

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การวัดคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประเทศไทย

Quality Measurement of HIV Care Service for People Living with HIV
and AIDS in Thailand

ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ พ.บ., ส.ม.

Cheewanan Lertpiriyasuwat M.D., M.P.H.

ศรีลัย เรืองชัย วท.บ.

Srilai Ruengchai B.Sc.

ชินกมล เสถบุตร วท.บ., วท.ม.

Chuekamol Sethaputra B.Sc., M.Sc.

กาญจนา ฟักทองคำ วท.บ., วท.ม.

Kanjana Fakthongkham B.Sc., M.S.(IT)

วิภา ภวานาภรณ์ วท.บ., วท.ม.

Vipa Phawanaporn B.Sc., M.Sc.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Bureau of AIDS, TB and STIs

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

โครงการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคูณภาพบริการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ถูกริเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประมวผลการพัฒนาของโครงการฯ และนำเสนอผลการวัดคุณภาพบริการในภาพรวมของประเทศ ในช่วงปีงบประมาณ 2548-2553 ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T และ Pediatric HIVQUAL-T พบว่า มีการขยายโครงการไปยังโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ มีการจัดตั้งคณะกรรมการด้านการพัฒนาคูณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับเขตและจังหวัด และการปรับปรุงโปรแกรมการวัด ในปี พ.ศ. 2553 มีการพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงด้านการพัฒนาคูณภาพฯ 355 คน ในการวัดคุณภาพบริการฯ ตามตัวชี้วัดหลัก พบว่า การบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเกือบทุกตัวชี้วัดมีแนวโน้มความครอบคลุมเพิ่มขึ้น เฉพาะในปี พ.ศ. 2553 มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ 49,559 ราย จากโรงพยาบาล 748 แห่ง และ ผู้ป่วยเด็ก 3,418 ราย ในการวิเคราะห์การบริการในตัวชี้วัดเกือบทั้งหมด ในปีนั้นมีความครอบคลุมสูงมากกว่าร้อยละ 80 ยกเว้น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 70.0 การป้องกันโรค Penicilliosis แบบปฐมภูมิร้อยละ 43.4 และโรคติดเชื้อ MAC แบบปฐมภูมิ ร้อยละ 25.6 และการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ร้อยละ 74.5 มีผลการวัดจากตัวชี้วัดในกลุ่มผู้ป่วยเด็กบางตัวที่มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ การคัดกรองวัณโรค การประเมินพัฒนาการ และการให้วัคซีนอย่างเหมาะสมตามอายุ ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการขยายจำนวนโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการฯ

คณะผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะว่า ควรดำเนินโครงการพัฒนาคูณภาพฯ และจัดให้มีการวัดผลอย่างต่อเนื่อง ควรสร้างความยั่งยืนของโครงการฯ โดยเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายในทุกระดับ และส่งเสริมการเชื่อมโยงงานพัฒนาคูณภาพด้านเอดส์กับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

Abstract

The project entitled "Model development of quality improvement (QI) of HIV care service for people living with HIV and AIDS" has been initiated since 2001. This study aimed to compile information on its development and to demonstrate the results of QI measurement at national level during 2005-2010 using HIVQUAL-T and Pediatric HIVQUAL-T software.

The project resulted in the expansion of the implementation to nationwide government hospitals, establishment of steering committees on quality improvement (QI) of HIV care in regional and provincial levels and improvement of measurement software. In 2010, 355 trainers on QI were trained. In monitoring of the performance, as shown in most indicators, increasing trends of service coverage were indicated. As for 2010 alone, data were analyzed based on 49,559 adult patients from 748 hospitals and 3,418 pediatric cases. Almost all indicators had scores of 80%, except for CA cervix screening (70.0%); primary prophylaxis for Penicilliosis (43.4%) and for MAC (25.6%); and HIV disclosure to child (74.5%). A few indicators addressing pediatric care including TB screening, developmental assessment and immunization assessment, showed minor declining trend which might cause by the effect of enrollment of new hospitals to the project. . We recommend that implementation of QI project and its performance measurement by indicators should be continued. To support for project sustainability, network of implementing agencies at every level should be focused and strengthened. Linkage of HIV QI project with hospital accreditation should be promoted.

ประเด็นสำคัญ

การวัดคุณภาพ การดูแลรักษาเอชไอวี
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

Keywords

Quality measurement, HIVQUAL-T, HIV care,
People living with HIV and AIDS

บทนำ

ตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มให้บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปี พ.ศ. 2544 ต่อมาได้ขยายการให้บริการทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2547 และถูกบูรณาการเข้าไปกับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีพ.ศ. 2549⁽¹⁻⁴⁾ ณ วันที่ 30 กันยายน 2552 มีผู้ติดเชื้อในทุกะบบหลักประกันสุขภาพ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเท่ากับ 216,118 คน ซึ่งคิดเป็นความครอบคลุมของการให้บริการร้อยละ 75.8 ของจำนวนผู้ที่ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส⁽⁵⁾ ซึ่งผู้ที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัส ยังต้องการรับบริการการติดตามดูแลในหลายๆ ด้านอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องจากสถานพยาบาล ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในภาพรวมของประเทศ ในแต่ละปีจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังคงมีการระบาดของเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงบางกลุ่ม⁽⁶⁾ เช่น ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งสะท้อนว่า ในอนาคตจะยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มจำนวนสะสมมากขึ้นเรื่อยๆ จะเพิ่มภาระงานของบุคลากรในสถานพยาบาล และอาจส่งผลต่อเนื่องทำให้เกิดปัญหา

ในด้านคุณภาพของการให้บริการ ในสถานการณืเช่นนี้ การติดตามกำกับคุณภาพของการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการให้เกิดความมั่นใจว่าผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย ส่งผลให้ลดอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิต อัตราการดื้อต่อยาต้านไวรัส และเพิ่มคุณภาพชีวิต และยังเป็นการสร้างความมั่นใจว่าค่าใช้จ่ายของประเทศในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เกิดประโยชน์ตามสมควร และไม่เป็นความสิ้นเปลือง

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (ศรทส.) สถาบันเอดส์ รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (โครงการฯ) โครงการฯได้นำรูปแบบที่เรียกว่า HIVQUAL-T (Quality of HIV care-Thailand) ซึ่งนำรูปแบบมาจากสถาบันเอดส์ รัฐนิวยอร์ก⁽¹⁾ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับประเทศไทย รูปแบบ HIVQUAL-T เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาด้านเอดส์ที่

ต่อเนื่องและต้องมีความสมดุลของ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวัดผลการปฏิบัติงาน (Performance Measurement) เป็นการวัดผลตามตัวชี้วัดที่กำหนด เพื่อใช้กำหนดเป้าหมายในการปรับปรุงคุณภาพ ติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการดูแลสุขภาพ 2) การปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพ (Quality Improvement) คือกระบวนการ และกิจกรรมที่นำผลการวัดมาวิเคราะห์ถึงปัจจัยและสาเหตุที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานและทีมงานกำหนดเป็นนโยบาย เป้าหมายและวิธีการแก้ไขปรับปรุงให้บริการมีคุณภาพและ 3) โครงสร้างพื้นฐานเพื่อการพัฒนาคุณภาพภายในองค์กร (Infrastructure) ได้แก่ โครงสร้างและทรัพยากรที่จำเป็นในงานบริการ และในการพัฒนาคุณภาพ เช่น วัสดุทัศน ภารกิจ ทีมงาน วัฒนธรรมองค์กร เวชภัณฑ์⁽⁷⁻⁸⁾ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลผลการพัฒนาของโครงการฯ และผลการวัดคุณภาพบริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ในภาพรวมของประเทศ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2549-2553 โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T และในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2548-2553 โดยใช้โปรแกรม Pediatric HIVQUAL-T เป็นเครื่องมือในการวัด รวมทั้งเพื่อเป็นการวิเคราะห์ผลแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของคุณภาพบริการฯ ที่วัดได้ และจัดทำข้อเสนอแนะ เพื่อการดำเนินการโครงการฯ ในระยะต่อไป

ในการนำเสนอผลการศึกษาในรายงานฉบับนี้ เรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้ 1. ผลการพัฒนาการของโครงการฯ 2. วิธีการวัด 3. ผลการวัด

1. ผลการพัฒนาการของโครงการฯ

การดำเนินการของโครงการฯ มีพัฒนาการมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 ถึงปัจจุบัน โดยสามารถแบ่งกลุ่มของการพัฒนาตามประเภทของกลุ่มกิจกรรม ดังนี้

1) กลุ่มกิจกรรมด้านการสนับสนุน

ศรทส. ได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการฯ เรื่อยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งทำให้ขยายพื้นที่ดำเนินงานตามรูปแบบ HIVQUAL-T จากที่เริ่มดำเนินการใน 12 โรงพยาบาล

นาร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด^(1, 7-8) เพิ่มเป็น 63 โรงพยาบาล ใน 7 จังหวัดในช่วงปี พ.ศ. 2547-2548 และเพิ่มเป็น 233 โรงพยาบาลใน 61 จังหวัดในปี พ.ศ. 2549 ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มเข้ามาร่วมสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการฯ ของโรงพยาบาล และได้พัฒนาโรงพยาบาลพี่เลี้ยง 75 แห่งใน 75 จังหวัด เพื่อเป็นที่ปรึกษาให้กับโรงพยาบาลส่วนขยายในแต่ละจังหวัด ทำให้โครงการฯ นี้ได้ขยายไปทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2551^(7, 9)

ในส่วนของการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี ได้เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2548 โดย ศรทส. ได้สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนารูปแบบ Pediatric HIVQUAL-T และนำมาใช้ใน 5 โรงพยาบาลนาร่อง พร้อมกับการสร้างเครือข่ายการดูแลเด็กเพื่อการพัฒนาคุณภาพ และการส่งต่อเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษาจนอาการคงที่ จากโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์กลับไปรับการดูแลสุขภาพต่อยังโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ ต่อมากองทุนโลก เพื่อต่อต้านโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (กองทุนโลกฯ) ได้ร่วมสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการขยายพื้นที่ดำเนินงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 17 โรงพยาบาลใน 15 จังหวัดในช่วงปี พ.ศ. 2550-2553⁽¹⁾ และสปสช. ได้ร่วมสนับสนุนงบประมาณในปีพ.ศ. 2553 ทำให้ ณ กันยายน 2554 มีเครือข่ายการดูแลเด็กเข้าโครงการฯ ทั้งสิ้น 30 จังหวัด

2) กลุ่มกิจกรรมด้านการพัฒนาโครงการฯ

2.1 มีการสร้างเครือข่ายในการบริหารจัดการโครงการฯ ในแต่ละระดับ ในระดับประเทศ มีการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการ คณะอนุกรรมการดำเนินการด้านการประสานงานและติดตามประเมินผล คณะอนุกรรมการดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพฯ ในระดับพื้นที่ มีการจัดตั้งคณะกรรมการด้านการพัฒนาคุณภาพ การดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระดับเขต 12 เขต ตามการแบ่งพื้นที่ระดับเขตของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และระดับจังหวัดใน 30

จังหวัด ซึ่งกรรมการในคณะกรรมการระดับเขต และระดับจังหวัด ประกอบไปด้วยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ กรมควบคุมโรค สปสช. โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และคณะแพทยศาสตร์ ในมหาวิทยาลัย องค์การพัฒนาเอกชน และตัวแทนจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีบทบาทหลักในการให้ข้อเสนอแนะต่อการวางแผน การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ติดตามประเมินผล และพิจารณาการสนับสนุนงบประมาณพัฒนาคุณภาพ ให้แก่โรงพยาบาล

2.2 การสร้างเครือข่ายการดูแลเด็ก

ในปี พ.ศ. 2554 เกิดเครือข่ายการดูแลเด็กติดเชื้อ 30 จังหวัด มีโรงพยาบาลเข้าร่วมรวม 223 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวน 32 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนเป็นลูกข่ายจำนวน 191 แห่ง โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลเด็ก และอาสาสมัคร ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากโรงพยาบาลลูกข่าย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2554 มีการส่งต่อเด็กติดเชื้อไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 959 ราย

2.3 การพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมิถุนายน 2554 ได้เริ่มมีกิจกรรมการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรพี่เลี้ยงด้านการพัฒนาคุณภาพบริการฯ มีผู้เข้าอบรมจาก สคร. สสจ. และโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 355 คน และมีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพ และแบบประเมินโครงสร้างองค์กรให้กับโรงพยาบาลได้นำไปใช้ นอกจากนี้มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานในเครือข่ายและระหว่างเครือข่ายเป็นระยะๆ อีกด้วย ในช่วงเวลาดังกล่าว มีโรงพยาบาลส่งรายงานผลกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพเข้ามาที่ สอวพ.จำนวนทั้งสิ้น 166 เรื่อง จากการประมวลผลข้อมูลรายงานเหล่านี้มีข้อสังเกตที่น่าสนใจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างจริงจัง⁽¹⁾

การมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกิจกรรม พบว่ามีรายงาน 91 เรื่อง (ร้อยละ 55) ที่ระบุอย่างชัดเจนว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าร่วมในการแสดงความคิดเห็นร่วมประชุม ร่วมจัดกิจกรรม⁽²⁾ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพฯ มีหลากหลาย แบ่งเป็น การพัฒนาการส่งเสริม ติดตามการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง จำนวน 43 เรื่อง ร้อยละ 25.9 การพัฒนาการคัดกรองและดูแลรักษาโรคร่วมอื่นๆ เช่น มะเร็งปากมดลูก วัณโรค จำนวน 38 เรื่อง ร้อยละ 23.0 การส่งเสริมสุขภาพด้านสังคมจิตใจ และการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อจำนวน 31 เรื่อง ร้อยละ 18.7 การพัฒนาการตรวจติดตาม CD4 และปริมาณไวรัสในกระแสเลือด จำนวน 18 เรื่อง ร้อยละ 10.8 การพัฒนาการบริหารจัดการข้อมูล จำนวน 15 เรื่อง ร้อยละ 9.0 การพัฒนาการเปิดเผยผลเลือด และการตรวจเลือดของคู่นอน จำนวน 7 เรื่อง ร้อยละ 4.2 การส่งเสริมการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จำนวน 6 เรื่อง ร้อยละ 3.6 และเรื่องอื่นๆ จำนวน 8 เรื่อง ร้อยละ 4.8

2.4 พัฒนาแบบฟอร์มการนิเทศงานพร้อมจัดอบรมให้แก่ผู้นิเทศงานระดับเขตและจังหวัด

3) กลุ่มกิจกรรมด้านการพัฒนาวิธีการวัดและประเมินผล

3.1 มีการพัฒนาโปรแกรมการวัด และปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดที่ใช้ในการวัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถใช้ได้ง่าย สะดวก ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ เช่น สามารถพิมพ์รายงานผลการวิเคราะห์สำเร็จรูปโดยอัตโนมัติ และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของประเทศไทย โดยในปีพ.ศ. 2553 ได้พัฒนามาถึง HIVQUAL-T Version 5.3 และ Pediatric HIVQUAL-T Version 4.1 โปรแกรมการวัดดังกล่าว มีตัวชี้วัดหลักสำหรับการดูแลผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งหมด 12 ตัว และตัวชี้วัดทางเลือก 45 ตัว^(9,10) สำหรับการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ มีตัวชี้วัดหลักทั้งหมด 14 ตัว และตัวชี้วัดทางเลือก 23 ตัว โปรแกรมการวัดที่ใช้ในอดีตกับที่ใช้ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีนิยามของตัวชี้วัดไม่แตกต่างกัน นิยามของ

ตัวชี้วัดในโปรแกรมการวัดที่ใช้ในอดีตที่แตกต่างกับใน HIVQUAL-T Version 5.3 และ Pediatric HIVQUAL-T Version 4.1 ได้แก่ นิยามของตัวชี้วัดในโปรแกรม HIVQUAL-T สามตัวชี้วัด คือ การติดตามการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง การตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือด การตรวจคัดกรองซิฟิลิส และนิยามของตัวชี้วัดในโปรแกรม Pediatric HIVQUAL-T หนึ่งตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัดประวัติการได้รับวัคซีน

3.2 จัดอบรมการใช้โปรแกรมการวัดให้แก่ผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลของรัฐ สสจ. และ สคร. อย่างต่อเนื่องทุกปี

3.3 พัฒนาเว็บไซต์ www.cqihiv.com เพื่อใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลผลการวัด และสื่อการเรียนรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ

3.4 พัฒนาเครื่องมือ แบบรายงาน Composite KPI และ Clinical tracer of HIV/AIDS Care ในปี พ.ศ. 2553

สำหรับใช้สื่อสาร และเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสถานพยาบาล กับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) และให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจของ สรพ. ได้นำไปทดลองใช้ประเมินโรงพยาบาล และจะมีการติดตามการใช้เครื่องมือนี้กับผู้เยี่ยมชมสำรวจอย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน

2. วิธีการวัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวัดผลการปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาล⁽⁷⁾ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ใช้โปรแกรม HIVQUAL-T และในเด็กใช้โปรแกรม Pediatric HIVQUAL-T ทำโดยโปรแกรมจะทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ให้อัตโนมัต โดยสามารถเลือกกำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 90 หรือ ร้อยละ 95

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้น

ไปในช่วงปีที่ทำการวัดผล (เช่น 1 ต.ค.-30 ก.ย.) โดยผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และเด็ก หมายถึง อายุ 2-14 ปี (ในช่วงการศึกษาปีพ.ศ. 2548-2549) หรืออายุ 6 เดือน-14 ปี (ในช่วงการศึกษาปีพ.ศ. 2550 เป็นต้นไป)^(1, 10) หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้จากประวัติการดูแลรักษาผู้ป่วยใน OPD card หรือในเวชระเบียนต่างๆ และบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มเก็บข้อมูลและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยไม่มีการบันทึกชื่อของผู้มารับบริการในกรณีที่ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างรายใดไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง จะเลือกกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ที่เป็น HN ถัดไป ที่เป็นเพศเดียวกันเข้ามาแทน ต่อมาโปรแกรมจะพิมพ์รายงานผลการวัดโดยอัตโนมัติ และโรงพยาบาลจะส่งออกข้อมูลที่ เว็บไซต์ www.cqihiv.com ซึ่งทำให้หน่วยงานในระดับจังหวัด ระดับเขต และประเทศ และผู้สนใจเข้าไปดูรายงานผลการวัดได้ การศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลผลการวัดจากเว็บไซต์ www.cqihiv.com และวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประเทศ โดยจะนำเสนอเฉพาะผลการวัดตามตัวชี้วัดหลักเท่านั้น เนื่องจากตัวชี้วัดทางเลือกไม่ถูกนำเสนอผลในเว็บไซต์ และมีบางโรงพยาบาลเท่านั้นที่เลือกใช้

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

ค่าความครอบคลุมของการให้บริการในแต่ละตัวชี้วัดในภาพรวมของประเทศจะถูกวิเคราะห์เป็นค่าร้อยละเฉลี่ยของคนไข้ที่รับบริการทั่วประเทศ และค่า CD4 ของคนไข้ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสแนะนำเป็นค่ามัธยฐานของค่ามัธยฐาน CD4 จากโรงพยาบาลทั่วประเทศ

3. ผลการวัด

ผลการวัดคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549-2553

ในแต่ละปีมีจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปีพ.ศ. 2553 มีโรงพยาบาลจำนวน 748 แห่งที่ส่งข้อมูลผลการวัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

และผู้ป่วยเอดส์จำนวน 49,559 คน และในปีนี้ได้เพิ่ม การวัดผลในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ที่ถูกสุ่มได้จำนวน 7,431 คน จากโรงพยาบาล 641 แห่ง (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ หมายถึง ผู้ที่

ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกภายในระยะ เวลาที่ประเมินโดยดูจากวันที่ทราบผลการติดเชื้อ) ผล การวัดถูกนำเสนอตั้งตารางที่ 1 และแบ่งเป็นกลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 1. ตารางเปรียบเทียบผลการวัดคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ เอชไอวีระดับประเทศด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ปีงบประมาณ 2549-2553⁽¹¹⁾

ปีงบประมาณ	2549	2550	2551	2552	2553
จำนวนโรงพยาบาล	233	651	658	701	748
จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด	48,879	93,639	118,775	138,844	130,093
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มขึ้นมาประเมิน	10,916	35,448	41,673	48,624	49,559
จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์/ผู้ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสรายใหม่					13,794
จำนวนกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ที่ถูกทำการประเมิน					7,431
ตัวชี้วัด	ผลการวัด(ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์)				
การติดตามระดับ CD4					
การได้ตรวจ CD4 อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน	89.4	88.5	93.1	96.1	97.6 [*]
การได้ตรวจ CD4 baseline					68.6 [*]
การได้ตรวจ CD4 ทุก 6 เดือนในผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส					69.1 [*]
การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส					
การได้รับยาป้องกันโรค PCP แบบปฐมภูมิ	88.2	83.2	86.0	85.6	76.8
การได้รับยาป้องกันโรค Cryptococcosis แบบปฐมภูมิ	80.5	75.1	79.6	80.6	84.4
การได้รับยาป้องกันโรค Penicilliosis แบบปฐมภูมิ	30.3	35.5	41.1	43.0	43.4 [*]
การได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อ MAC แบบปฐมภูมิ	13.8	16.5	22.7	24.2	25.6 [*]
การให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการติดตาม					
การได้รับยาต้านไวรัสของผู้ที่เข้าเกณฑ์รับยาต้านไวรัส	83.0	81.0	88.0	90.0	96.7
การได้รับการติดตามการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง ที่มารับบริการ	87.1	87.3	92.7	94.6	92.7 [*]
การได้รับการติดตามการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องใน 4 ครั้งสุดท้ายที่มารับบริการโดยใช้วิธีประเมินอย่างน้อย 2 วิธี					76.5 [*]
การได้ตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง ในปีที่ประเมิน	6.6	35.1	61.7	76.4	83.3 [*]
การได้ตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง ในปีที่ประเมินของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ต้านไวรัสนาน > 6 เดือน					89.5 [*]
การคัดกรองโรคร่วม					
การได้รับการคัดกรองวัณโรคในผู้ที่ไม่มีประวัติโรควัณโรค	78.2	78.8	89.8	93.8	96.9
การได้ตรวจคัดกรองซิฟิลิสในผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ในปีที่ประเมิน	32.1	25.2	47.8	64.5	78.5 [*]
การได้ตรวจคัดกรองซิฟิลิสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รายใหม่					81.5 [*]
การได้ตรวจมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง	27.3	26.2	47.9	63.7	70.0
การส่งเสริมสุขภาพ					
การได้รับข้อมูลคำแนะนำเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยอย่างปลอดภัย	89.3	87.6	93.8	95.6	96.2

* ข้อมูลจากโรงพยาบาลจำนวน 641 แห่ง

* ข้อมูลจากโรงพยาบาลจำนวน 107 แห่ง

การติดตามระดับ CD4

ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจ CD4 อย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.4 ในปีพ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 97.6 ในปีพ.ศ. 2553 และในปีนี้มีผลของตัวชี้วัดใหม่พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการตรวจ CD4 Baseline (ภายในช่วง 4 เดือนหลังจากตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี) คิดเป็น ร้อยละ 68.6 ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส ครบ 6 เดือนขึ้นไปได้รับการตรวจติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน ร้อยละ 69.1 และ ค่ามัธยฐานของระดับ CD4 ในผู้ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมินเท่ากับ 117 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ความครอบคลุมของการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แบบปฐมภูมิแก่ผู้ที่มีข้อบ่งชี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้ง 3 โรค ได้แก่ โรค Cryptococcosis เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.5 เป็นร้อยละ 84.4 และโรค Penicilliosis เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.3 เป็นร้อยละ 43.4 และโรคที่ติดเชื้อ Mycobacterium Avium Complex (MAC) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.8 เป็นร้อยละ 25.6 ในระหว่างปีพ.ศ. 2549 ถึงปีพ.ศ. 2553 ตามลำดับ สำหรับโรคปอดอักเสบ Pneumocystis jirovecii pneumonia (PCP) มีความครอบคลุมสูงที่ร้อยละ 88.1 ในปีพ.ศ. 2549 และมีแนวโน้มลดลงในช่วงปีต่อมา ในปีพ.ศ. 2553 อยู่ที่ร้อยละ 76.8

การให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการติดตาม

การเข้าถึงยาต้านไวรัสเพิ่มสูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2549 มีร้อยละ 83.0 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเกณฑ์รับยาต้านไวรัสและได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.7 ในปีพ.ศ. 2553

การติดตามการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย ดังเห็นได้จากข้อมูลในปีพ.ศ. 2549 พบว่า ร้อยละ 87.1 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการติดตามการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (นับรวมทุกวิธีการประเมินการกินยาต้านไวรัส

อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ระบุจำนวนวิธีที่ใช้ประเมิน) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.1 ในปีพ.ศ. 2553 อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า ในปีพ.ศ. 2553 มีการวัดด้วยนิยามตัวชี้วัดใหม่ พบว่ามีร้อยละ 76.5 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการติดตามการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องใน 4 ครั้งสุดท้ายที่มารับบริการโดยใช้วิธีการประเมินการกินยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 วิธี

การติดตามระดับไวรัสในกระแสเลือด มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น จากปีพ.ศ. 2549 มี ร้อยละ 6.6 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและได้รับการตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงที่ทำการประเมินเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 83.3 และในปีเดียวกันนี้ ด้วยการวัดด้วยนิยามตัวชี้วัดใหม่ พบว่า มีร้อยละ 89.5 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวสนานมากกว่า 6 เดือน ได้รับการตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง ในปีทำการประเมิน

การคัดกรองโรคร่วม

ความครอบคลุมของการให้บริการคัดกรองโรคร่วม ได้แก่ วัณโรค ซิฟิลิส และมะเร็งปากมดลูก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2549 มีร้อยละ 78.2 ของผู้ที่ไม่มีประวัติ/กำลังรักษาโรควัณโรคได้รับการคัดกรองวัณโรค ร้อยละ 32.1 ของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วงปีที่ประเมินได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส และร้อยละ 27.3 ของผู้หญิงที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 96.9 ร้อยละ 78.5 และ ร้อยละ 70.0 ตามลำดับในปีพ.ศ. 2553 และในปีพ.ศ. 2553 นี้มีการวัดด้วยนิยามตัวชี้วัดใหม่ พบว่า มีร้อยละ 81.5 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส

การส่งเสริมสุขภาพ

จากปี พ.ศ. 2549 มีร้อยละ 89.3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับข้อมูล คำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 96.2 ในปี พ.ศ. 2553

ผลการวัดคุณภาพบริการการดูแลรักษา
เด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์
ด้วยโปรแกรม Pediatric HIVQUAL-T ตั้งแต่ปีงบประมาณ
พ.ศ. 2548-2553

โครงการฯ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปีพ.ศ. 2553 มีโรงพยาบาล
จำนวน 156 แห่ง ที่ส่งข้อมูลที่วัดผลในเด็กติดเชื้อเอชไอวี
และเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์จำนวน 3,418 คน ผลการวัด
ถูกนำเสนอตั้งตารางที่ 2 และแบ่งเป็นกลุ่ม ดังนี้

ในแต่ละปีมีจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วม
ตารางที่ 2. ตารางเปรียบเทียบผลการวัดคุณภาพการดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ระดับประเทศ ด้วยโปรแกรม
Pediatric HIVQUAL-T ช่วงปีงบประมาณ 2548 - 2553⁽¹¹⁾

ปีงบประมาณ	2548	2550	2551	2552	2553
จำนวนโรงพยาบาล	5	13	39	24	156
จำนวนเด็กติดเชื้อและเด็กป่วยเอดส์ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด	1,035	1,748	2,727	2,540	4,903
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ถูกทำการประเมิน	460	983	1,630	1,448	3,418
ตัวชี้วัด	ผลการวัด (ร้อยละของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์)				
การติดตามระยะของโรค					
การมารับบริการครั้งสุดท้ายที่โรงพยาบาลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	73.9	67.0	92.3	95.4	90.0
การได้ตรวจ CD4 ภายใน 6 เดือนสุดท้ายที่ทำการประเมิน	64.1	79.4	88.6	92.1	90.8
การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส					
การได้รับยาป้องกันโรค PCP แบบปฐมภูมิ	88.8	100.0	100.0	100.0	99.8
การให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการติดตาม					
การได้รับยาต้านไวรัสของเด็กที่เข้าเกณฑ์รับยาต้านไวรัส	87.6	95.1	95.6	96.3	93.4
การได้รับการคัดกรองประวัติความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสทุกครั้งในช่วง 3 ครั้งสุดท้ายที่มาตรวจ	95.0	60.0	89.0	97.0	95.0
การได้ตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง ในปีที่ผ่านมา	51.4	36.0	74.4	92.1	89.6
การได้ตรวจหาการดื้อยาต้านไวรัสในเด็กที่มีการรักษาล้มเหลวและมีระดับไวรัสในเลือด $\geq 2,000$ copies/ml	0.0	72.3	77.2	78.5	100.0
การคัดกรองโรคร่วม					
การได้รับการคัดกรองประวัติการสัมผัสพิษวัณโรค และอาการแสดงทางคลินิกของวัณโรคใน 6 เดือนสุดท้ายของช่วงที่ทำการประเมิน	57.9	37.4	52.0	73.7	63.8
การส่งเสริมสุขภาพ					
การได้รับการประเมินความเสี่ยงทางเพศ หรือได้รับความรู้ด้านเพศศึกษา	78.3	67.1	89.0	92.4	91.4
การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของเด็กที่เข้าสู่วัยรุ่นหรือเด็กที่อายุ ≥ 15 ปี					
การประเมินการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ					
การได้รับการประเมินน้ำหนักตามอายุอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 6 เดือนสุดท้ายที่ทำการประเมิน	98.9	99.3	99.8	99.5	98.2
การได้รับการประเมินส่วนสูงตามอายุในช่วง 6 เดือนสุดท้ายที่ทำการประเมิน	94.4	97.3	99.0	99.0	95.0
การได้รับการประเมินพัฒนาการจากการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างน้อย 1 ครั้ง	47.4	52.6	66.9	87.5	80.0
ประวัติการได้รับวัคซีน					
การได้รับวัคซีนอย่างเหมาะสมตามอายุของ เด็กอายุ 2-14 ปี	44.5				
การได้รับวัคซีนอย่างเหมาะสมตามอายุของ เด็กอายุ 6 เดือน-14 ปี		85.0	88.3	88.6	
การได้รับวัคซีนอย่างเหมาะสมตามอายุของเด็กอายุ ≤ 6 ปี					68.1
การประเมินด้านจิตใจและสังคม					
การทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองของเด็กที่อายุ ≥ 10 ปี	62.4	47.0	62.9	64.6	74.5

การติดตามระยะของโรค

การนัดมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการติดตามการรักษาเด็กติดเชื้อ ในปีพ.ศ. 2548 มี ร้อยละ 73.9 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้มารับบริการครั้งสุดท้ายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ต่อมาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.4 และลดลงเล็กน้อยเป็น 90.0 ในปีพ.ศ. 2552-2553 ตามลำดับ

แนวโน้มของการติดตามระดับ CD4 เพิ่มขึ้น จากเดิมในปีพ.ศ. 2548 มีร้อยละ 64.1 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจ CD4 ภายใน 6 เดือนสุดท้ายที่ทำการประเมิน เพิ่มขึ้นร้อยละ 92.1 ในปีพ.ศ. 2552 และลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 90.8 ในปีพ.ศ. 2553

การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ร้อยละ 88.8 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรค PCP แบบป้อนภูมิ ในปีพ.ศ. 2548 และเพิ่มเป็นร้อยละ 100 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550-2552 และลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 99.8 ในปี พ.ศ.2553

การให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการติดตาม

การเข้าถึงยาต้านไวรัสเพิ่มสูงขึ้น จากปีพ.ศ. 2548 มีร้อยละ 87.6 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ในการกินยาต้านไวรัส ได้รับยาต้านไวรัส เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.3 ใน ปี พ.ศ. 2552 และลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 93.4 ในปี พ.ศ. 2553

สำหรับการติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 มีร้อยละ 95.0 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยเอดส์ที่ได้ยาต้านไวรัสได้รับการคัดกรองประวัติความสม่ำเสมอในการกินยาทุกครั้ง ในช่วง 3 ครั้งสุดท้ายที่มาตรวจ ต่อมาได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.0 ในปีพ.ศ. 2552 หลังจากนั้นลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 95.0 ในปี พ.ศ. 2553

การติดตามระดับไวรัสในกระแสเลือด พบว่า ในปีพ.ศ. 2548 มีร้อยละ 51.4 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวี

และเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือดอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงที่ทำการประเมิน และได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.1 ในปีพ.ศ. 2552 แล้วลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 89.6 ในปีพ.ศ. 2553

แนวโน้มของการตรวจหาการติดเชื้อยาต้านไวรัสเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลปีพ.ศ. 2548 ไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยเอดส์ที่มีการรักษาล้มเหลวและมีระดับไวรัสในเลือดมากกว่า 2,000 copies/ml ได้รับการตรวจเลยในช่วงที่ทำการประเมิน เพิ่มขึ้นร้อยละ 100.0 ในปีพ.ศ. 2553

การคัดกรองโรคร่วม

ในปีพ.ศ. 2548 มีร้อยละ 57.9 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ได้รับการคัดกรองประวัติการสัมผัสส่วโรคและอาการแสดงทางคลินิกของวัณโรคใน 6 เดือนสุดท้ายของช่วงที่ทำการประเมิน และได้เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 73.7 อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2553 ค่าตัวชี้วัดนี้ได้ลดลงเหลือ ร้อยละ 63.8

การส่งเสริมสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2548 มีร้อยละ 78.3 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่เข้าสู่วัยรุ่นหรือเด็กที่อายุมากกว่า เท่ากับ 15 ปี ได้รับการประเมินความเสี่ยงทางเพศ หรือได้รับความรู้ด้านเพศศึกษา การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ต่อมาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.4 ในปีพ.ศ. 2553

การประเมินการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ

ความครอบคลุมของการได้รับการประเมินน้ำหนัก และส่วนสูง อยู่ในระดับสูงในช่วงปีพ.ศ. 2548-2553 โดยพบว่า มีร้อยละ 98.2-99.8 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ได้รับการประเมินน้ำหนักตามอายุอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 6 เดือนสุดท้ายที่ทำการประเมิน และร้อยละ 94.4-99.0 ที่ได้รับการประเมินส่วนสูงตามอายุในช่วง 6 เดือนสุดท้ายที่ทำการประเมิน สำหรับการประเมินพัฒนาการ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น จากปีพ.ศ. 2548 มีร้อยละ 47.4

ของเด็กติดเชื้อเอชไอวี และเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่ได้รับการประเมินพัฒนา การจากการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงที่ทำการประเมินเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 87.5 ในปี พ.ศ. 2552 และลดลงเล็กน้อย เหลือ ร้อยละ 80.0 ในปี พ.ศ. 2553

ประวัติการได้รับวัคซีน

ในปีพ.ศ. 2548 ร้อยละ 44.5 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์อายุ 2-14 ปีได้รับ วัคซีนอย่างเหมาะสมตามอายุของเด็ก ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2550-2552 มีร้อยละ 85.0-88.6 ของเด็ก ติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์อายุ 6 เดือน- 14 ปีได้รับวัคซีนอย่างเหมาะสมตามอายุ และในปีพ.ศ. 2553 มีร้อยละ 68.1 ของเด็กอายุน้อยกว่าเท่ากับ 6 ปี ที่ได้รับวัคซีนอย่างเหมาะสมตามอายุ

การประเมินด้านจิตใจและสังคม

ในปีพ.ศ. 2548 มีร้อยละ 62.4 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวีและเด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่อายุมากกว่าเท่ากับ 10 ปี ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ต่อมาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.5 ในปีพ.ศ. 2553

วิจารณ์

คุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ทั้งผู้ใหญ่และเด็กในภาพรวมของ ประเทศไทย ในปัจจุบันมีแนวโน้มดีขึ้นกว่าในอดีต ผล การวัดความครอบคลุมของการให้บริการตามตัวชี้วัด คุณภาพบริการฯ ในปี พ.ศ. 2553 เกือบทุกตัวชี้วัดมี แนวโน้มโดยรวมที่เพิ่มสูงขึ้น และมีค่ามากกว่าร้อยละ 80 สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการดำเนินโครงการฯ ตามรูปแบบ HIVQUAL-T ที่สามารถใช้ตรวจวัด แนวโน้ม และยังช่วยให้มีการใช้ประโยชน์ของข้อมูล เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการได้ดียิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการป้องกันโรค Penicilliosis และโรคติดเชื้อ MAC แบบปฐมภูมิ ถึงแม้มีแนวโน้มความครอบคลุมของการ ให้บริการเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควร จะมีการศึกษาหาสาเหตุ และหาวิธีการพัฒนางาน ควร

มุ่งเน้นการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจว่า ถึงแม้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กำลังรักษาด้วยยา ต้านไวรัส ก็ควรจะให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ดังกล่าว จนกว่าระดับ CD4 จะสูงกว่าระดับที่สามารถ ติดเชื้อได้ง่าย เช่น จะหยุดให้ยาป้องกันโรค Penicilliosis ต่อเมื่อมีระดับ CD4 มากกว่าเท่ากับ 100 เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตรนานอย่างน้อย 6 เดือนและโรคติดเชื้อ MAC เมื่อมีระดับ CD4 มากกว่าเท่ากับ 100 เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตรนานมากกว่า 3 เดือน⁽¹²⁻¹³⁾ เพื่อลด อัตราป่วยและอัตราการตายจากโรคดังกล่าว สังเกตได้ว่า ค่าร้อยละของตัวชี้วัดการป้องกันโรค PCP แบบปฐมภูมิ ในกลุ่มผู้ใหญ่ในปีพ.ศ. 2553 มีค่าต่ำกว่าปีที่ผ่าน มา อาจเป็นผลจากจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่เพิ่มขึ้น หรือผลจากการปรับเปลี่ยนโปรแกรม การลงข้อมูลใหม่ของปีพ.ศ. 2553 เป็น Version 5.3 จึงควรหาสาเหตุ และปรับแก้ไขต่อไป

ในปีพ.ศ. 2553 มีผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจติดตามระดับ CD4 ทุก 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 69.1 และค่ามัธยฐานของระดับ CD4 ในผู้ที่เริ่มรับยา ต้านไวรัสเท่ากับ 117 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งมีค่าสูงกว่าข้อมูลของอีกการศึกษาหนึ่ง⁽¹⁴⁾ ที่ได้ทำ การศึกษาข้อมูลในโครงการให้บริการยาต้านไวรัสระดับ ชาติในระหว่างปีพ.ศ. 2544-2548 ซึ่งพบว่า มีการ ติดตามระดับ CD4 ที่ 6 เดือน และ 12 เดือน คิดเป็น ร้อยละ 60 และ 56 ตามลำดับ และค่ามัธยฐานของ ระดับ CD4 ในผู้เริ่มรับยา 41 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร สะท้อนได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าถึง บริการยาต้านไวรัสได้มากขึ้น และเร็วขึ้น หลังจาก ที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อ อย่างไรก็ตามควรจะมีการส่งเสริม การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรที่มี พฤติกรรมเสี่ยง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาตั้งแต่ระดับ CD4 ยังสูงอยู่ เพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต สำหรับตัวชี้วัดคุณภาพบริการฯในเด็กติดเชื้อเอชไอวีและ เด็กป่วยด้วยโรคเอดส์ที่มีแนวโน้มเริ่มลดลงในปีพ.ศ. 2553 ได้แก่ การคัดกรองวัณโรค การประเมินพัฒนาการ และการให้วัคซีน ซึ่งเป็นผลจากการขยายจำนวน

โรงพยาบาล ที่เข้าร่วมโครงการฯ ทำให้ข้อมูลที่น่ามาประเมิน ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลของโรงพยาบาลใหม่ที่เพิ่งจะเข้าโครงการฯในปีนี้ จึงทำให้ค่าความครอบคลุมในภาพรวมของประเทศต่ำกว่าปีก่อน ดังนั้นควรจะมีการติดตามผลการวัดอย่างต่อเนื่องในปีต่อไป ร่วมกับการพัฒนาโรงพยาบาลใหม่ให้จัดบริการอย่างมีคุณภาพตามแนวทางการดูแลรักษาในระดับประเทศมากขึ้น

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น อาจเป็นเพราะที่ผ่านมา มีการอบรมบุคลากรโรงพยาบาล และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับแนวทางการให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส^(4, 14) และมีการเผยแพร่แนวทางการดูแลรักษาอย่างทั่วถึง ประกอบกับการให้การรักษาและติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ถูกรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการให้บริการเหล่านี้ได้แยกต่างหากจากค่าใช้จ่ายรายหัวตั้งแต่ปีพ.ศ. 2549⁽¹⁴⁾

การวัดผลตามรูปแบบ HIVQUAL-T มีข้อจำกัดที่อาจพบได้ ได้แก่ ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ที่เก็บรวบรวมได้ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล เนื่องจากเป็น self-report โดยโรงพยาบาลเอง การเปลี่ยนแปลงนิยามตัวชี้วัดและปรับปรุงโปรแกรมการวัด อาจทำให้เกิดความผิดพลาดของการบันทึกข้อมูล และตัวชี้วัดเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ซึ่งสะท้อนคุณภาพของความครอบคลุมของบริการ การจะวัดคุณภาพการให้บริการในผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องใช้เครื่องมืออีกชุดหนึ่ง ซึ่งจะต้องนำแนวทาง/มาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) ในแต่ละบริการมาพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดผล

จากการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁾ พบว่า โรงพยาบาลที่เริ่มทำ HIVQUAL-T หรือ Pediatric HIVQUAL-T ในยุคหลังจะมีผลการวัดความครอบคลุมของการจัดบริการที่ต่ำกว่าโรงพยาบาลที่เริ่มทำการวัดก่อน

และได้มีการทำโครงการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมด้วย จึงอาจแนะนำได้ว่า ผลการวัดที่ดีขึ้นน่าจะเป็นผลจากการทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างในโรงพยาบาลทางภาคเหนือ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ ที่วัดผลด้วย HIVQUAL-T มีความครอบคลุมของการให้บริการสูงขึ้น หลังจากมีการทำโครงการพัฒนาคุณภาพบริการ เช่น การตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น เมื่อมีการอบรมบุคลากร ทำแนวทางการตรวจ และให้สุขศึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและรณรงค์การตรวจ

ที่ผ่านมา ผู้ร่วมโครงการฯ รายงานว่าปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การนำรูปแบบ HIVQUAL-T ไปใช้ได้ อย่างประสบความสำเร็จ คือ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานระหว่างโรงพยาบาล⁽⁹⁾ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁷⁾ พบว่า การที่หน่วยงานจะทำงานพัฒนาคุณภาพให้ดียิ่งขึ้นนั้น ต้องมีองค์ประกอบที่จำเป็น ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในหน่วยงานที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนา ซึ่งหมายถึง นโยบายผู้นำวัฒนธรรมองค์กร ทรัพยากร และมีโครงสร้างองค์กร ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ และมีการสนับสนุน ซึ่งหมายถึง การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การสื่อสาร และให้ข้อมูลแก่บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการบริหารจัดการและใช้ประโยชน์จากข้อมูล มีระบบการให้รางวัล

เนื่องจากประเทศไทยได้ขยายรูปแบบ HIVQUAL-T ไปทั่วประเทศแล้ว จึงควรให้ความสำคัญในเรื่องของความยั่งยืนของงาน ควรเน้นการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงานพัฒนาคุณภาพในทุก ระดับเชื่อมโยงระบบการเก็บข้อมูลและการรายงานเข้ากับระบบฐานข้อมูลการให้บริการยาต้านไวรัสของระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดภาระงานของโรงพยาบาล ส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยงงานพัฒนาคุณภาพด้านเอดส์เข้ากับงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานของ HA

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการที่โรงพยาบาล ทุกแห่ง สสจ. สคร. สอวพ. สปสช. หน่วยงานเครือข่ายต่างๆ และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมโครงการฯ และให้การสนับสนุนโครงการฯ รวมถึงข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการฯ

เอกสารอ้างอิง

1. Lolekha R, Chunwimaleung S, Hansudewechakul R, Leawsrisook P, Prasitsuebsai W, Srisamang P, et al. Pediatric HIVQUAL-T: Measuring and improving the quality of pediatric HIV care in Thailand, 2005–2007. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2010; 36 (12): 541–51.
2. Chasombat S, Lertpiriyasuwat C, Thanprasertsuk S, Suebsaeng L, Lo YR. The national access to antiretroviral program for PHA (NAPHA) in Thailand. Southeast Asia J Trop Med Public Health 2006; 37: 704–15.
3. Phanuphak P. Antiretroviral treatment in resource-limited settings: what can we learn from the existing programmes in Thailand? AIDS 2004; 18: S33–S38.
4. McConnell MS, Chasombat S, Siangphoe U, Yuktanont P, Lolekha R, Pattarapayoon N, et al. National program scale-up and patient outcomes in a pediatric antiretroviral treatment program, Thailand, 2000–2007. J Acquir Immune Defic Syndr 2010; 54(4): 423–9.
5. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มกราคม 2551–ธันวาคม 2552. ปทุมธานี: บริษัทเฟื่องฟ้าพรินติ้ง จำกัด, สิงหาคม 2553.
6. Family Health International and Bureau of AIDS, TB and STIs. The Asian Epidemic Model (AEM) projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005–2025. Nonthaburi: Bureau of AIDS, TB and STIs, 2008.
7. ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาคุณภาพ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยรูปแบบ HIVQUAL-T สำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, ธันวาคม 2550.
8. สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล, เสาวนีย์ สีสองสม, รังสิมา โล่เลขา, สุชิน จันทน์วิเมลิ้ง, Philip Mock, Kimberley K. Fox และคณะ. การวัดผลการ ปฏิบัติงานการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่อ ด้านการแพทย์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HIVQUAL-T เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. (บทคัดย่อ BO0070). นำเสนอ ในการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 10, กรุงเทพมหานคร, 13–15 กรกฎาคม 2548.
9. Ningsanond P, Supawitkul S, Bhakeecheep S, Srisongsom S, Chunwimaleung S, Lolekha R, et al. Partnerships for national scale-up of the HIVQUAL-T model for quality improvement in HIV care [Abstract TUAE0103]. Presented at the XVII International AIDS Conference, Mexico City, August 3–8, 2008.
10. ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T Version 5 สำหรับพัฒนาคุณภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษร

- กราฟฟิคแอนดริวไลน์, สิงหาคม 2554.
11. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. โครงการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผู้ใหญ่และเด็กในประเทศไทย. <http://www.cqihiv.com>. เข้าดูเมื่อ 2 ตุลาคม 2554.
 12. ปฐม สุทธา. การติดเชื้อ Mycobacterium avium complex ในผู้ป่วยเอดส์. วารสารควบคุมโรค 2549; 32(1): 73-80.
 13. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติปี พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, กันยายน 2553.
 14. Chasombat S, McConnell MS, Siangphoe U, Yuktanont P, Jirawattanapisal T, Fox K, et al. National expansion of antiretroviral treatment in Thailand, 2000-2007: Program scale-up and patient outcomes. J Acquir Immune Defic Syndr 2009; 50(5): 506-12.
 15. Fakthongkham K, Ningsanond P, Leusaree T, Jiatha K. Promoting cervical cancer screening for women with HIV/AIDS in the pilot implementation in 3 provinces in Thailand. Presented at the XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, August 13-18, 2006.
 16. Ningsanond P, Fakthongkham K, Leusaree T. Quality improvement (QI) of HIV/AIDS treatment and care in northern Thailand: a systematic approach. Presented at the XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, August 13-18, 2006.
 17. Silimperi DR, Franco LM, Zanten TVV, Macaulay C. A framework for institutionalizing quality assurance. International Journal for Quality in Health Care 2002; 14 (1): 67-73.