

การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ 3 จังหวัด ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ปี พ.ศ.2546-2548
(Measurement of HIVQUAL-T Program for the quality improvement of care for PLWHA In 3 Provinces of Northern Thailand, 2003-2005)

ธัญญ์รี ปิยกุล ศก.ม.

Thanaree Piyakul M.A

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ Office of Disease Prevention and Control 10th Chiang Mai

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในพื้นที่ 3 จังหวัด ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย คือ เชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา ในปี พ.ศ.2546-2548 โดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยที่มารับบริการปีพ.ศ.2546-2548 ในโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินงานจำนวนทั้งหมด 37 แห่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดังกล่าว อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ประเมิน จำนวนโรงพยาบาลละ 30-90 ราย ตามปริมาณผู้มารับบริการในแต่ละปี โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่ได้รับการพัฒนาโดย New York State AIDS Institute มาใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการวัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน คือ การติดตามผลการตรวจ CD4 และหรือ Viral Load การรักษาด้วยยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจคัดกรองและรักษาวัณโรค การตรวจคัดกรองซิฟิลิส และการดูแลผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี(การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก)

ผลการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T วัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน ในการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินโครงการ ปี พ.ศ. 2546 – 2548 นั้น มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นตามลำดับในแต่ละปีทุกตัวชี้วัด ซึ่งเป็นผลจากที่ได้วัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในปี 2546 เป็นต้นมา แต่ละหน่วยงานสามารถนำผลที่ได้ไปพัฒนากิจกรรมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้ครอบคลุมมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โปรแกรม HIVQUAL-T ใช้ง่าย รวดเร็ว ใช้ทรัพยากรน้อย และโรงพยาบาลสามารถวัดได้ด้วยตนเอง ทำให้ทราบถึงจุดอ่อนด้านการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในหน่วยงาน เพื่อค้นหาสาเหตุและดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ น่าจะได้นำโปรแกรม HIVQUAL-T ไปใช้เพื่อช่วยในการวัดคุณภาพระบบบริการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพบริการที่ดีและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และสามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้บริการดูแลรักษาได้ นอกจากจะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการที่ดี ครอบคลุม ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาอย่างคุ้มค่า โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายช่วยกันสร้างระบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรม HIVQUAL-T การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

Abstract

This research aimed to study the result of implementation with HIVQUAL-T Program which run to develop quality of HIV/AIDS treatment and care in three provinces in upper northern part of Thailand; Chiang Mai, Chiang Rai and Phayao between 2003-2005. The samples who enrolled of this study were the HIV infected or AIDS patients over 15 years old and they would come to attend in the 37 pilot hospitals with HIVQUAL - T program at least two times a year. Data was collected from patient's records and analyzed by the program. It was found that the coverage of six key indicators (CD4 or viral load monitoring, opportunistic infection prophylaxis, anti retroviral treatment, tuberculosis screening, Syphilis screening, CA Cervix screening) in the program was much higher in each year. Especially, after allocated the HIVQUAL - T program, the target hospitals could be developed the activity in HIV/AIDS treatment and care sustainable. And it was found the weakness point of the activity in HIV/AIDS treatment and care as well, so the health officers could be corrected the activity and implemented with the patients again. Therefore, this program was proper for the health personnel in every hospital who want to learn and use by themselves. Furthermore, they can improve and develop HIV/AIDS treatment and care process for the better quality of life of HIV/AIDS patients in Thailand.

Key words: HIVQUAL-T, HIV Quality Care

บทนำ

นับจากมีรายงานการพบผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 เป็นต้นมา พื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน นับเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบสูงมาโดยตลอด เนื่องจากพบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำนวนมาก สถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จนถึง 31 ธันวาคม 2549 พบว่า มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 76,103 ราย เสียชีวิตไปแล้ว 30,611 ราย และยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ต้องการการดูแลรักษา ซึ่งต้องใช้เวลานานและทรัพยากรจำนวนมาก เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรัง ในการให้บริการดูแลรักษาจึงควรมีคุณภาพและครอบคลุมทุกมิติ อันประกอบด้วย การดูแลด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมกว่า 2 ทศวรรษของการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย การให้บริการดูแลรักษาได้มีพัฒนาการมาเป็นลำดับ

โดยเฉพาะด้านการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว เช่นการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การให้ยาด้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก และการให้ยาด้านไวรัสเอดส์เพื่อการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี มีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากข้อมูลจากการสำรวจเบื้องต้น ตามโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นโครงการที่ดำเนินการโดยสำนักเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการสนับสนุนจากศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐด้านสาธารณสุข พบว่า มาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับโรงพยาบาลยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ที่สำคัญคือขาดเครื่องมือ และกระบวนการวัดและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่

สามารถกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพ การชี้ปัญหา และลำดับขั้นความเร่งด่วนเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการปรับปรุงคุณภาพที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ และไม่สามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาคุณภาพได้ (TUC Care Project: รายงานผลการ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานในภาพรวม 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน, 2546)

ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา หน่วยงานที่ให้บริการจึงจำเป็นต้องมีการวัดคุณภาพ ระบบบริการดังกล่าวไว้ข้างต้น ว่ามีความครอบคลุมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ ซึ่งจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ช่วยเพื่อพัฒนาให้เกิดระบบ บริการที่ดีและเหมาะสมกับพื้นที่ และสามารถดำเนินการ จัดเก็บและวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานได้ ทั้งภายในหน่วยงานที่ให้บริการ รวมทั้งหน่วยงานอื่น นอกจากจะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการที่ดี ครอบคลุม ที่ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แล้ว ยังเป็นการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาอย่างคุ้มค่า โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายช่วยกันสร้างระบบการ พัฒนาคุณภาพการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

นิยามศัพท์

HIV Quality Care คือ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานตามแนวทางการดูแลรักษา ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และหรือจาก ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

HIVQUAL-T (HIV Quality of Care program - Thailand) คือซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์เขียนโดยโปรแกรม Microsoft Access ใช้สำหรับวัดคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ เอดส์ในประเทศไทย เริ่มดำเนินการในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ 2546 โดยการประสานความร่วมมือระหว่าง ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐด้านสาธารณสุข (Thailand MORPHUS CDC Collaboration, TUC) กับสถาบันโรคผิวหนัง นีวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา (New York State department of

health, AIDS Institute) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตาม และปรับปรุงคุณภาพระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

PLWHA (People Living with HIV and AIDS) คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวัดคุณภาพระบบบริการในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลที่ร่วม ดำเนินงานในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T (HIV Quality of Care program -Thailand)
2. เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำผลการวัดที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพระบบ บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analysis study) โดยการรวบรวมข้อมูล จากแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย เพื่อวัดคุณภาพการ ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ใน โรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินงานในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือ ตอนบน คือ เชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา ที่มารับบริการ ปี 2546 - 2548 รวมจำนวน 37 แห่ง โดยทำการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อายุ 15 ปี ขึ้น ไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดังกล่าว อย่างน้อย 2 ครั้งในปีที่ดำเนินการจำนวนโรงพยาบาลละ 30-100 ราย ตามแต่ปริมาณผู้มารับบริการในแต่ละปี โดยใช้วิธีการ เลือกเชิงสุ่มอย่างง่าย (Random Sampling) โดยใช้ โปรแกรม HIVQUAL-T คำนวณโดยอัตโนมัติ ณ ระดับ ความเชื่อมั่นร้อยละ 95

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย และโปรแกรม HIVQUAL-T มาใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการวัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตามตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน

วิธีการศึกษา

1. รวบรวมรายชื่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งหมดที่มารับบริการในโรงพยาบาล ตาม Inclusion criteria จากทุกหน่วยบริการ ในปีที่จะวัดผลแล้วนำเข้าสู่โปรแกรม
2. ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของรายชื่อผู้ป่วย
3. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางเทียบหรือให้โปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณโดยอัตโนมัติ
4. สุ่มตัวอย่างโดยอัตโนมัติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
5. รวบรวมข้อมูลการดูแลทางการแพทย์ จาก OPD card และเวชระเบียนต่าง ๆ
6. บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มกระดาษ
7. บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์
8. ตรวจสอบข้อมูลในแบบฟอร์มและใน โปรแกรมคอมพิวเตอร์
9. รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล
10. ใช้รายงานผลข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T Version 3.0 เพื่อคำนวณค่าจำนวน และร้อยละ ตามตัวชี้วัดทั้ง 6 ด้าน คือ

1. การติดตามผลการตรวจ CD4 และหรือ Viral Load (HIV status monitoring)
2. การได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI prophylaxis)

3. การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy)
4. การตรวจคัดกรองและการรักษาวัณโรค (Tuberculosis screening and treatment)
5. การตรวจคัดกรองซิฟิลิส (Syphilis screening)
6. การดูแลผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี (Care for HIV infected female)

ผลการศึกษา

การวัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ได้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบนที่ร่วมดำเนินการ ได้แก่จังหวัดเชียงใหม่, เชียงราย และจังหวัดพะเยา ในปี พ.ศ. 2546 รวมจำนวน 8 แห่ง ปี พ.ศ. 2547 รวม 9 แห่ง และปี พ.ศ. 2548 จำนวนทั้งหมด 37 แห่ง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ โดยในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 8 แห่งรวม 8,307 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,694 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 9 แห่งรวม 9,739 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,998 ราย และในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด 37 แห่ง รวม 11,228 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 2,038 ราย

จากผลการศึกษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการตรวจติดตามระดับเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 (ตัวชี้วัดที่ 1) คิดเป็นร้อยละ 56.3 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2547, 2548 เป็นร้อยละ 78.6 และ 90.7 ตามลำดับ ด้านการได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบปฐมนุรักษ์ (ตัวชี้วัดที่ 2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลที่ดี คิดเป็นร้อยละ 85 ในปี พ.ศ. 2546 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในปี พ.ศ. 2547, 2548

เป็นร้อยละ 85.2 และ 86.8 ตามลำดับ ด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ตัวชี้วัดที่ 3) พบว่า ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในปี พ.ศ. 2546 ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 79.5 และเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2547, 2548 เป็นร้อยละ 83.2 และ 87.9 ตามลำดับ ในการตรวจคัดกรองและรักษาวัณโรค (ตัวชี้วัดที่ 4) ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการบริการในปี พ.ศ. 2546 ก่อนข้างน้อยคิดเป็นร้อยละ 46 และเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2547 , 2548 เป็นร้อยละ 58.5 และ 75.6 ตามลำดับ สำหรับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส(ตัวชี้วัดที่ 5) พบน้อยมากในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 คือ เพียงร้อยละ 2.7 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับ และมีการตรวจคัดกรองมากขึ้นในปี 2548 ถึงร้อยละ 29.2 สำหรับการดูแลผู้หญิงติดเชื้อ HIV(ตัวชี้วัดที่ 6) พบว่ายังมีน้อย คิดเป็นร้อยละ 4 เท่านั้น แต่กลับเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.7 และ เพิ่มขึ้นสูงในปี 2548 เป็นร้อยละ 44.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวัดคุณภาพการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/และผู้ป่วยเอดส์ ด้วย HIVQUAL –T ในภาพรวม 3 จังหวัด จำแนกตามตัวชี้วัด และรายปี พ.ศ. 2546-2548

ตัวชี้วัด	2546		2547		2548	
	กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
1. CD4 testing	1,694	56.3	1,998	78.63	2,038	90.7
2. PCP prophylaxis	1,070	85.0	1,098	85.2	1,044	86.8
3. ARV treatment	703	79.5	974	83.2	954	87.9
4. TB screening	652	46.0	995	58.5	1,343	75.6
5. VDRL screening	1,694	2.7	1,998	4.2	2,038	29.2
6. Pap smear	1,025	4.0	1,131	12.7	1,170	44.3

เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัด พบว่า ในปี พ.ศ. 2546-2548 จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจติดตามระดับเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.6 , 81.9 และ 91.6 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 52.9, 77.6 และ 90.9 ตามลำดับ และจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 52, 76.1 และ 88.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ส่วนการตรวจ Viral Load ในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีจำนวนน้อยเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูง โดยในปี พ.ศ.2546 จังหวัดพะเยามีการส่งตรวจ Viral Load มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 20.3 รองลงมาคือ จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 15.5 และจังหวัดเชียงรายน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 6 สำหรับในปีพ.ศ.2547 จังหวัดเชียงใหม่ และเชียงราย มีการตรวจเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 18.5 และ 9.5 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดพะเยากลับมีการตรวจลดลงเหลือร้อยละ 10.4 และในปี พ.ศ.2548 ทั้ง 3 จังหวัดมีการตรวจลดลงอย่างมาก โดยมีการตรวจน้อยที่สุดที่จังหวัดเชียงรายคือมีเพียงร้อยละ 2.8 เท่านั้น ถัดไปคือ จังหวัดพะเยาและเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 5.6 และ 12.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจติดตามระดับเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	64.6	81.9	91.6
เชียงราย	52.9	77.6	90.9
พะเยา	52	76.1	88.7
รวม	56.3	78.6	90.7

ตารางที่ 3 ร้อยละการได้รับการตรวจ Viral Load ในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส จำแนกรายจังหวัดปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
พะเยา	20.3	10.4	5.6
เชียงใหม่	15.5	18.5	12.9
เชียงราย	6	9.5	2.8
รวม	12.5	12.8	6.7

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ (PCP) มากที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 90.2, 87.4 และ 90.7 ในปี พ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 89.6, 89.2 และ 82.2 และจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 73.4, 78.3 และ 83.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบ (PCP) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงราย	90.2	87.4	90.7
พะเยา	89.6	89.2	82.2
เชียงใหม่	73.4	78.3	83.6
รวม	85	85.2	86.8

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ มากที่สุดคือ จังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 79.8, 82.6 และ 91.7 ในปี พ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ คิด

เป็นร้อยละ 48.2, 58.9 และ 74.7 และจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 47.5, 65.2 และ 80.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ (Cryptococcosis) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงราย	79.8	82.6	91.7
เชียงใหม่	48.2	58.9	74.7
พะเยา	47.5	65.2	80.7
รวม	60.8	71.5	84.2

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่มี $CD4 < 100$ ได้รับยาป้องกันโรค เชื้อรา Penicillosis มีค่อนข้างน้อย เนื่องจากค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง โดยจังหวัดเชียงรายมีการให้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27, 22.4 และ 12.4 ในปี พ.ศ. 2546-2548 รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 17.5, 17.2 และ 36.1 และจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 9.9, 9.8 และ 38.6 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาป้องกันโรคเชื้อรา Penicillosis จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงราย	27	22.4	12.4
เชียงใหม่	17.5	17.2	36.1
พะเยา	9.9	9.8	38.6
รวม	19.5	17.9	24.8

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่มีข้อบ่งชี้ว่า เป็น MAC หรือ $CD4 < 50$ ได้รับยาป้องกัน Mycobacterium Avium Complex (MAC) มีน้อยมาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง โดยในปี พ.ศ. 2546 มีการให้ยาสูงสุดที่จังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 5.2 รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 2.2 ส่วนจังหวัดเชียงรายยังไม่มี การให้ และในปี พ.ศ. 2547 และ 2548 พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีการให้ยาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 3.1 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.5 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีข้อบ่งชี้ ได้รับยาป้องกัน Mycobacterium Avium Complex (MAC) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	2.2	3.1	5.5
เชียงราย	0	1.7	0.7
พะเยา	5.2	0	1.9
รวม	2.1	1.7	2.6

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ มีมากที่สุดที่จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 83.5, 84.8 และ 91.2 ในปีพ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงราย คิดเป็นร้อยละ 78.8, 85.3 และ 85.7 ส่วนจังหวัดพะเยามีผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 74, 76.7 และ 88 ในปีพ.ศ. 2546-2548 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ที่ควรรับยาและ ได้รับยาต้านไวรัส จำแนกราย จังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	83.5	84.8	91.2
เชียงราย	78.8	85.3	85.7
พะเยา	74	76.7	88
รวม	79.5	83.2	87.9

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรค และได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค พบสูงสุดคือ จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 100 ในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 และลดลงในปี 2548 เหลือร้อยละ 84.5 รองลงมาเป็นจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 95.1, 91.8 และลดลงเช่นเดียวกันเหลือร้อยละ 81.6 ในปี พ.ศ. 2548 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยป่วยวัณโรค ได้รับการคัดกรองวัณโรค จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	100	100	84.5
เชียงราย	87.7	84.6	86.4
พะเยา	95.1	91.8	81.6
รวม	91.9	88.7	85.2

ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซีฟิลิส ในปี พ.ศ. 2546 ก่อนข้างน้อย พบการคัดกรองสูงสุดคือจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 3.8 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2547 และ 2548 คิดเป็นร้อยละ 7.3 และ 39.6 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงราย ส่วนจังหวัดพะเยามีการคัดกรองน้อยที่สุด (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองซีฟิลิส (syphilis) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	3.8	7.3	39.6
เชียงราย	2	3.1	33.1
พะเยา	2.6	2.1	1.1
รวม	2.7	4.2	29.2

ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงนั้น พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างน้อย โดยมีการตรวจมากที่สุดคือจังหวัดพะเยา คิดเป็นร้อยละ 6.1 รองลงมาเป็นจังหวัดเชียงใหม่ และเชียงราย ตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ. 2547-2548 ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น โดยมากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 15.6 และ 53.4 ตามลำดับ รองลงมาเป็นจังหวัดพะเยา และเชียงราย ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์เพศหญิง ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (PAP smear) จำแนกรายจังหวัด ปี 2546-2548

จังหวัด	ปี 2546 (ร้อยละ)	ปี 2547 (ร้อยละ)	ปี 2548 (ร้อยละ)
เชียงใหม่	3.5	15.6	53.4
เชียงราย	3.4	9.5	42
พะเยา	6.1	14.9	33.9
รวม	4	12.7	44.3

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 8 แห่งรวม 8,307 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,694 ราย สำหรับในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาล 9 แห่งรวม 9,739 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 1,998 ราย และในปี พ.ศ. 2548 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ มารับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด 37 แห่งรวม 11,228 ราย สุ่มเลือกเป็นประชากรตัวอย่าง 2,038 ราย ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการตรวจ CD4 , การให้ยาต้านไวรัส , การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (โรคปอด

อีกเสบ PCP และ Crypto) และการคัดกรองวัณโรค ก่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นนโยบายสนับสนุนจากภาครัฐ (โครงการ NAPHA) และมีการดำเนินงานโครงการ ต่างประเทศสนับสนุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ก่อนข้างมากในเรื่องดังกล่าว สำหรับบริการให้ยา ป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส Penicillosis และ MAC มี น้อยเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลก่อนข้างสูง และไม่มี นโยบายที่ชัดเจน รวมถึงการคัดกรองซีพีเอส ที่ต้องมี ค่าใช้จ่ายมาสนับสนุนทั้งด้านการตรวจคัดกรองและยา รักษาโรคหากพบว่าซึ่งเป็นโรงพยาบาลจะต้อง รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เอง และการดูแลหญิงติด เชื้อเอชไอวี ยังได้รับการค่อนข้างต่ำมาก ในด้านการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่สถานบริการจะ คัดกรองเฉพาะผู้ที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ตามมาตรฐานงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่า เมื่อแต่ละโรงพยาบาลได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ช่วยวัดคุณภาพระบบบริการในการ ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ของ หน่วยงานแล้ว พบว่ามีจุดแข็งและจุดอ่อนที่โหน อย่างไร ดังนั้นจึงควรนำไปใช้ในการวางแผน และ กระบวนการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้ครอบคลุม มาก ยิ่งขึ้น และสามารถวัดและประเมินต่อเนื่องได้ทุกปี เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนต่อไป และสามารถ นำไปเปรียบเทียบกับหน่วยบริการอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

การใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เป็นเครื่องมือ วัดผลการปฏิบัติงานการดูแลรักษา เพื่อช่วยในการพัฒนา คุณภาพระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และส่งเสริมกิจกรรมการปรับปรุงกระบวนการพัฒนา คุณภาพในโรงพยาบาล ที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยให้

เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการ พัฒนาคุณภาพการดูแลต้องเป็นกระบวนการที่ทำอย่าง สม่ำเสมอ(Regular) และต่อเนื่อง(Continuous) เพื่อให้ ทราบผลการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลง และสามารถจัดทำ ฐานข้อมูลได้เปรียบเทียบ(Benchmark) ของแต่ละ ตัวชี้วัดของหน่วยงานเทียบกับเวลาที่ผ่านไปและ เปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน ได้

ดังนั้น ในการพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ ต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งจากภายใน หน่วยงาน และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง การ ทำงานเป็นทีม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุน ซึ่งกันและกันจึงต้องพัฒนาไปพร้อมกัน เพื่อทำให้เกิด ระบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือ สนับสนุนอย่างดียิ่ง จากศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข , สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, เชียงราย และพะเยา, ผู้บริหารทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินงาน ทั้งหมดจำนวน 37 โรงพยาบาล รวมถึงทุกท่านที่มีส่วนใน การสนับสนุน และให้ข้อมูลในการดำเนินงานครั้งนี้ ทางผู้ ทำการศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาให้ความ ร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณประโยชน์ ที่เกิดจากการศึกษานี้ขอมอบแด่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการ พัฒนาโปรแกรม และผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ทุก ท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547.
2. กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางปฏิบัติงานโครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์, กันยายน 2547.
3. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่, รายงานผลการ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานใน ภาพรวม 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย, 2546.
4. จรัส ตฤณวุฒิพงษ์ (2546) ได้ศึกษาเรื่อง นโยบาย รูปแบบ และผลการดำเนินงานของโครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA). การสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 : ผลงานวิชาการ/บทคัดย่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์การศาสนา, 2546:160-163.
5. ชวินทร์ ศิรินาค (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่อง โครงการให้ยาป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 : ผลงานวิชาการ/บทคัดย่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์การศาสนา, 2546:73-74.
6. ภูษิษฐ์ มีประเสริฐสกุล (2547). ความผิดปกติของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอดส์ในสถานบริการสาธารณสุข. วารสารควบคุมโรค;30(4):337-343.
7. ศิริพร กัญชนะ (2546) ได้ศึกษาเรื่อง นโยบายและการดำเนินการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 : ผลงานวิชาการ/บทคัดย่อ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์การศาสนา, 2546:164-167.
8. ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข, (2548). คู่มือการใช้งาน HIVQUAL-T โปรแกรมวัดผลการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลด้านการแพทย์สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท เริเดชั่น จำกัด.
9. AIDS Education Training Centers (AETC) National Resource Center, New York State Department of Health AIDS Institute, Measuring Clinical Performance: A Guide for HIV Health Care Providers, 2002.
10. New York State Department of Health AIDS Institute, The HIV Quality of Care Program, 2002.