



การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยโปรแกรม
HIVQual-T โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ปีงบประมาณ 2558
Quality Assessment of Treatment and Care among
People Infected with HIV/AIDS Under HIVQual-T Program in Ranong
Hospital, Ranong Province

อุดม กรมโยธา*

Udom Gromyotha*

โรงพยาบาลระนอง

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลระนองด้วยโปรแกรม HIVQual-T กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 151 คน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2557 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2558 เครื่องมือที่ใช้ คือ เวชระเบียน (OPD Card) ทะเบียน ATC1 บันทึกตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดทางเลือก 46 ตัวชี้วัด วิเคราะห์หาค่าโดยใช้สถิติ ร้อยละ (Percentage) ระดับค่ามัธยฐาน (Median) ผลการวิจัยพบว่า

ผลลัพธ์ตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัด มีดังนี้ 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ที่ได้รับการตรวจ CD-4 Baseline ร้อยละ 97.30 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการยาต้านไวรัสครบ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตามระดับ CD-4 ทุก 6 เดือน ร้อยละ 8.00 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 78.30 4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัสนานมากกว่า 6 เดือน ได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 92.90 5) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการยาต้านไวรัส ได้รับการประเมิน Drug Adherence อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 97.30 6) ค่ามัธยฐานของระดับ CD-4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมินเท่ากับ 88 7) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ปฐมภูมิ ร้อยละ 93.80 8) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ปฐมภูมิ ร้อยละ 100 9) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด ร้อยละ 100 10) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส ร้อยละ 100 11) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 50.80 และ 12) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลคำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การประเมิน, คุณภาพดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, โปรแกรม HIVQual –T Version 5.7 (NAP)

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding E-mail: udom_ranong@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 087-8861994)

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health



Abstract

This retrospective study aimed to study outcome of treatment and care for people with HIV/AIDS infection in Ranong hospital using HIVQual-T program. Sample was 151 people with HIV/AIDS infection obtained from program HIV Qual-T version 5.7 (NAP), by autonomic sampling. The study period of time was October 1st – September 30th, 2015. Research instrument were OPD card, ATC1 registration, record of 12 key indicators, and record of 46 alternative indicators. Data were analyzed using percentage and median.

The results of this study revealed outcome for 12 key indicators: 1) 97.3% of new cases with HIV/AIDS infection were examined CD-4 baseline, 2) 8% of the samples had taken ARV for 6 months up, and followed up the CD-4 every 6 months, 3) 78.3% of the samples had indications to taking ARV, 4) 92.9% of the samples took ARV more than 6 months, and obtained VL investigation at least 1 time up, 5) 97.3% of the samples who took ARV had been assessed for drug adherence periodically, 6) the median of CD-4 among the samples who started to take the ARV in the year of the evaluation was equal to 88, 7) 93.8% of the samples had the indications to obtain prophylactic medication for an opportunistic infection-- PCP, 8) all samples had the indications to obtain prophylactic medication for primary Cryptococcosis fungi, 9) all samples received TB screening, 10) all new cases with HIV/AIDS infection received Syphilis screening, 11) 50.8% of the female samples received PAP smear examination for cervix cancer screening, 12) all samples got advices regarding safe sex.

Keywords: Quality Assessment, HIV/AIDS Infection, HIV/AIDS Treatment and Care, Program HIVQual-T Version 5.7 (NAP)

บทนำ

โรคเอดส์ เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้ด้วยการใช้ยาต้านไวรัส ร่วมกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ล่าสุดมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น 366,945 คน เสียชีวิตแล้ว 97,179 คน (สำนักกระบาดวิทยา, 2553) พบว่า แนวโน้มการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว และคุณภาพชีวิตดีขึ้น จึงทำให้อัตราการเสียชีวิต



ลดลง (พีระมณ นิงสานนท์, 2554) การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทยมีการพัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างถ้วนหน้า และได้ขยายขอบเขตการให้บริการอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 เป็นต้นมา จึงทำให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลรักษาภายใต้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการดูแลในระยะยาว เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้กองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จำนวน 108,806 คน (วินัย สวัสดิ์, 2554) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาอย่างต่อเนื่อง และมุ่งให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการคุณภาพอย่างทัดเทียม โดยพัฒนาระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน แต่ในสถานการณ์ปัจจุบัน ที่มีเงื่อนไขด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพ จำเป็นต้องมีการจัดบริการให้เกิดคุณภาพยิ่ง ๆ ขึ้น ภายใต้ความแตกต่างของบริการที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวนมาก เข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้ง่ายขึ้นและเพิ่มขึ้น กระนั้นก็ตาม การดูแลรักษาที่มีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล แต่ละระดับขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายส่วน ทั้งในเรื่องนโยบายของโรงพยาบาล อุปกรณ์ เครื่องมือ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะของบุคลากร นอกจากนั้น กระแสเรียกร้องการจัดบริการให้เท่าเทียมและได้มาตรฐาน ถือเป็นกระแสหลักของการปฏิรูประบบสุขภาพในยุคที่ต้องมีการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ (จิตรลดา อุทัยพิบูลย์, 2553) กระทรวงสาธารณสุข จึงต้องจัดให้บริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน เพื่อเป็นหลักประกันความเชื่อถือและไว้วางใจในการบริการที่ประชาชนควรได้รับ รวมทั้งโรคเอดส์ เป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อปัญหาสิทธิมนุษยชนอันเนื่องจากทัศนคติ ความรังเกียจ การตีตราจากสังคมและการไม่เข้าใจต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี ปัจจัยเหล่านี้ ส่งผลโดยตรงต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ ในขณะเดียวกัน การเรียกร้องสิทธิการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน รวมทั้งสิทธิเรื่องเอดส์เริ่มมีมากขึ้น ดังนั้น เพื่อเป็นการคุ้มครองทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ บุคคลที่ให้บริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการจัดการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานที่เหมาะสมกับทรัพยากร ศักยภาพและสิทธิ์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์พึงได้รับ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2553)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ในระหว่างปี 2546-2549 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข (TUC) ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้รูปแบบ HIV Qual – T (HIV Quality of Care - Thailand) มาใช้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการให้บริการคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ วัดประเมินผลการปฏิบัติงานดูแลทางด้านการแพทย์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ในประเทศไทย เพื่อนำผลเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไข

โดยใช้วงจร P-D-C-A (Plan – Do – Check – Action) ดังนั้น งานคุณภาพจึงเป็นหน้าที่ของทุกคน ที่ต้องทำงานในหน้าที่ให้มีคุณภาพ (Quality Assurance) และทำให้ได้ดีขึ้นเมื่อมีโอกาส (Quality Improvement) (อนวัณน์ ศุภชุตีกุล, 2544) ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า มีกิจกรรมตามมาตรฐานการดูแลรักษาบางอย่างค่อนข้างดีมาก แต่บางอย่างยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร (ปวีณา สนธิสมบัติ, 2548) ในปี พ.ศ.2552 โรงพยาบาลระนองได้เข้าร่วมประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยรูปแบบ HIVQual - T จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ทราบสถานการณ์ และผลลัพธ์ของการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าวขึ้นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยโปรแกรม HIVQual - T โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ในปีงบประมาณ 2558 เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับปรุงระบบบริการให้เกิดประสิทธิภาพ และคุณภาพแก่ผู้มารับบริการ ตลอดจนเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลระนอง

สมมติฐานการวิจัย

ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการบริการ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เฉพาะคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระนอง ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2557 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2558 ทั้งรายเก่าและรายใหม่ และโปรแกรมได้สุ่มอัตโนมัติได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 151 คน เป็นผู้ป่วยรายเก่า 114 คน และผู้ป่วยรายใหม่และผู้เริ่มรับยาต้านไวรัส จำนวน 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 15 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ และผู้เริ่มรับยาต้านไวรัสรายใหม่ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประเภทของผู้รับ



บริการ (สิทธิของผู้ป่วย) และประเภของกลุ่มประชากร (ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี) และส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา ประกอบด้วย การติดตามตรวจ CD 4,การรักษาด้วยยาต้านไวรัส, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการคัดกรองโรคร่วม

2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 15 ปีขึ้นไป สำหรับผู้ป่วยรายเก่า ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประเภทของผู้รับบริการ (สิทธิของผู้ป่วย) และประเภของกลุ่มประชากร (ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี) ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา 5 ด้าน ประกอบด้วย การติดตามตรวจ CD-4, การรักษาด้วยยาต้านไวรัส, การดูแลรักษาและการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส, การคัดกรองโรคร่วม และการส่งเสริมสุขภาพ (แบบบันทึกทั้ง 2 แบบ เป็นของ สปสช. ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยตามมาตรฐาน ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือของโปรแกรม HIVQUAL-T ซึ่งผ่านการพัฒนาและตรวจสอบมาเรียบร้อยแล้ว จากสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยพิจารณาจากฐานข้อมูล NAP และฐานข้อมูลของโรงพยาบาลระนอง นำเข้าฐานข้อมูลที่สมบูรณ์แล้วทั้งหมด ในโปรแกรม HIVQUAL-T และโปรแกรมจะสุ่มอัตโนมัติเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียน เพื่อขอยืมเวชระเบียน (OPD Card) ของกลุ่มตัวอย่าง บันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกที่กำหนด หลังจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม HIVQUAL-T

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ข้อมูลตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัด แสดงค่าเป็นร้อยละ (Percentage) และระดับค่ามัธยฐาน (Median) ข้อมูลตัวชี้วัดทางเลือก 46 ตัวชี้วัด แสดงค่าเป็นร้อยละ (Percentage)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม NAP ของ สปสช. และจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกข้อผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ แบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยระบุเป็นเลข NAP Number ของแบบบันทึกข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวมทั้งหมด นำมาใช้เฉพาะการศึกษา และเพื่อการปรับปรุงพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน



ผลการวิจัย

ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดทางเลือกลงนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน (N=)	ร้อยละ 100
รายเก่า	114	75.50
รายใหม่	37	24.50

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ป่วยรายเก่า จำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.50 และผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสรายใหม่จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.50

2. ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลระนอง

ตาราง 2 ตัวชี้วัดหลักในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก (KPI)	N (คน)	n (คน)	ร้อยละ
1.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ที่ได้รับการตรวจ CD-4 Baseline	37	36	97.30
2.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือนขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตามระดับ CD-4 ทุก 6 เดือน	112	9	8.00
3.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาต้านไวรัส	23	18	78.30
4.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่กินยาต้านไวรัสนานมากกว่า 6 เดือน ได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป	112	104	92.90
5.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้รับการประเมินหรือ	112	109	97.30
6.	ค่ามัยฐานของระดับ CD-4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เริ่มยาต้านไวรัสในปีที่ประเมิน			(M=88)
7.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ปฐมภูมิ	16	15	93.75



ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก (KPI)	N (คน)	n (คน)	ร้อยละ
8.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ปฐมภูมิ	5	5	100.00
9.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด	107	107	100.00
10.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส	37	37	100.00
11.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	65	33	50.77
12.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลคำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย	114	114	100.00

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่า ตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ที่ได้รับการตรวจ CD - 4 Baseline ร้อยละ 97.3 ตัวชี้วัดที่ 2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ครบ 6 เดือน ขึ้นไป ได้รับการตรวจติดตามระดับ CD - 4 ทุก 6 เดือน ร้อยละ 8.0 ตัวชี้วัดที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 78.3 ตัวชี้วัดที่ 4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่กินยาต้านไวรัสมานานมากกว่า 6 เดือนได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 92.9 ตัวชี้วัดที่ 6) ค่ามัธยฐานของระดับ CD - 4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมินเท่ากับ 88 ตัวชี้วัดที่ 7 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ปฐมภูมิ ร้อยละ 93.8 ตัวชี้วัดที่ 11 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 50.8

ตาราง 3 ตัวชี้วัดทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก (KPI)	N (คน)	n (คน)	ร้อยละ
1.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ CD-4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน	114	12	10.52
1.1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ CD-4 > 350 cell/mm3 และไม่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ CD-4 ทุก 6 เดือน	0	0	NA
2.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือนได้รับการตรวจ VL	8	2	25.00
3.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลประเมิน Drug Adherence > 95%	112	111	99.11
4.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมินได้รับการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นก่อนการรักษา	25	25	100.00



ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก (KPI)	N (คน)	n (คน)	ร้อยละ
5.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม SGPT	132	88	66.70
6.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจติดตาม SGPT ผิดปกติได้รับการดูแล	26	26	100.00
7.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มียา ARV ได้รับการตรวจติดตาม Lipid Profile	132	111	84.10
8.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจติดตาม Lipid Profile ผิดปกติได้รับการดูแล	76	72	94.70
9.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม CBC	132	110	83.30
10.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังจากได้รับยาต้านไวรัสที่มีผลการตรวจติดตาม CBC ผิดปกติได้รับการรักษา	8	8	100.00
11.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม FBS	132	87	65.90
12.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจติดตาม FBS ผิดปกติได้รับการดูแลรักษา	15	15	100.00
12.1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม Creatinine (Cr)	132	87	65.90
12.2	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลตรวจติดตาม Creatinine ผิดปกติได้รับการดูแลรักษา	0	0	NA
13.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส และมีปริมาณไวรัส มากกว่า 2,000 Copies/ml ได้รับการตรวจ Drug Resistance	0	0	NA
13.1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสและมีผลการรักษาล้มเหลว	112	3	2.70
13.2	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ตรวจพบการดื้อยาได้รับการเปลี่ยนสูตรยา	3	3	100.00
14.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ทุกปี	0	0	NA
15.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มียาป้องกันโรคปอดอักเสบ PCP ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์	0	0	NA



ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก (KPI)	N (คน)	n (คน)	ร้อยละ
16.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ทุกียภูมิ	1	1	100.00
17.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Cryptococcosis ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์	0	0	NA
18.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคสมองอักเสบจาก Toxoplasmosis ทุกียภูมิ	0	0	NA
19.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาป้องกันโรคสมองอักเสบจาก Toxoplasmosis ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์	0	0	NA
20.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรค MAC ทุกียภูมิ	0	0	NA
21.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาป้องกันโรค MAC ได้รับการหยุดยาตามเกณฑ์	0	0	NA
22.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่วินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคปอดจากการคัดกรองได้รับการรักษา	0	0	NA
22.1	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค	25	25	100.00
23.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	114	114	100.00
24.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการคัดกรองอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	0	0	NA
25.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อซิฟิลิส	0	0	NA
26.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจซิฟิลิสเป็นผลบวกได้รับการรักษา	0	0	NA
27.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหนองในได้รับการรักษา	0	0	NA
28.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงที่ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม	7	7	100.00
29.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มี CD4 < 100 cells/mm ³ ได้รับการตรวจหรือส่งต่อเพื่อคัดกรอง CMV Retinitis	3	2	66.70



ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก (KPI)	N (คน)	n (คน)	ร้อยละ
30.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจพบ CMV Retinitis ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ	0	0	NA
31.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	37	37	100.00
32.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการดูแลการรักษาหรือส่งต่อ	0	0	NA
33.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	8	8	100.00
34.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการติดตามการรักษาหรือส่งต่อ	2	2	100.00
35.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินพฤติกรรมลดการสัมผัสสารเสพติด	114	114	100.00
36.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินการใช้สารเสพติด	114	114	100.00
37.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ครั้งในปีที่ประเมิน	114	114	100.00
38.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้รับการปรึกษาหรือส่งต่อในปีที่ประเมิน	8	8	100.00
39.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลหรือการให้ความรู้เรื่องการรักษาสุขภาพตนเอง	114	114	100.00
40.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับข้อมูลหรือการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	114	114	100.00
41.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำในปีที่ประเมินที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	61	59	96.70
42.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการเปิดเผยเลือดกับคู่นอนประจำ	0	0	NA
43.	คู่นอนประจำของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ทราบผลเลือด ได้รับการตรวจเลือดเอชไอวี	11	1	9.10
44.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีคู่นอนประจำในปีที่ประเมินได้รับการแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว	61	61	100.00



ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก (KPI)	N (คน)	n (คน)	ร้อยละ
45.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวในปีที่ประเมินที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง	7	7	100.00
46.	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจปริมาณไวรัสและมีปริมาณไวรัส < 50 Copies	104	100	96.20

N = กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด, n = กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจประเมิน

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า จากการศึกษาตัวชี้วัดทางเลือกมี 46 ตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด ที่ได้รับการตรวจ CD-4 อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน ร้อยละ 10.5, ตัวชี้วัดที่ 2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสครบ 6 เดือนได้รับการตรวจ VL ร้อยละ 25.0, ตัวชี้วัดที่ 5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม SGPT ร้อยละ 66.7, ตัวชี้วัดที่ 9 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม CBC ร้อยละ 83.3, ตัวชี้วัดที่ 11 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม FBS ร้อยละ 65.9, ตัวชี้วัดที่ 12.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยา ARV ได้รับการตรวจติดตาม Creatinine (Cr) ร้อยละ 65.9, ตัวชี้วัดที่ 29 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มี CD4 < 100 Cells/mm³ ได้รับการตรวจหรือส่งต่อเพื่อคัดกรอง CMV Retinitis ร้อยละ 66.7 และตัวชี้วัดที่ 43 คู่นอนประจำของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ทราบผลเลือดได้รับการตรวจเลือดเอชไอวี ร้อยละ 9.1

อภิปรายผล

จากการศึกษาประเมินผลลัพธ์ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยโปรแกรม HIVQual - T โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ปีงบประมาณ 2558 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ ที่ได้รับการตรวจ CD - 4 Baseline ร้อยละ 97.3 ในการตรวจ CD - 4 Baseline ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ควรตรวจให้ครบร้อยละ 100 เนื่องจากการตรวจ CD - 4 เป็นการประเมินผู้ป่วยว่าติดเชื้อเอชไอวีนานเท่าใดมีระบบภูมิคุ้มกันโรค (Immunology) ของผู้ป่วยอยู่ที่ระดับใดหากผล CD - 4 ต่ำกว่า 200 Cells / mm³ แสดงถึงระยะเวลาในการติดเชื้อมากกว่า 5 ปี (ค่าเฉลี่ยการติดเชื้อเอชไอวี 8 - 11 ปี จึงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง และเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรง) และผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้เร็วขึ้น และถ้า CD - 4 น้อยกว่า 100 Cells / mm³ จะมีอัตราเสียชีวิตสูงมากกว่าการเริ่มยาต้านไวรัสที่ระดับ 200 - 350 Cells / mm³ 5.7 เท่า (วินัย สวัสดิ์วร, 2553) ดังนั้น การตรวจ CD - 4 Baseline มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระดับค่ามัธยฐานของระดับ CD - 4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมินเท่ากับ 88 Cells / mm³ ค่าเฉลี่ย



ของประเทศอยู่ที่ 116 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ในพื้นที่ยังมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เข้าถึงการรักษาได้ช้าจะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดมะเร็งบางชนิดน้ำหนักลดลงมากเกิดภาวะแทรกซ้อน ของระบบประสาทและตาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อไม่ได้รับการรักษาพบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการรอดชีวิตหลัง CD - 4 Cell Count ลดต่ำกว่า 200 Cell / mm³ เท่ากับ 3.7 ปี ค่ามัธยฐานของ CD - 4 Cell Count เมื่อเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นครั้งแรกคือ 60 - 70 Cell / mm (วินัย สวัสดิ์, 2553) ระยะเวลาการรอดชีวิตหลังจากเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส คือ 1.3 ปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหากกินยาได้ผลดีผู้ป่วยจะมีระดับ CD - 4 สูงขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนั้น ค่า CD-4 ยังช่วยบ่งชี้ถึงการหยุดยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (OI: Pro - Phylaxis) แต่ละชนิดได้ ดังนั้นควรมีการติดตามผลตรวจ CD - 4 ทุก 6 เดือนปกติระดับ CD - 4 จะเพิ่ม 100 - 150 Cell / mm³ ต่อปีสอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์ (2546) ได้ศึกษาเรื่องผลการรักษาระยะแรกของผู้ป่วย ในโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ของโรงพยาบาลในเขต 9 โดยศึกษาผลการรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยเซลล์เม็ดเลือดขาว CD - 4 ก่อนการรักษา เท่ากับ 60 Cell / mm³ และร้อยละ 94 ของผู้ป่วยมีเซลล์เม็ดเลือดขาว CD - 4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200 Cell / mm หลังรักษาครบ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว CD - 4 เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 133 Cell / mm สอดคล้องกับการศึกษาของปฐม การัญญมณี (2558) พบว่า ร้อยละ 87.6 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการตรวจครั้งแรกมีเม็ดเลือดขาว CD - 4 น้อยกว่า 200 Cell / mm³ ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้รับการตรวจหาเซลล์เม็ดเลือดขาว CD - 4 สองครั้งขึ้นไปพบร้อยละ 82.5 มีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักขณ์ เกษม (2548) พบว่า การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ประสบผลสำเร็จเพราะกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเม็ดเลือดขาว CD - 4 เพิ่มขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นการติดเชื้อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับการตรวจ VL อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งขึ้นไป เป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจาก VL เป็นดัชนีบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาได้แม่นยำกว่าระดับ CD - 4 และสามารถวินิจฉัยการรักษาล้มเหลวได้ดีที่สุด หาก VL น้อยกว่า 50 Copies / ml แสดงว่ายาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพในการรักษาแต่หากผล VL มากกว่า 2,000 Copies / ml บ่งบอกถึงภาวะ Virological Failure ซึ่งแสดงว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว ต้องได้รับการตรวจหาเชื้อดื้อยา (Drug Resistance) และต้องมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสซึ่งผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการประเมิน หรือติดตาม Drug Adherence อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการดื้อยา สอดคล้องกับผลการศึกษาของประเสริฐ วันดี (2546) ศึกษาที่ประเทศบราซิล พบว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถลดอัตราการติดเชื้อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ร้อยละ 60 - 80 และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ได้ร้อยละ 50 ผลการตรวจติดตามระดับ Viral Load ของโรงพยาบาลระนอง มีผลการวัดที่ระดับร้อยละ 92.9 ต่ำกว่าที่ระดับค่าเฉลี่ยของประเทศเท่ากับร้อยละ 97.32 และพบมีผลการรักษาล้มเหลวร้อยละ 3.8 แต่มีระบบการส่งต่อ ปรีกษา และได้รับการเปลี่ยนสูตร



ยาแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอดทุกคน เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งที่มี CD - 4 สูงและต่ำได้ตลอดระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อย ได้รับการคัดกรองตรวจติดตาม เช่น โรคปอด PCP เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีระบบภูมิคุ้มกันโรคต่ำ และเสียชีวิตได้จากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งโรคที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายระยะแรกไม่มีอาการ เพราะร่างกายยังมีภูมิคุ้มกัน ควบคุมหรือจัดการกับเชื้อโรคได้ แต่เมื่อ CD-4 ต่ำกว่า 200 Cell / mm³ หรือ Lymphocyte ต่ำกว่าร้อยละ 14 จะมีภาวะโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระดับรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยล้มป่วยหากรักษาไม่ทันจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคต่าง ๆ จึงมีความสำคัญถึงแม้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังไม่เจ็บป่วยก็ตาม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 50.8 ต่ำกว่าค่ามัธยฐานการตรวจของการตรวจระดับประเทศร้อยละ 85.41 ซึ่งในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสทำให้เกิดโรคมดลูกได้ง่าย รวมทั้ง พบมากขึ้นในผู้ที่มียาระดับ CD-4 ต่ำมาก ๆ ดังนั้น จึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ ควรฝึกกำลังใจจากทีมสหวิชาชีพตลอดจนความร่วมมือจากญาติ - นรีแพทย์ เพื่อกำหนดวิธีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างจริงจังต่อไป

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำในปีที่ประเมินที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และได้รับการแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวทุกคน แต่ยังคงพบว่าคู่นอนประจำของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่ทราบผลเลือดและยังไม่ได้รับการตรวจเลือดเอชไอวีถึงร้อยละ 9.1 ซึ่งผู้วิจัยพบว่า เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ส่งผลให้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาล่าช้า อาจมารับบริการเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับภูมิคุ้มกันต่ำ หากดูแลรักษาไม่ทันอาจทำให้เสียชีวิตได้ ส่วนตัวชีวิตที่ไม่มีข้อมูลเนื่องจากผู้ป่วยมักปิดบัง เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกทอดทิ้ง รังเกียจ ผลการศึกษาตัวชี้วัดทางเลือกเป็นตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันและรับเชื้อเพิ่มควบคู่กับการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีตลอดชีวิต เพราะโรคเอดส์ได้รับผลกระทบในการติดเชื้อเอชไอวีทั้งคู่สมรสและจากแม่สู่ลูก แนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส คือ การจัดการเชิงระบบระหว่างเครือข่ายบริการทางการแพทย์ โดยมีแผนการรักษาตามแผนการดูแลที่กำหนด (Standard Treatment Protocol) บริหารจัดการกระบวนการให้เกิดความเชื่อมโยง มีประสิทธิภาพ ดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการทางการแพทย์ (ทีมสหวิชาชีพ) และแกนนำผู้ติดเชื้อ

จะเห็นว่า ก่อนหน้าที่จะมีการใช้โปรแกรม HIVQUAL - T โรงพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดของแต่ละโรงพยาบาล ไม่ครอบคลุมภาวะที่ต้องเฝ้าระวังที่พบบ่อย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ชัดเจนในระบบ หลังจากมีโปรแกรมนี้ ทำให้มีระบบการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี



และผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อ ทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต และทำให้คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น ในอนาคตการพัฒนาโปรแกรม HIVQUAL-T ในการวัดคุณภาพการดูแลรักษาและส่งเสริมคุณภาพในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ป้องกันจากแม่สู่ลูกน่าจะมีการพัฒนาต่อไป เพื่อลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกซึ่งยังมีอัตราการพบผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อจากแม่สู่ลูกอยู่

สรุปผล

จากการศึกษาย้อนหลัง ในการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยโปรแกรม HIVQUAL - T โรงพยาบาลระนอง ปี 2558 พบว่า ตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 5 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 41.67 ตัวชี้วัดทางเลือก 46 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 38 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 82.61

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบบริการ
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้บริหาร นำไปพัฒนาและปรับปรุงนโยบายการดำเนินงานด้านการบริการการดูแลรักษา เพิ่มการเข้าถึงบริการ ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเอดส์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. มีการปรับปรุงหรือเพิ่มเติมตัวชี้วัดให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง
2. ควรพัฒนาโปรแกรม HIVQual - T ในการวัดคุณภาพการดูแลรักษา และส่งเสริมคุณภาพในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีป้องกันจากแม่สู่ลูก และโปรแกรมประเมินคุณภาพการให้การรักษา รวมทั้งการทำวิจัยประเมินคุณภาพการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. พัฒนาหลักสูตรเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เพิ่มเติม ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติงาน



รายการอ้างอิง

- จิตรลดา อุทัยพิบูลย์. (2553). คู่มือการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T สำหรับพัฒนาคุณภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์.
- นงลักษณ์ เกษม. (2548). โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวซีดี4ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้านยาต้านไวรัสในจังหวัดแพร่. การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปฐม การัญญมิ. (2558). การส่งตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิด CD-4 ของผู้ป่วยเอดส์ในการรับยาต้านไวรัสเอดส์ เขต 11 พ.ศ. 2544-2545, สืบค้นเมื่อ 25 ธค. 58
จาก http://www.aidthai.org/Module/Module5/detail_library.php?lid=1895.
- ประเสริฐ วันดี. (2546). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมในจังหวัดเชียงใหม่ (เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- ปวีณา สนธิสมบัติ. (2548). Contemporary Management of HIV Infection เกสซ์ขำบัดร่วมสมัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พีระมน นิงสานนท์. (2554). คุณภาพดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (อัสสำเนา).
- วินัย สวัสดิ์วร. (2554). คุณภาพดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (อัสสำเนา).
- ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์. (2546). ผลรักษาระยะแรกของผู้ป่วยในโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลในเขต 9. พิษณุโลก: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก.
- สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย.(อัสสำเนา).
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). มาตรฐานกรมควบคุมโรคต้านโรคเอดส์สำหรับสถานบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. (2544). นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.