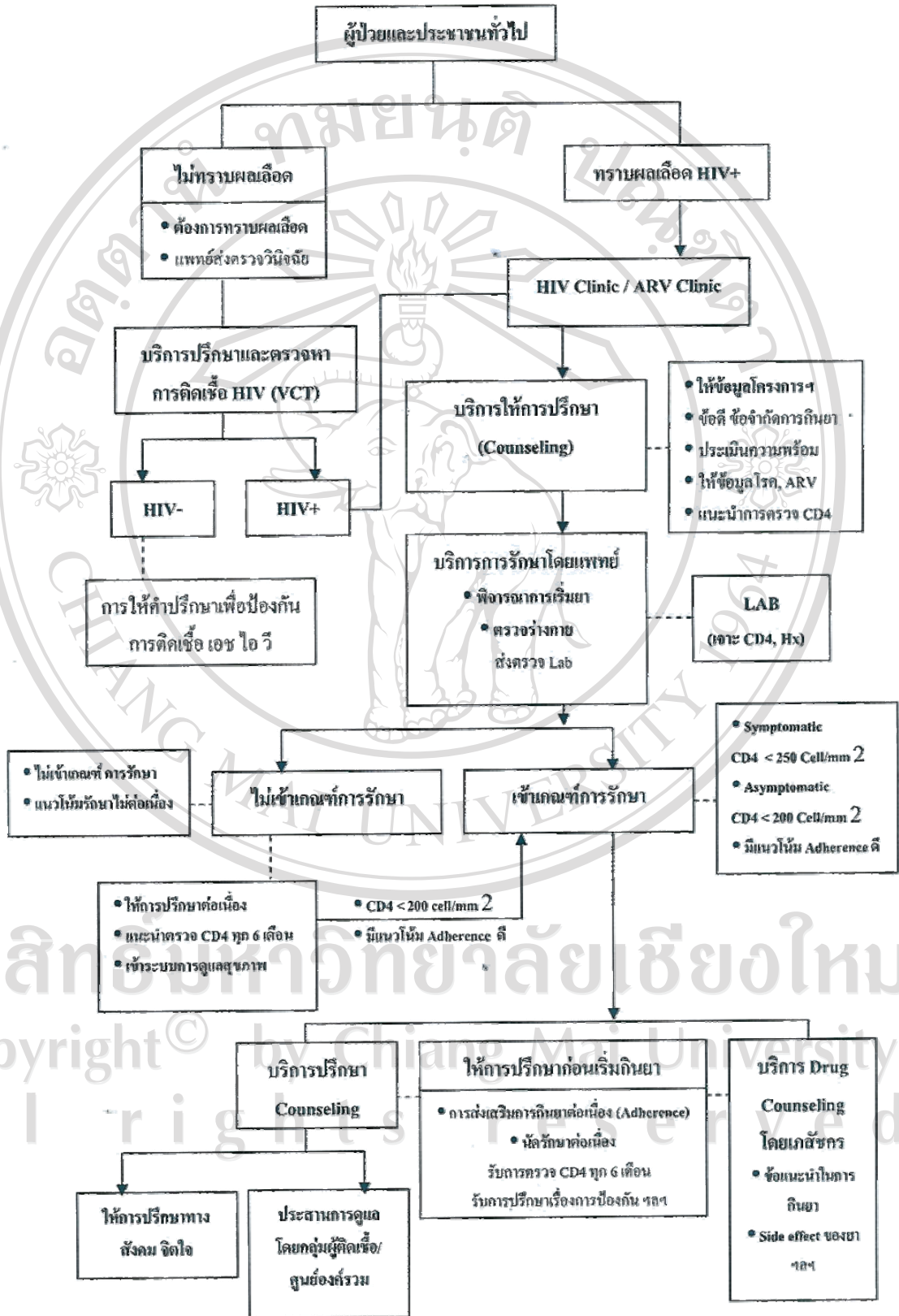
ที่มา : รายงาน 506/1 ณ วันที่ 30 กันยายน 2550 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ดังได้กล่าวแล้วข้างต้นว่า โรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ที่เป็นโรคเอดส์ ครอบครัว ชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น จนถึงระดับประเทศ ก็ได้รับผลกระทบด้วยกันทั้งสิ้น โดยทางด้านเศรษฐกิจ รัฐบาลต้องจ่ายเงินงบประมาณเป็นจำนวนมาก แม้ว่าจะไม่สามารถระบุจำนวนงบประมาณที่รัฐบาลต้องจ่ายไปเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ได้อย่างชัดเจน แต่จากการประมาณการแล้วน่าจะเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก หากดูแนวโน้มการติดเชื้อเอช ไอ วี ในภาพรวมจะพบว่าลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่สถานการณ์ของการติดเชื้อ เอชไอวี ก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ไม่เฉพาะปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาสังคม ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งภาระงบประมาณการรักษาของประเทศ ด้านการรังเกียจ กีดกันภายในสังคมที่ยังคงมีอยู่ รวมถึงการสูญเสียบุคลากรที่อยู่ในวัยที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยรวมทั้งเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ยาเสพติด เศรษฐกิจ การหาเลี้ยงปากท้องของตนเอง ครอบครัวและค่านิยมของสังคม

แม้ว่าปัจจุบันทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมกันให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งครอบคลุมในด้านการดูแลสุขภาพ บริการทางการแพทย์ รวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคมบางส่วน อย่างไรก็ตาม ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ยังคงต้องมีการประสานความร่วมมือจากทุกภาคีเครือข่ายในการช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนจนถึงนโยบายระดับประเทศ ที่มุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติการและติดตามในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเพื่อลดภาระของรัฐบาล และกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเล็งเห็นว่าเป็นปัญหาของทุกฝ่ายที่ต้องร่วมมือกันแก้ไข ไม่ใช่ความรับผิดชอบของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

นอกจากปัญหาโรคเอดส์จะเป็นปัญหาในเชิงนโยบายที่ต้องมีการแก้ไขแล้ว จะเห็นว่าปัญหาที่สำคัญอีกประการในการมารับบริการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ คือ ระบบบริหารจัดการในโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่มีส่วนสำคัญในการช่วยดูแลและยืดอายุในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยอีกด้วย โดยพบว่าปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ให้บริการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุม ตั้งแต่เริ่มเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลต่อเนื่องจนกระทั่งกลับเข้าสู่ชุมชนรองรับอยู่ทุกอำเภอ และน่าจะเพียงพอที่จะให้บริการในแต่ละพื้นที่ได้ แต่ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนก็ยังมีคามพึงพอใจที่จะเลือกรับบริการในโรงพยาบาลที่ตนพอใจ แม้ว่าอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันภาครัฐได้มีนโยบายและวางแผนแนวทางในการบริหารจัดการในโรงพยาบาลด้านการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมและไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล (รูปที่ 1.4)

รูปที่ 1.4 แผนผังการให้บริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์



ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2550)

จากรูปที่ 1.4 เป็นแผนผังแสดงการให้บริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ พบว่า ในการให้บริการผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปนั้น ภายในโรงพยาบาลมีจุดบริการต่าง ๆ ที่รองรับในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการก็จะมีคามพึงพอใจสำหรับบริการที่แตกต่างกันไป ในด้านมาตรฐานการบริการในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน จะมีอยู่ 2 ด้าน ได้แก่ มาตรฐานการบริการให้คำปรึกษา และตรวจคัดกรองโดยสมัครใจ และมาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ (คู่มือบริหารจัดการ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2550)โดยมีการพิจารณาใน 4 มิติ คือ ด้านบุคลากร ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ชันสูตร เป็นต้น ด้านอาคารสถานที่ ได้แก่ มีสถานที่และช่วงเวลาในการให้คำปรึกษา ที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ เป็นสัดส่วนและมีการจัดพื้นที่อย่างเหมาะสม สะอาด สวยงาม ให้ความรู้สึกรผ่อนคลาย เป็นต้น ด้านระบบบริการ เช่น การให้คำปรึกษา สำหรับผู้ใหญ่ หรือพ่อแม่ สำหรับเด็ก ได้แก่ มีระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อเข้ารับการให้คำปรึกษา มีแบบบันทึกเป็นกระดาษหรืออิเล็กทรอนิกส์ มีระบบรักษาความลับ มีสื่อสุขศึกษา มีระบบประสานงาน ส่งต่อ ฯลฯ การตรวจชันสูตร ได้แก่ มีการเก็บตัวอย่างเลือด มีเครื่องมือ น้ำยาหรือชุดตรวจสำเร็จรูป มีระบบควบคุมป้องกันการติดเชื้อในสถานบริการและสิ่งแวดล้อม สามารถรายงานข้อมูล สารสนเทศ ฯลฯ และด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ เช่น มีโครงสร้าง/แผนการบริหารคุณภาพ บริการ มีกิจกรรมในการตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพบริการ มีการประชุมวิชาการ เป็นต้น ซึ่งถ้าคู่มือประกอบในแต่ละมิติหรือแต่ละด้านแล้ว ก็น่าจะนำมาวิเคราะห์ถึงศักยภาพในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ของแต่ละโรงพยาบาลได้ และสามารถที่จะดูในเชิงลึกของโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้ว่า ในระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์นั้น แต่ละโรงพยาบาลให้บริการเป็นอย่างไร ซึ่งในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งก็มีคลินิกสำหรับบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์โดยเฉพาะ แล้วแต่โครงสร้างของโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วย โดยแต่ละคลินิกนั้นจะมีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป และภายในคลินิกนั้นก็จะมีระบบในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกันออกไป บางคลินิกอาจให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์แบบครบวงจร บางแห่งอาจให้บริการไม่ครอบคลุมครบทุกด้าน ทำให้มีผลต่อการมารับบริการ ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอดส์ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาและวิเคราะห์ศักยภาพในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ของโรงพยาบาลเป็นสำคัญ และในการเลือกกลุ่มเป้าหมายนั้น จะเลือกจากโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง และจำนวนผู้ป่วยมารับบริการมาก คือ โรงพยาบาลสันป่าตองที่มีคลินิกให้บริการแบบไม่ครบวงจร เรียกว่าคลินิกเรารักสุขภาพ และ โรงพยาบาลฝางที่มีคลินิกให้บริการแบบครบวงจร เรียกว่าคลินิกให้คำปรึกษา (ตารางที่ 1.3)

ตารางที่ 1.3 รายชื่อโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ แยกตามจำนวนผู้ป่วย เตี้ยง และ ระยะห่างจากอำเภอเมือง

ที่	โรงพยาบาล	จำนวน เตี้ยง	ระยะห่างจาก อ.เมือง (กิโลเมตร)	จำนวนการลงทะเบียน ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
1	รพช. คอยสะเก็ด	30	18	141
2	รพช. แม่แตง	30	40	138
3	รพช. แม่วาง	30	35	58
4	รพช. สันทราย	30	12	140
5	รพช. จอมทอง	120	58	239
6	รพช. เชียงดาว	60	68	200
7	รพช. ไชยปราการ	30	131	126
8	รพช. คอยเต่า	30	121	65
9	รพช. ฝาง	90	154	291
10	รพช. พร้าวก	30	103	123
11	รพช. แม่แจ่ม	30	156	49
12	รพช. แม่อน	30	29	57
13	รพช. แม่อา	30	174	133
14	รพช. เวียงแหง	30	150	60
15	รพช. สะเมิง	30	54	48
16	รพช. สันกำแพง	30	13	119
17	รพช. สันป่าตอง	120	22	527
18	รพช. สวรรัก	30	10	126
19	รพช. หางดง	30	15	144
20	รพช. อมก๋อย	30	179	1
21	รพช. สอด	30	88	68
22	รพช. คอยหล่อ	30	32	153
รวม				3,006

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2551)

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระบบการจัดการในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระบบการจัดการในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้ง 2 ระบบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนา ปรับปรุงระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ สำหรับโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาถึงศักยภาพในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่

1.5 นิยามศัพท์

คลินิกเรารักสุขภาพ หมายถึง คลินิกในโรงพยาบาลต้นป่าตองที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ แบบไม่ครบวงจร คือ ระบบการจัดการของคลินิกจะมีการให้บริการแบบแยกส่วนกัน โดยมีจุดหลักที่ให้บริการนัดผู้ป่วยที่คลินิก และมีห้องให้บริการอื่นๆ แยกส่วนออกไป ได้แก่ ห้องพบแพทย์ ห้องให้คำปรึกษา ห้องจ่ายยา ห้องชันสูตร และห้องประชุมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ

คลินิกให้คำปรึกษา หมายถึง คลินิกในโรงพยาบาลฝางที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ แบบครบวงจร คือ จัดให้มีบริการจุดเดียว (one stop service) โดยมีห้องให้บริการต่าง ๆ อยู่ในคลินิก โดยมีระบบการให้คำปรึกษา การพบแพทย์ การรับยา การส่งตรวจ ภายในคลินิกแบบครบวงจร

ศักยภาพ หมายถึง ความสามารถในการจัดระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ (ต้นป่าตองและฝาง)

บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการ หมายถึง แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา
เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการชั้นสูง ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

บริการสาธารณสุข หมายถึง บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู
สมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved