



การประเมินค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์ตามแบบแผนการรักษา

Estimating the Costs of AIDS Patients Following Treatment Patterns

สุธีรา อุ่นตระกูล¹

วัฒนา พันธุ์ศักดิ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนการรักษาและประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ทั้งในและนอกระบบ) ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ในระยะ 1 เดือน ก่อนเข้าทำการรักษาและมีค่า CD4 อยู่ระหว่าง 50-300 cells/uL มาได้รับการรักษาเฉพาะผู้ป่วยนอกที่คลินิกมาตามนัด โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 70 คน โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้าน (ในกรณีที่ยินยอม) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติร้อยละและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเอดส์เกือบทั้งหมดติดต่อมาทางเพศสัมพันธ์และมีแบบแผนการรักษา 2 แบบแผนใหญ่ๆ ได้แก่ 1) เมื่อมีอาการแทรกซ้อนก็มารับการรักษาที่คลินิกมาตามนัดอย่างเดียว 2) เมื่อมีอาการแทรกซ้อนมารับการรักษาที่คลินิกมาตามนัดและรักษาแผนโบราณควบคู่ไปด้วย ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดในการเลือกแบบแผนการรักษาได้แก่ ประสิทธิภาพการมารับบริการและการหายจากอาการแทรกซ้อน บทบาทของบุคคลในครอบครัว สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยตรง (ทั้งในและนอกระบบ) ของผู้ป่วยเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกเท่านั้น โดยเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง 4,648 บาท ค่าใช้จ่ายโดยทางอ้อม โดยเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง 579.38 บาท ตัวเลขค่าใช้จ่ายเฉพาะผู้ป่วยนอกนั้นว่าสูงมากและถ้ารวมการรักษาในโรงพยาบาล ค่าเสียโอกาสการทำงานก็ยิ่งเพิ่มมูลค่าขึ้นอีกมาก นับเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ดังนั้นจึงควรนำตัวเลขค่าใช้จ่ายนี้มาพิจารณากำหนดการวางแผนรณรงค์ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : แบบแผนการรักษา การประเมินค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยเอดส์

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

This research study was aimed to examine the patterns of AIDS treatment and to evaluate the direct and indirect costs of AIDS treatment and care. The subjects were 70 persons diagnosed with AIDS within the period of one month before the in-depth interview and had CD4 between 50-300 cells/uL. The subjects were recruited when they had their doctor appointment at Nakorn-pathom Hospital. Both patients and families were interviewed and home visit was made for those who agree to participate in the study. Percentage and mean were calculated for quantitative data. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results indicated that almost all AIDS patients contacted HIV through hetero-sexual contact and had two major patterns of treatment: 1) seeking AIDS treatment at the appointed clinic when having complication symptoms; and 2) seeking AIDS treatment at the appointed clinic when having complication symptoms and utilizing Thai traditional medicine simultaneously. Factors influencing their treatment pattern included the experience of previous treatment received, the cure of complication symptoms, and the role of family members. The average of direct and indirect costs of outpatient's treatment and care (both within and outside the system) were 4,648 Baht per person per visit, and 579.38 Baht per person per visit respectively. The cost of outpatient's treatment and care was considerably high. It was even higher if the cost of inpatient's treatment and care was included. The number will be higher when consider the cost of losing workforce. Such high cost of AIDS treatment and care lead to the tremendous economic loss for the nation. It is suggested that the cost of AIDS treatment and care should be taken into consideration when planning for HIV/AIDS prevention and care campaign in the future.

Key words : Treatment pattern , cost estimation, AIDS patients.

1. บทนำ

เอดส์ไม่ได้นำความเสียหายมาสู่ครอบครัว ผู้เสียชีวิตและสังคมเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อ เศรษฐกิจของประเทศปีละนับแสนล้านบาทถ้ามอง เฉพาะต้นทุนทางตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ เท่ากับ 30% ของรายได้ครัวเรือนระดับกลางรายได้

ครอบครัวส่วนใหญ่จึงหมดไปกับการรักษาพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา การดูแลสุขภาพของ บุคคลในครอบครัวต้องถูกตัดทอนลงมีผลให้การ พัฒนาบุคลากรของชาติต้องชะงักไป ส่วนต้นทุน ทางอ้อมอันเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ในช่วงปี 2534-2543 ต้นทุนทางอ้อมจะคิดเป็นเงินถึง 2 แสนล้านบาท ทำให้การพัฒนาเศรษฐกิจไม่เป็นไปตามแผน ความสูญเสียยังรวมไปถึงทรัพยากรมนุษย์ในภาคต่างๆ ทั้งภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ตลอดจนมีผลกระทบต่อธุรกิจการท่องเที่ยว (วัฒนา สุวรรณแสงจันทร์เจริญ 2538)

จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย (31 ตุลาคม 2551) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น จำนวน 339,697 ราย (รวมผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว จำนวน 92,275 ราย) อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 20-49 ปี พบมากที่สุดช่วงอายุ 30-34 ปี และร้อยละ 70 มีระดับการศึกษาน้อยรายได้ต่ำ ประกอบอาชีพใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2551) ตัวเลขจำนวนผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าว ย่อมจะส่งผลอย่างมากต่อภาวะค่าใช้จ่ายของครอบครัวของผู้ป่วยเองและรัฐบาลในอนาคต เพราะค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ถูกประมาณคนละ 237,828-722,500 บาทต่อปี (Rietmeijer, Cornelis 1993) การคาดประมาณค่าใช้จ่ายนี้มีมูลค่าที่แตกต่างกันออกไปตามรูปแบบและคุณภาพ ของวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับพบว่าประมาณปีละ 30-50% ของรายได้ครอบครัวคนไทยโดยเฉลี่ย (Viravaidya, Obremskey and Myers, 1991) ซึ่งต้องเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องร่วมรับผิดชอบและเป็นอัตราที่สูงมากเกินกว่าที่ครอบครัวจะแบกรับภาระได้ตามลำพังได้ รัฐบาลจำเป็นต้องเข้าร่วมรับภาระนี้ด้วย จากการคาดประมาณมูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องจากการสูญเสียประชากรวัยแรงงานนี้ของประเทศไทย คาดว่าจะมีการสูญเสียเวลาในการทำงานของคนในวัยนี้ไปประมาณ 25 ปี โดยคิดเป็นเงินรายได้ในแต่ละปีที่สูญเสียไปประมาณปีละ 37,500 บาทต่อคน

เพราะฉะนั้นเมื่อคิดรวมทั้งคนดูแลรายได้ที่จะต้องสูญเสียไปจากการเสียชีวิตของประชากรวัยหนุ่มสาวเหล่านี้ 1 คน จะตกประมาณ 550,000 บาท โดยการคาดประมาณการนี้คำนวณโดยใช้อัตราลดทางสังคม (Social discount rate) ร้อยละ 5.0 (Viravaidya ; Obremskey, and Myers, (1991)

การพิจารณาค่าใช้จ่ายที่ใช้ทั้งหมดโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลจะเป็นตัวกำหนด อันหนึ่งในการวางแผนการรณรงค์ป้องกัน สำหรับผู้ติดเชื้อต่อไปในอนาคต การประเมินค่าใช้จ่ายทางการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับว่าจะประเมินในระยะไหนของผู้ป่วย เพราะการดูแลรักษาแต่ละระยะจะแตกต่างกันไป เช่นถ้าจะประเมินในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่แพงเท่าในผู้ป่วยเอดส์ และการประเมินค่ารักษา พยาบาลจะคิดเฉพาะการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงโดยตรงทั้งในระบบและนอกระบบ บทความวิจัยนี้ต้องการนำเสนอแบบแผนการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่ทำการรักษาทั้งในระบบและนอกระบบในเวลาเดียวกันและการประเมินค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาพยาบาลทั้งในระบบและนอกระบบรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร และค่าเสียเวลาของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อต้องการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ทั้งในระบบและนอกระบบ) ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยเอดส์ตามแบบแผนการรักษา

3. วิธีการศึกษา

นิยามศัพท์

การรักษาพยาบาลโดยตรงทั้งในระบบและนอกระบบ (ในระบบ หมายถึง ทำการรักษาจากแพทย์ (MD.) นอกระบบ หมายถึง ทำการรักษาจากแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร หมอพระ ฯลฯ) เพราะผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีการรักษาทั้งในและนอกระบบควบคู่กันไปเสมอ นอกจากนี้แล้ว การประเมินค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) ซึ่งได้แก่ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเสียเวลา และค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและญาติที่ดูแล เป็นสิ่งที่ควรนำมาประเมินเพราะครอบครัวของผู้ป่วยต้องใช้จ่ายมากและอาจจะมากกว่าค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถจ่ายค่ารักษาได้เพียงประมาณ 40% ของค่ารักษาพยาบาลที่มารับการรักษาแต่ละครั้งเท่านั้น (สุขสันต์ กิตติศุภกร และคณะ 2536)

แบบแผนการรักษา เป็นการศึกษาพฤติกรรม การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการแสวงหาการรักษาพยาบาล (Stages of health-seeking behavior) โดยศึกษาติดตามพฤติกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ของการเจ็บป่วยและลักษณะการเลือกใช้แหล่งบริการทางการแพทย์ รวมถึงการตัดสินใจ (decision-making process) ในการเลือกแหล่งการรักษานั้นๆ โดยเฉพาะในสังคมไทยที่มีระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพหลายระบบ เช่น ขั้นตอนการประสบกับอาการ เมื่อมีอาการของโรคเกิดขึ้นทำให้รับรู้ถึงอาการนั้น ทำการวินิจฉัยอาการ ก่อให้เกิดขั้นตอนต่อไป คือขั้นตอนการรักษาตนเองหรือไปรับการรักษาตามสถานบริการของรัฐ หรือเอกชน หรือใช้การรักษาแบบแผนโบราณตามการรับรู้ของผู้ป่วย

และบุคคลในครอบครัว ทำให้เราทราบถึงแบบแผนการรักษานั้นๆ เช่น เมื่อมีอาการ ก็จะตรงไปรับการรักษาที่คลินิกมาตามนัด โรงพยาบาลนครปฐม เป็นต้น จะมีผลในการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและประหยัดทรัพยากรของประเทศ (สุธีรา อุ่นตระกูล, 2526)

คลินิกมาตามนัด โรงพยาบาลนครปฐม เป็นคลินิกที่ทำการรักษาเฉพาะผู้ติดเชื้อ ผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์และผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ในระยะ 1 เดือน ก่อนเข้าทำการรักษาและมีค่า CD4 อยู่ระหว่าง 50-300 cells/uL มารับการรักษาเฉพาะผู้ป่วยนอกที่คลินิกมาตามนัด โรงพยาบาลนครปฐม และเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถพูดคุยตอบโต้ได้อย่างปกติ ความจำดีและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 70 คน ระหว่างเดือนกันยายน 2545 ถึงเดือนพฤษภาคม 2546 เหตุผลที่กำหนดระยะเวลาเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในแบบแผนการรักษาและค่าใช้จ่ายต่างๆ และต้องการให้กลุ่มตัวอย่างมีจุดเริ่มต้นของโรคที่ใกล้เคียงกัน ทั้งในระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น และระยะเวลาที่เข้าสู่การเป็นผู้ป่วยเอดส์จะมีผลต่อการเลือกแหล่งการรักษาและการประเมินค่าใช้จ่าย

วิธีการศึกษาและวิธีการวิเคราะห์

ใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ช่วง คือ

- ช่วงแรก เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว ฐานะระดับการศึกษา แบบแผนการรักษา ปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นตัวกำหนดทำให้เลือกแบบแผนการรักษานั้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้อยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัดทางฐานะ

เศรษฐกิจของครอบครัว กรอบวิธีคิด ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ป่วยและบุคคล ในครอบครัว และค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรักษาแบบ นั้นๆ (ทั้งในและนอกระบบ) รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเสียเวลาของผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัวที่ต้องพามาโรงพยาบาล/ ดูแลทำให้ต้องขาดรายได้ ตลอดระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา การสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละรายส่วนใหญ่ ต้องใช้การสัมภาษณ์อย่างน้อย 2 ครั้ง ทั้งนี้เพราะ ในครั้งแรกผู้วิจัยจำเป็นต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวและถามความสมัครใจยินยอมตนเป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งยินยอมให้ไปติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย/ ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการอบรม

- ช่วงหลัง เป็นการติดตามศึกษาติดตาม (Prospective study) เน้นแบบแผนการรักษาทั้งในระบบและนอกระบบ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อม ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจออกไปสู่การรักษาอกระบบ การยอมรับของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ การยอมรับและการให้การดูแลของบุคคลในครอบครัวที่แตกต่างกันในเชิงโครงสร้างทางสังคมของแต่ละครอบครัว มีผลต่อการสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด เมื่อทำการสัมภาษณ์ได้ประมาณ 10- 15 ราย แล้วจึงทำการติดตามเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วย (ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวยินยอมให้นักวิจัย/ผู้ติดเชื้อที่เป็นแกนนำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่ได้รับการอบรมจากผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้านร่วม/แทนผู้วิจัย ซึ่งปรากฏว่าได้รับความ

ร่วมมือเป็นอย่างดีมากกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง) และที่คลินิกตามนัดในรายที่ไม่ยินยอม โดยเว้นระยะห่างจากการสัมภาษณ์ครั้งแรกประมาณ 2-3 อาทิตย์ ประมาณ 1-2 ครั้งต่อราย จำนวนครั้งของการติดตามเยี่ยมบ้านขึ้นกับอาการของผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าสามารถทำการติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย/ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการอบรมจำนวนเพียง 20 ราย และที่คลินิกตามนัด จำนวน 10 รายเท่านั้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

4. ผลการศึกษา

ลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยเอดส์

ลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยเอดส์ (ตารางที่1) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 70 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.57 ช่วงอายุ 21-40 ปี พบมากที่สุดร้อยละ 70 และยังพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุน้อยระหว่าง 15-20 ปี ร้อยละ 11.43 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.6 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.29 สถานภาพสมรส คู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.14 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 35.71 รายได้ต่อเดือน มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเอดส์มีรายได้ระหว่าง 1,000-10,000 บาท (ร้อยละ 67.14)

ตารางที่ 1 : ลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยเอดส์

ลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยเอดส์	จำนวน (คน) N = 70	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	41.43
หญิง	41	58.57
ช่วงอายุ (ปี)		
15-20	8	11.43
21-30	29	41.43
31-40	20	28.57
41-50	11	15.71
50 ⁺	2	2.86
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	45	64.29
มัธยมศึกษา	13	18.57
อนุปริญญา/ปวส.	9	12.86
ปริญญาตรี	3	4.28
สถานภาพสมรส		
คู่	40	57.14
หม้าย	25	35.72
แยก	5	7.14
อาชีพ		
เกษตรกรรม (ทำนา – ทำสวน – ทำไร่-เลี้ยงสัตว์)	25	35.71
ธุรกิจการค้าและอุตสาหกรรม (ก่อสร้าง-โต๊ะจีน-ค้าขาย)	7	10.00
รับจ้าง (บริษัท/โรงงาน)		
รับจ้างทั่วไป	8	11.43
แม่บ้าน	22	31.43
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	7.14
	3	4.29

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยเอดส์	จำนวน (คน) N = 70	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
1,000-5,000 บาท	20	28.57
5,000-10,000 บาท	27	38.57
10,000-15,000 บาท	10	14.29
15,000-20,000 บาท	7	10.00
20,000-30,000 บาท	4	5.71
30,000 บาทขึ้นไป	2	2.86

5. แบบแผนการรักษาของผู้ป่วยเอดส์

พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความกลัว วิดกกังวลและสิ้นหวัง พยายามที่จะแสวงหาวิธีการรักษาและการทดลองใช้วิธีการรักษาอื่นๆ ทั้งการรักษาแผนปัจจุบันและแผนโบราณ รักษาแบบพื้นบ้านกับพระ รักษาด้วยยาจีน รักษาทางด้านจิตใจโดยใช้หลักพุทธศาสนาฝึกสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบสำหรับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ตลอดระยะ 1 เดือน ก่อนที่ผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลและศึกษาติดตามอีกประมาณ 1-2 เดือนพบว่าแบบแผนการรักษาใหญ่ ๆ 2 แบบแผน กล่าวคือ

แบบแผนที่ 1 เมื่อมีอาการแทรกซ้อน
→ **คลินิกมาตามนัดโรงพยาบาลนครปฐม (42คน)**

แบบแผนการรักษานี้เป็นแบบแผนที่ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ทำการรักษาร้อยละ 60 (42 คน) กล่าวคือเมื่อมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง เช่นท้องร่วงอย่างรุนแรง ไอหอบเหนื่อย ปวดศีรษะอย่างรุนแรง

เป็นต้น ก็จะตรงไปรับการรักษาที่คลินิกมาตามนัดโรงพยาบาลนครปฐมทันทีเพราะตระหนักและรับรู้เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนของตนเองดีอยู่แล้ว มีเพียง 5 ราย เท่านั้นที่มารับการรักษาที่คลินิกมาตามนัด โดยที่ไม่ทราบว่าตนป่วยเป็นเอดส์ แต่บุคคลในครอบครัวสงสัยและเป็นผู้พาไป

การเปิดเผยผลการติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่ 30 ราย บอกให้บุคคลในครอบครัวซึ่งได้แก่ สามี หรือภรรยา บิดามารดา ของสามี/ภรรยา แต่ระยะเวลาของการเปิดเผยว่าตนติดเชื้อ HIV ให้บุคคลในครอบครัว มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยเฉลี่ยประมาณ 3 เดือน – 1 ปี ขึ้นอยู่กับความสามารถเผชิญกับอันตรายของโรค การปรับตัวที่จะมีชีวิตร่วมกับโรคเอดส์จนกระทั่งสามารถทำใจยอมรับการป่วยและพร้อมที่จะมีชีวิตร่วมกับโรคนี้ในระยะแรก ๆ เป็นช่วงของการปิดบังผลการตรวจเลือดที่จะตีตราว่าตนเป็นผู้ติดเชื้อ HIV หรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะไม่มั่นใจในปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในครอบครัวกลัวว่าจะได้รับการรังเกียจ ทำให้ตนเองรู้สึกด้อยค่าขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย

และถูกลดความมีศักดิ์ศรีของตน รวมทั้งไม่แน่ใจในการเก็บรักษาความลับของบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของสุริรา ฮุนตระกูล (2536)

ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดทำให้เลือกแบบแผนการรักษา

ประสบการณ์การมารับการรักษาที่คลินิกมาตามนัด สำหรับผู้ป่วยที่เปิดเผยผลการตรวจเลือด ประสบการณ์การมารับการรักษาที่คลินิกมาตามนัด ตั้งแต่ยังเป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์และหายจากอาการแทรกซ้อนที่เป็น รวมทั้งเคยเห็นอาการแทรกซ้อนของเพื่อนๆ ผู้ป่วยเอดส์คนอื่นๆ ที่มารับการรักษาที่คลินิกมาตามนัด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเอดส์ประสบอาการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน ก็จะตรงมารับการรักษาที่คลินิกมาตามนัดโดยตรง

บทบาทของบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่เด่นชัดมากในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยผลการตรวจเลือดทั้งๆ ที่ทราบมาก่อนและกลุ่มที่ไม่ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคเอดส์ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นและพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล พบว่าแม่และพี่สาวเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและพามารับการรักษามากที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโสทรหรือหม้ายหรือแยกทางกัน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย แม่เป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจเปิดเผยฐานะของการติดเชื้อและหวังว่าจะฝากลูกไว้ให้ช่วยดูแลเมื่อตนเองตายไป สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ จันทรจิรัส และคณะ (2537) แม่เป็นบุคคลที่สนับสนุนทางด้านจิตใจ ซึ่งคอยกระตุ้นให้กำลังใจกับผู้ป่วยไม่ให้ท้อแท้ให้ต่อสู้กับโรคและไม่ให้สิ้นหวังในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริรา ฮุนตระกูล และเพ็ญศรี กวีวงศ์ ประเสริฐ (2536)

ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษามีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางและค่อนข้างต่ำ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกคนมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรประกันสังคม ดังนั้นเมื่อมีอาการแทรกซ้อน ก็ตรงมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ความต้องการรับยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้ป่วยเอดส์ทราบว่าที่คลินิกมาตามนัดมีโครงการยาต้านไวรัสเอดส์และจะให้ผู้ป่วยที่มีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 Cells/uL (กระทรวงสาธารณสุข. 2546) ในช่วงระยะเวลาที่เข้าไปเก็บข้อมูล มียาต้านไวรัสที่ได้รับจากส่วนกลางและให้ผู้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่ามีเพียง 50 รายเท่านั้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนตรงมารับการรักษาที่คลินิกมาตามนัด

แบบแผนที่ 2

เป็นแบบแผนการรักษาที่พบบ่อยในโรคเรื้อรังและโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยใช้การรักษาหลายอย่างผสมผสานไปพร้อมๆ กัน แบ่งเป็นแบบแผนการรักษาย่อยๆ ดังนี้

2.1 เมื่อมีอาการแทรกซ้อน →

คลินิกมาตามนัดและยาแผนโบราณ (21 คน)

แบบแผนการรักษานี้ ใช้การรักษาแผนโบราณควบคู่ไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน พบได้อย่างแพร่หลายและสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวิมล เปลี้นมา (2543) ผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม และได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวและเครือข่ายสังคม ซึ่งได้แก่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อด้วยกัน ผู้ป่วยทุกคนมารับการรักษาที่คลินิกมาตามนัดทุกเดือนๆ ละครั้ง และถ้ามีอาการแทรกซ้อนสามารถมารับการรักษาได้ตลอดเวลา แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้ง 21 คน ใช้อาสมุนไพรรักษาและยาจีนควบคู่ไปด้วย โดยเอายาสมุนไพรมาดมกิน ทุกวันเช้า-เย็น เพื่อบรรเทาอาการแทรกซ้อน และพบว่าบุคคลในครอบครัวและเพื่อนผู้ป่วย/

ผู้ติดเชื้อด้วยกันเป็นผู้แนะนำ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่ปกปิดฐานะการติดเชื้อในครอบครัวจะได้รับการดูแลเอาใจใส่รวมทั้งพยายามแสวงหาการรักษามาให้โดยไม่คิดมูลค่าต่อผู้ป่วยเลย

2.2 เมื่อมีอาการแทรกซ้อน → คลินิกตามนัดและยาเสริมภูมิคุ้มกัน (4 คน)

แบบแผนนั้นนอกจากการรักษาที่คลินิกตามนัดแล้วยังหายาเสริมภูมิคุ้มกันตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติมารับประทานเพิ่ม ส่วนใหญ่ได้รับการชักชวนจากการขายตรงของคนที่รู้จักกัน เพื่อบรรเทาอาการแทรกซ้อนต่างๆ ขั้วของเสียออกจากร่างกาย บำรุงสุขภาพทำให้เจริญอาหารและเพิ่มภูมิคุ้มกันต่อโรค ผู้ป่วยในแบบแผนนี้ค่อนข้างมีฐานะทางเศรษฐกิจดี

2.3 เมื่อมีอาการแทรกซ้อน → คลินิกตามนัดและโรงพยาบาลเอกชน/ คลินิกเอกชนและยาแผนโบราณ (3 คน)

แบบแผนการรักษานี้มีผู้ป่วยเอดส์ทำการรักษา 3 คน โดย 2 คนเป็นผู้ป่วยที่ปกปิดฐานะการติดเชื้อ ไม่เปิดเผยให้คนในครอบครัวทราบเลย เมื่อมีอาการแทรกซ้อนหลังจากมารับการรักษาจากคลินิกตามนัดแล้ว ก็จะตรงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน / คลินิกเอกชน เพื่อต้องการให้อาการแทรกซ้อนดีขึ้นเร็ว ๆ กันความสงสัยจากบุคคลอื่น

ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดทำให้เลือกแบบแผนการรักษานี้

บทบาทของบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่เด่นชัดมากในแบบแผนการรักษานี้ บุคคลในครอบครัวและญาติพี่น้องรวมทั้งเพื่อนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเป็นผู้แนะนำ และ/หรือ พาผู้ป่วยไปรับการรักษา

จากการแพทย์แผนโบราณ ไม่ว่าจะเป็นสมุนไพร ยาพื้นบ้านและยาเสริมภูมิคุ้มกัน จากการศึกษาพบว่า แม่เป็นบุคคลที่มีบทบาทมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยฐานะการติดเชื้อ เป็นผู้แสวงหาและพาผู้ป่วยไปรับการรักษาและยังเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอีกด้วย ส่วนบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอื่นๆ สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยฐานะการติดเชื้อพบว่าเพื่อนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ เป็นเครือข่ายสังคมที่มีบทบาทมากที่สุด ภาวะเครียด วิตกกังวล และกลัวจากการถูกรังเกียจและถูกแบ่งแยก กีดกันจากสังคม เป็นปัจจัยแรงที่ทำให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ดีที่สุด และเสริมจากที่ได้รับ เพื่อต้องการให้อาการแทรกซ้อนบรรเทาลงและยืดชีวิตให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้สามารถอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ

การยอมรับและการให้การดูแลของบุคคลในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลและช่วยเหลือ รวมทั้งปกป้องจากบุคคลในครอบครัวและรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นอย่างดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวชนบทและเป็นครอบครัวขยาย ความรู้สึกรังเกียจแม้จะมีอยู่บ้างแต่ค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกสงสัย เห็นใจให้การยอมรับและช่วยเหลือเกื้อกูลดูแลกันเป็นอย่างดี ทั้งๆที่ฐานะทางเศรษฐกิจและระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ค่อนข้างต่ำซึ่งแตกต่างกับครอบครัวเดี่ยวโดยเฉพาะครอบครัวที่อยู่ในเขตเมือง มีความทันสมัยของวัฒนธรรมคนเมือง (Modernization) มาก ระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ค่อนข้างสูง แต่ความรู้สึกรังเกียจของบุคคลในครอบครัวค่อนข้างเด่นชัด การยอมรับและให้การดูแลแก่ผู้ป่วยค่อนข้างน้อยมาก โดยเฉพาะครอบครัวที่ขาด

แม้ซึ่งเป็นจุดรวมของครอบครัว ทั้งนี้เพราะทุกคนต้องทำงานไม่สามารถออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียว จนกว่าจะถึงเวลาเลิกงาน และแยกห้องให้ผู้ป่วยอยู่เฉพาะต่างหากไม่ให้ปะปนกับผู้อื่น บางครอบครัวถึงกับเอาผู้ป่วยไปไว้ที่วัดพระบาทน้ำพุเพราะไม่สามารถดูแลและหาเงินมารักษาได้

การยอมรับของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์
พบว่าชุมชนทั้งเขตเมืองและชนบทยังคงมีความรังเกียจต่อผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อ ก่อนข้างสูง ปฏิกิริยาของสังคมเชิงลบต่อผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมีค่อนข้างมาก ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าออกจากบ้านไปไกลเกินกว่าขอบเขตของญาติพี่น้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา อุณหะกุล และเพ็ญศรี กวีวงศ์ ประเสริฐ (2544) ที่พบว่า ชุมชนภาคกลางยังมีการยอมรับน้อย และมีปฏิกิริยาทางสังคมเชิงลบต่อผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อทั้งนี้เพราะว่าวัฒนธรรมชุมชนภาคกลางเป็นวัฒนธรรมแบบทุนนิยมที่เน้นความเป็นปัจเจกชน ปกป้องสิทธิประโยชน์ของตนเอง พร้อมกับจำกัดขอบเขตของเครือข่ายทางสังคมด้วยความจำเป็นทางเศรษฐกิจ และแม้ว่าระยะเวลาผ่านไปเกือบ 20 ปี ระดับความรู้สึกรังเกียจต่อผู้ป่วยเอดส์ของคนในชุมชนก็ไม่ได้ลดลงเลย ทำให้ต้องกลับมาพิจารณาถึงการให้ความรู้เรื่องเอดส์และการปรับทัศนคติของคนต่อผู้ป่วยเอดส์ ว่าได้ผลมากน้อยเพียงใด นำไปปฏิบัติได้หรือไม่

ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ในภาพกว้าง แต่รายละเอียดเนื้อหาสาระของความรู้ที่จะนำไปปฏิบัติยังขาดค่อนข้างมาก เช่น ผู้ป่วยชายยังไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลยสักครั้งเดียว ความไม่มั่นใจ กลัวการติดเชื้อเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเอดส์ของบุคคลในครอบครัว.

การประเมินค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์

การประเมินค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์ ประเมินค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงโดยตรง (Direct cost) ทั้งในระบบและนอกระบบ เพราะผู้ป่วยโรคเอดส์มักมีการรักษาทั้งในระบบและนอกระบบควบคู่กันไปเสมอและการประเมินค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน 2545 พฤษภาคม 2546 ประเมินค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเอดส์โดยตรงจากแพทย์คิดเฉพาะที่คลินิกมาตามนัด (Out Patient) ของโรงพยาบาลนครปฐมเท่านั้น (ไม่คิดรวมผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล) และค่ารักษาที่เกิดจากการไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชน/โรงพยาบาลเอกชนก่อนมาที่โรงพยาบาลนครปฐม โดยปกติผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเดือนละครั้งค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์ที่เกิดขึ้น คือค่ายาและค่าเจาะเลือดตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาวलिโฟไซด์ (CD4) ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อน

สำหรับค่ายาเป็นค่ายาต้านไวรัสเอดส์และยารักษาอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วย ในช่วงระยะที่ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลเป็นช่วงเวลาที่คลินิกมาตามนัด โรงพยาบาลนครปฐมได้รับโควตาต้านไวรัสเอดส์จากกระทรวงสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่า 50 ราย การที่ผู้ป่วยจะได้รับยาต้านได้ต้องเจาะเลือด หาค่า CD4 ซึ่งค่า $CD4 \leq 200$ cells/uL (กระทรวงสาธารณสุข. 2546) ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงมีทั้งที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และไม่ได้ยาต้านไวรัสเอดส์ กลุ่มที่กินยาต้านยามีทั้งไม่เสียเงินและเสียเงิน ยาต้านไวรัสเอดส์ มีสูตรยาอยู่ 3 สูตร (กระทรวงสาธารณสุข. 2546) ผู้ป่วยจะได้รับยาสูตรใดขึ้นอยู่กับอาการและภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการดื้อยาของผู้ป่วย ค่ายาที่ใช้ในแต่ละสูตรระหว่าง 1,200-10,000 บาทขึ้นไปขึ้นกับสูตรยาที่ใช้ ค่ารักษาอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีบัตรหลักประกัน

สุขภาพ (บัตรทอง 30 บาท) หรือประกันสังคม ซึ่งบัตรหลักประกันสุขภาพ ในขณะนั้นไม่ครอบคลุมยาต้านไวรัสเอดส์ มีผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ที่ใช้สิทธิของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ซึ่งสามารถเบิกได้ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามก็มีผู้ป่วยอีกหลายรายที่ไม่สามารถเบิกได้เลยเพราะยังไม่ได้ย้ายบัตรหลักประกันสุขภาพมาที่จังหวัดนครปฐม ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นกลุ่มพวกนี้ก็จะได้รับการพิจารณาให้เข้าโครงการยาต้านฟรี แต่จะต้องเสียค่าเจาะเลือดหา CD4 ค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 400 – 1,200 บาท ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยเจาะเลือดที่ใด

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรงทั้งในและนอกระบบ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ 70 คน ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 52 คน จำแนกเป็นเข้าโครงการยาต้านฟรี 14 คน (แต่ต้องเสียเงินค่ายารักษาอาการแทรกซ้อน ส่วนใหญ่มีบัตรหลักประกันสุขภาพและประกันสังคม บางรายต้องจ่ายเองถ้าไม่มีบัตรเหล่านี้) และอีก 38 คน เสียเงินค่ายาต้านและค่ายารักษาอาการแทรกซ้อน ดังนั้นถ้าคิดเฉพาะ กลุ่มที่เสียเงินค่ายาต้านและค่ายารักษาอาการแทรกซ้อน จำนวน 38 คน พบว่าค่ายาและค่ารักษาทั้งหมดเท่ากับ 184,110 บาท (ค่าเฉลี่ย=4,845 บาท ค่ามัธยฐาน =2,975 บาท) จะเห็นได้ว่าค่ายาและค่ารักษาโดยเฉลี่ยต่อรายค่อนข้างสูง(4,845 บาท) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มขึ้น ก็จะต้องไปรับการรักษาที่คลินิกมาตามนัด เพื่อขอเข้าโครงการยาต้านฟรีเพราะสามารถลดค่าใช้จ่ายลงไปได้อีกมาก

สำหรับผู้ป่วยอีก 18 คนที่ยังไม่ได้รับยาต้านมารักษาอาการแทรกซ้อน ส่วนใหญ่ใช้บัตรหลักประกันสุขภาพและบัตรประกันสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับยาต้าน (3ใน18 คน) ที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนคลินิกเอกชนก่อนที่จะมาตรวจตามนัดที่คลินิกมาตามนัดซึ่งค่ารักษาอยู่ระหว่าง 3,000-12,000 คนต่อครั้ง ดังนั้นค่ายาและค่ารักษาจากแพทย์โดยตรงของผู้ป่วย 70 ราย รวม 205,110 บาท (ค่าเฉลี่ย= 2,930.14 บาท ค่ามัธยฐาน = 1,050 บาท) จะเห็นได้ว่าค่ายาโดยเฉลี่ยต่อคนไม่สูงมากนักทั้งนี้เพราะว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้บัตรหลักประกันสุขภาพ(ค่ามัธยฐาน=1,050)

ค่าเจาะเลือดหาค่า CD4 มีผู้ป่วยเจาะเลือดใน 1 เดือนก่อนทำการสัมภาษณ์เพียง 32 คน จาก 70 คนเท่านั้น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ถึงกำหนดที่จะต้องเจาะเลือด พบว่าค่าเจาะเลือดของผู้ป่วย 32 คน รวม =27,080 บาท(ค่าเฉลี่ย= 846.25 บาท ค่ามัธยฐาน= 1,000 บาท)

สำหรับค่ายาแผนโบราณเป็นการรักษา นอกกระบบ พบว่ามีผู้ป่วยใช้บริการการรักษาทั้งหมด 28 คน ค่าใช้จ่ายต่อเดือนที่ค่อนข้างสูงอยู่ระหว่าง 295 บาทถึง 6,000บาทและเป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาตามปกติที่คลินิกมาตามนัด แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยินดีจ่ายเพราะเชื่อในสรรพคุณของยา และเคยเห็นหรือเคยมีประสบการณ์การหายจากการรักษาด้วยยานั้นมาแล้ว ค่ายาแผนโบราณของผู้ป่วย 28 คน รวมทั้งหมด 45,741 บาท (ค่าเฉลี่ย = 1,633.60 บาท ค่ามัธยฐาน = 1,175 บาท)

ตารางที่ 2 : ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับค่ายารักษาโดยตรงทั้งในและนอกระบบ

ค่าใช้จ่ายโดยตรง	รวม (บาท)	เฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง (บาท)
ค่ายาและค่ารักษา (N = 70)	205,100	2,930
ค่าเจาะเลือด (N = 32)	27,080	846
ค่ายาแผนโบราณ (N = 28)	45,741	1,634
รวม	277,931	4,648

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาโดยตรงทั้งในระบบและนอกระบบของผู้ป่วยเอดส์เฉลี่ย ต่อคนต่อครั้ง = 4,648 บาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการศึกษาของสุขสันต์ กิตติศุภกร (2536) ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์เฉพาะการมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในปี 2536 เฉลี่ย 2,905.86 บาทต่อคนต่อครั้ง จะเห็นวาระยะเวลาผ่าน 10 ปี ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 ถ้าหักค่าใช้จ่ายจากค่ายาแผนโบราณ (เฉลี่ยต่อคนต่อครั้งเท่ากับ 653.44 บาทโดยใช้ค่ายาแผนโบราณทั้งหมดหารด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) ออก ค่ายาและค่ารักษาโดยตรง มีค่าเฉลี่ยต่อคนต่อครั้งในปีที่ศึกษา(2545-2546) มีค่าเท่ากับ 3,995 บาท ทั้งนี้เพราะการมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ฟรีจากกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ายาและค่ารักษาโดยตรงไม่สะท้อนตามความเป็นจริง และแม้ว่าในปัจจุบันตัวเลขค่ารักษาโรคเอดส์เปลี่ยนแปลง ไปเพราะผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านฟรี ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาโดยตรงของผู้ป่วยเกือบจะไม่มี แต่อย่างไรก็ตามเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ายาต้านให้กับภาครัฐ แม้ว่าจะน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยเอดส์หลายเท่า

ค่าใช้จ่ายโดยอ้อมของผู้ป่วยเอดส์เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการมารับบริการ เกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งได้แก่ค่าพาหนะในการเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเสียเวลาการทำงานของผู้ป่วยและญาติที่ต้องพามา

พาหนะที่ผู้ป่วยใช้ในการเดินทาง การประมาณค่าใช้จ่ายคิดจากจำนวนเงินที่ผู้ป่วยจ่ายจริงที่เกิดจากการเดินทางไปรับการรักษาทั้งที่โรงพยาบาลนครปฐม คลินิกเอกชนและยาแผนโบราณ ทั้ง 70 คน บางรายมีค่ารถค่อนข้างสูงขึ้นกับแบบแผนการรักษา ส่วนใหญ่เป็นรถประจำทางภายในจังหวัดประมาณร้อยละ 60 ค่ารถอยู่ระหว่าง 20-60 บาท รถประจำทางปรับอากาศ ค่ารถประมาณ 70-150 บาท ค่าเหมารถรับจ้างพาผู้ป่วยและญาติมารับการรักษาทั้งที่โรงพยาบาลนครปฐมและแผนโบราณ ค่ารถอยู่ระหว่าง 200-700 บาท ค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าพาหนะของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งหมดเท่ากับ 7,761 บาท (ค่าเฉลี่ย = 110.87 บาท ค่ามัธยฐาน = 50 บาท)

ค่าอาหารของผู้ป่วยในวันที่มารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นมื้อเช้าและมื้อกลางวัน ผู้ป่วยบางรายมีญาติมาช่วยดูแลด้วย ค่าอาหารของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 40-200 บาท ค่าอาหารของผู้ป่วยและญาติ 79 คน = 7,031 บาท (ค่าเฉลี่ย = 89 บาท ค่ามัธยฐาน = 80 บาท)

สำหรับค่าเสียเวลาการทำงานของผู้ป่วยและญาติที่มาดูแลผู้ป่วยเอดส์ 70 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่

เดินทางมาเองเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์เป็นคู่สามีภรรยาเดินทางมาด้วยกัน มีเพียง 9 คนเท่านั้นที่มีญาติมาส่ง ค่าเสียเวลาการทำงานของผู้ป่วยและญาติ คิดเป็น 1 วัน โดยคิดจากค่าจ้างแรงงานที่เคยได้รับตามปกติ ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติได้รายได้ไม่ประจำและผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้ 17 คน ใช้ค่าแรงงาน

ขั้นต่ำในเวลานั้นวันละ 130 บาท มาพิจารณา ค่าเสียเวลาการทำงานของผู้ป่วยและญาติ 79 คน รวม 30,979 บาท (ค่าเฉลี่ย = 392.14 บาท ค่ามัธยฐาน = 200 บาท)

ตารางที่ 3 : ค่าใช้จ่ายโดยอ้อมของผู้ป่วยเอดส์

ค่าใช้จ่ายโดยตรง	รวม (บาท)	เฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง (บาท)
ค่าพาหนะของผู้ป่วยและญาติ(N=79)	7,761	98.24
ค่าอาหารของผู้ป่วยและญาติ(N=79)	7,031	89.00
ค่าเสียเวลาทำงานของผู้ป่วยและญาติ (N=79)	30,979	392.14
รวม	45,771	579.38

จากตาราง จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายโดยอ้อมของผู้ป่วยเอดส์โดยเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง เท่ากับ 579.38 บาท ซึ่งค่อนข้างต่ำกว่าการศึกษาของสุคนธา คงศีล (2539) ที่พบว่าต้นทุนภายนอกโดยเฉลี่ยต่อราย เท่ากับ 1,154 บาทมูลค่าปี 2535 ทั้งนี้ เพราะว่าการศึกษาของสุคนธา คงศีล คิดต้นทุนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น ค่าใช้จ่ายของญาติก็ต้องเพิ่มขึ้น ทั้งค่าที่พักและอาหารรวมไปถึงค่าพาหนะเดินทางและค่าเสียเวลาทำงานของญาติที่ต้องมาดูแลด้วย

6. สรุป

สรุป ค่าใช้จ่ายโดยตรงของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาที่คลินิกมาตามนัด (Out Patient) โดยไม่ได้ใช้ยาแผนโบราณโดยเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง เท่ากับ 3,995 บาท ค่ายาแผนโบราณต่อคนต่อครั้ง เท่ากับ 653.44 บาท ดังนั้นถ้ามีการรักษาโดยใช้ยาแผน

โบราณควบคู่ไปด้วยค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง เท่ากับ 4,648 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายโดยอ้อมของผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง เท่ากับ 579.38 บาท ดังนั้นค่าใช้จ่ายโดยตรงและโดยอ้อมของผู้ป่วยเอดส์โดยเฉลี่ยต่อคนต่อครั้ง เท่ากับ 4,574.38 บาท และถ้าผู้ป่วยมีการใช้ยาแผนโบราณรักษาคงควบคู่ไปด้วยค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็น เท่ากับ 5,228 บาท ผู้ป่วยเอดส์ที่มีแบบแผนการรักษาหลายอย่างควบคู่ไปพร้อมๆกัน จะมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตามไปด้วย แบบแผนการรักษาที่ 2 เป็นแบบแผนการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในแบบแผนที่ 2.3 มีค่าใช้จ่ายสูงสุด

จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจต่อโรคเอดส์ทั้งที่เป็นทางตรงและทางอ้อม แม้จะเป็นเพียงการคิดเฉพาะการมาตรวจกรณีผู้ป่วยนอกในแต่ละครั้งเท่านั้น นับว่าสูงมาก มีการคาดประมาณว่าในปี 2549 จะมีผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการการรักษา ประมาณ 60,052 คน (จาก

สถานการณ์และสภาพปัญหาโรคเอดส์ หน้า 1, 2551) ดังนั้นค่าใช้จ่ายโดยทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วย (คิดเฉพาะกลุ่มที่ไม่ใช่ยาแผนโบราณ) กรณีผู้ป่วยนอกเท่านั้นยังประมาณ 220 ล้านบาท แม้ว่าตัวเลขนี้ในปัจจุบันรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบแล้วก็ตาม และยังไม่นับรวมค่าสูญเสียโอกาสจากการไม่ได้ทำงานตัวเลขในปี 2539 อยู่ระหว่าง 533-762 ล้านบาท และเงินที่รัฐบาลต้องสงเคราะห์เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกประมาณ 433-620 ล้านบาท (ทองกร ยืนรังสี 2539)ถ้าวรวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของภาครัฐในการประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ซึ่งมีมูลค่ามากกว่าพันล้านบาทต่อปี เมื่อรวมทั้งหมดแล้วคาดว่าจะความสูญเสียน่าจะหลายพันล้านบาทต่อปี ประกอบธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเติบโตมากและมีความพร้อมที่จะรักษาโรคเอดส์มากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่จะต้องสูญเสียกันน่าจะเพิ่มมากขึ้นเป็นทวีคูณ

7. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรส่งเสริมโครงการยาแผนโบราณโดยภาครัฐให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน สามารถ ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ จัดเป็นการแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำมารักษาผสมผสานควบคู่ไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มีการรักษาทั้งในและนอกระบบ

2. สร้างความเข้าใจที่ดีต่อกันระหว่างผู้ป่วย-ผู้ติดเชื้อกับชุมชน ควรเน้น “การอยู่ร่วมกับเอดส์ได้สังคม/ชุมชน จึงอยู่รอด” โดยการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์เกี่ยวกับการรักษาแก่บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะแม่และภรรยา และต้องสลายกำแพงค่านิยมที่รังเกียจเอดส์ของชุมชนให้ได้ จึงจะทำให้เกิดการยอมรับผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

สังคมเมือง ผลทำให้ลดขั้นตอนของการรักษาและประหยัดค่าใช้จ่าย

3. ควรจัดให้มีระบบการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่ไม่ใช่รายใหม่ โดยจัดให้มีบุคลากรเพิ่มมากขึ้น ให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยที่มาตรวจรักษา เพื่อเสริมความคิดเชิงบวก (Positive Thinking) ในการดูแลสุขภาพตนเอง และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อให้กับผู้อื่นและรับเชื้อสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งจะทำให้การรักษายุ่งยากมากขึ้นและค่ารักษาก็จะเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการรวมตัวของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ เป็นกลุ่ม/ชมรม เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และควรพัฒนาศักยภาพของกลุ่ม/ชมรมให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่อสาสมัครผู้ติดเชื้อ ให้เข้ามามีบทบาทช่วยเหลือบุคลากรเพิ่มขึ้นเพราะได้รับการยอมรับจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ค่อนข้างมากและบุคลากรทางการแพทย์มีไม่เพียงพอที่จะรับมือกับจำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

2. ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความนี้จะมีส่วนกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงการป้องกันโรคเอดส์ ความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ความรับผิดชอบต่อกันมากขึ้นเพื่อไม่ให้โรคเอดส์แพร่กระจายไปสู่ภรรยาและบุตรต่อไป และภาครัฐควรตระหนักถึงจำนวนเงินที่ต้องสูญเสียไป ควรเน้นการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณเพื่อการป้องกันและรักษาผู้ป่วยเอดส์ให้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดการระบาดของโรคเอดส์นำไปสู่การลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและนำรายจ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับโรคเอดส์มาพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2551).**วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย รายงาน ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2550**. จากhttp://www.aids-thai.org/main.php?filename=sathana01_20071113

กระทรวงสาธารณสุข.(2546). **แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์**. โรงพิมพ์ ร.ส.พ. กรุงเทพฯ หน้า 17-18.

ทองกร ยัณรังษี. (2539). **แนวคิดการอธิบายให้ ความหมายและแนวโน้มการเข้าร่วมโครงการการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองในผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท หลักสูตรปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.หน้า 46.

ปาริชาติ จันท์จรัสและคณะ.(2537). **ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ : กรณีศึกษาเบื้องต้น**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10 วันที่ 7-12 สิงหาคม ณ เมืองโยโกฮาม่า ประเทศญี่ปุ่น.

วรรณวิมล เปลียนมา.(2543). **พฤติกรรมและการแสวงหาการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วัฒนา สุวรรณแสงจันเจริญ.(2538). **“เอดส์กับผลกระทบทางเศรษฐกิจของประเทศ.”** ในการสัมมนาเรื่อง นโยบายรัฐบาลกับผลกระทบของเอดส์ที่มีต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย. ดึกสันต์ไมตรี ทำเนียบรัฐบาล 24 สิงหาคม 2538 (เอกสารโรเนียว)

สุขสันต์ กิตติศุภกรและคณะ. (2536). **“การคาดประมาณค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย โรคเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2536 – 2539.”** นิตยสารโรงพยาบาลกลาง เล่มที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม, หน้า 43

สுகงศา คงศีล. (2539). **“ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.”** รวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ. 2531–2537 กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย หน้า 147.

สุธีรา อุ่นตระกูล. (2526). **การศึกษาติดตามพฤติกรรม การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคมาลาเรีย**. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธีรา อุ่นตระกูล. (2536). **“การปรับตัวของผู้ติดเชื้อ HIV และครอบครัว”**. วารสารกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 12 ฉบับที่ 10-12 (ตุลาคม-ธันวาคม) หน้า 128.

สุธีรา อุ้นตระกูล และเพ็ญศรี กวีวงศ์ระเสริฐ. (2536).
การเผชิญกับอันตรายของโรคเอดส์ใน
ผู้ติดเชื้อ HIV. วารสารกระทรวงสาธารณสุข.
ปีที่ 12 ฉบับที่ 10-12 (ตุลาคม-ธันวาคม)
หน้า 164-173.

สุธีรา อุ้นตระกูล และเพ็ญศรี กวีวงศ์ระเสริฐ. (2544).
การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการ
ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแล
ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและ
ชุมชนในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาค
กลาง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Rietmeijer, Cornelis A. (1993). "Cost of care for
patients with human immunodeficiency
virus Injection" **Arch. Intern Med.** Jan ;
153 : 219 – 225.

Viravaidya, Mechai. Obremskey, Stasia A.
and Myers, Charles (1991) "The
Economic Impact of AIDS on
THAILAND" October Report p. 9.