

## กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์มาตรฐาน

### 1. ชื่อผลงาน/การพัฒนาคุณภาพ :

การจัดบริการเชิงรุก เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้การปรึกษา เพื่อรับรู้สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเข้าถึงการดูแลรักษา

### ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกระบวนการคุณภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ในปี 2556 – 2557 พบว่าร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มี  $CD4 < 100 \text{ cell/mm}^3$  ขณะรับยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 41.38 และ 34.48 ตามลำดับ เนื่องจากการเข้าสู่ระบบ ล่าช้า จึงทำให้ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ได้รับการตรวจวินิจฉัย และเข้าถึงกระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล่าช้า ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS รายใหม่ส่วนใหญ่มักมารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สาเหตุสำคัญเพราะผู้ติดเชื้อไม่ทราบว่าตัวเองป่วย และเมื่อผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษาแล้ว ถ้าชุมชน ไม่ยอมรับมีอคติและแสดงความรังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถอยู่ร่วมในชุมชนได้ขาดการการดูแลต่อเนื่อง และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจะไม่กล้าที่จะมาเจาะเลือด (VCT) ถ้าชุมชนมีความรู้เข้าใจและมีความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ก็จะช่วยกันป้องกัน ลดการรังเกียจของคนในชุมชน และช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยได้ ส่งผลให้คนที่มีความเสี่ยง และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ สามารถเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลมากขึ้นและสามารถดูแลตนเองได้ อย่างคนปกติทั่วไป

### เป้าหมาย

1. ร้อยละประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก (MSM, FSW, STI, คู่หญิงตั้งครรภ์) ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10
2. ร้อยละของผู้รับบริการที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มีค่า  $CD4 < 100 \text{ cell/mm}^3$  น้อยกว่าร้อยละ 40
3. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มี  $CD4 < 100$  ขณะรับยาต้านไวรัส น้อยกว่าร้อยละ 20
4. โรคติดเชื้อฉวยโอกาส(ภาวะแทรกซ้อน)

### กิจกรรมการพัฒนา

1. ทบทวนพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานโดยการจัดทำแนวทางการค้นหาคัดกรอง ในชุมชนดูแลรักษาในรพ.และดูแลต่อเนื่องในชุมชน
2. จัดทำแนวทางการคัดกรองเพื่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเป้าหมายหลักครอบคลุมการมารับบริการทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาล
3. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการให้การปรึกษา โดยการจัดอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาแบบคู่ (Couple Counseling) และการปรึกษาเพื่อเปิดเผยผลเลือด (Discloser Counseling) แก่บุคลากรที่ให้บริการในโรงพยาบาลทุกหน่วยบริการและ พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต.
4. กำหนดแนวทางการ early diagnosis for HIV โดยจัดทำข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี สื่อสารให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบและปฏิบัติตาม มีแนวทางในการส่งตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีตามสิทธิ์พื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมระบบการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
5. มีการจัดทำ VCT(การตรวจเลือดโดยสมัครใจ)ในกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในชุมชนเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่
6. จัดทำ CPG คู่มือในการดูแลรักษา การส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

7. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการเอดส์ในโรงพยาบาล และแนวทางการดูแลรักษาโรคเอดส์แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต.ทุกแห่งในเขตอำเภอชุมชน ในชุมชน

### ผลการดำเนินงาน

1. จำนวนบุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาแบบคู่ (Couple Counseling) และการปรึกษาเพื่อเปิดเผยผลเลือด (Discloser Counseling) ผลการประเมินความรู้ก่อนการอบรม ร้อยละ 59.00 หลังการอบรม 83.25 เพิ่มขึ้นร้อยละ 41.10

2. ร้อยละประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักได้รับการให้การปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น
  - 2.1 กลุ่ม MSM ในปี 2556 ผลงานร้อยละ 63.64 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.33 ในปี 2558
  - 2.2 กลุ่มผู้ป่วย STI ในปี 2556 ผลงานร้อยละ 30.77 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.23 ในปี 2558
  - 2.3 คู่ของหญิงตั้งครรภ์ ในปี 2556 ผลงานร้อยละ 65.69 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.59 ในปี 2558

### การพัฒนาต่อเนื่อง

1. การจัดกิจกรรมเชิงรุกเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย MSM ตามข้อมูลการประมาณการกลุ่มเสี่ยงเชิงสถิติ โดยประสาน รพ.สต. ในพื้นที่ทำการสำรวจและทำ Mapping เพื่อ
2. ปรับการออกให้บริการ VCT เชิงรุกในกลุ่ม FSW เป็นช่วงเวลา 16.00 – 18.00 น. เพื่อให้สอดคล้องกับเวลาการทำงาน
3. เพิ่มการตรวจ VDRL ในสามีหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และจัดทำแนวทางการติดตามสามีหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับการตรวจเลือด ในกรณีไม่ได้ตรวจเลือดพร้อมภรรยา

### ชื่อผลงาน/การพัฒนาคุณภาพ :

#### 2. การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบบูรณาการ

##### 2.1 การพัฒนาความครอบคลุมในการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ป่วย STI

###### เป้าประสงค์ (PURPOSE)

ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะมีความสัมพันธ์กับการมีเชื้อ HIV ด้วย ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ STI หากได้รับการตรวจคัดกรองหาเชื้อ HIV ด้วย และถ้าพบเชื้อ HIV ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ป้องกันการแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่น เป็นการลดการติดเชื้อ HIV รายใหม่ด้วย การตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 5 โรคที่กำหนดคือ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อนและฝีมะม่วง จึงเป็นจุดเน้นที่สำคัญ ในปี 2556 – 2557 โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการได้ร้อยละ 30.77 และ 34.72 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด จากการทบทวนพบสาเหตุจากยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัย และไม่ได้รับการประเมินประวัติเสี่ยงด้านพฤติกรรมทุกราย

###### กระบวนการ (PROCESS)

1. ทีม PCT มีการจัดทำ CPG / Care map รวมทั้งแนวทางการให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการปรึกษา และการตรวจเลือดเพื่อค้นหาซิฟิลิสและเอชไอวี ควบคู่กับการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย
2. เพิ่มรูปแบบการให้บริการครอบคลุมทั้งผู้รับบริการและผู้สัมผัส

## ผลลัพธ์ (PERFORMANCE)

1. จากการพัฒนาระบบการ ดังกล่าว ทำให้แนวโน้มการดำเนินงานในปี 2558 ผู้ป่วย STI ได้รับการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อ HIV เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.23

2. มี Guideline ในการปฏิบัติงานเป็นแนวทางเดียวกัน

## การพัฒนาต่อเนื่อง

แม้ผู้ป่วย STI ได้รับการตรวจ Anti-HIV เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน แต่ก็ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด คือ ร้อยละ 70 เนื่องจากผู้ป่วย STI บางส่วนมีการย้ายถิ่นฐานด้วย จึงมีแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูล เชื่อมโยงการทำงานกับโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในถิ่นฐานใหม่ และการแนะนำให้ผู้ป่วยได้ตรวจคัดกรองในต่างอำเภอได้

## 2.2 การลดอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยจัดกิจกรรมเชิงรุกและ VCT ในชุมชน

### เป้าประสงค์ (PURPOSE)

การป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประชาชนอำเภอขุนซ้งทั้ง 5 โรคที่กำหนดคือ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อนและฝีมะม่วง จึงเป็นจุดเน้นที่สำคัญ ในปี 2556 – 2557 คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนคือ 24.19 และ 21.51 ตามลำดับ ซึ่งจากการวิเคราะห์ พบว่าแม้อัตราป่วยจะอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ ไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร แต่ก็ยังถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยมากที่สุด 3 ลำดับ คือ 15 -24 ปี รองลงมาคือ 25 – 34 ปี และ 35 - 44 ปี ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาระดับประเทศ ที่พบอัตราป่วยในกลุ่มนักเรียน คนกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่จะเป็นวัยที่ยังไม่คอยได้เข้ามาโรงพยาบาล เพราะอายุยังไม่มากนัก แต่เป็นวัยที่อยู่ในช่วงที่มีโอกาสในการมีเพศสัมพันธ์ และกระจายเชื้อสูง (ถ้าหากตนเองมีเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์) บริบทของคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน และชุมชน การสื่อสารความรู้และทักษะการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจึงต้องอาศัยวิธีการเข้าถึงโรงเรียน หมู่บ้าน และกิจกรรมที่มีการรวมตัวของคนกลุ่มนี้จำนวนมากๆ

### กระบวนการ (PROCESS)

ทีมเชิงรุกจึงได้จัดกิจกรรมให้ความรู้และเสริมทักษะการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและ VCT เชิงรุก โดยการเคลื่อนที่ไปให้ความรู้ ทักษะการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในสถานศึกษา ลานกิจกรรมที่มีวันรุ่นไปรวมตัวจำนวนมาก (เช่น ดนตรีในชุมชน งานนิทรรศการสินค้าชุมชน วันวาเลนไทน์ วันเอดส์โลก เป็นต้น) การนัดเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมาให้ความรู้ ทักษะ และคัดกรองผลตรวจอื่นๆที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีบูรณาการกิจกรรม เช่น ค่ายบำบัดยาเสพติด ดำเนินการอย่างเข้มข้นในปี 2558

### ผลลัพธ์ (PERFORMANCE)

ผลการดำเนินการ พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี 2558 เป็น 16.13 ราย ต่อแสนประชากร ซึ่งลดลงจากเดิมที่มีอัตราป่วยในปี ในปี 2556 – 2557 ที่มีอัตราป่วย 24.19 และ 21.51ราย ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

## การพัฒนาต่อเนื่อง

การลดอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยจัดกิจกรรมเชิงรุกและ VCT ในชุมชน ที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลชุมชน จึงสามารถป้องกันการเกิด STI อย่างได้ผล และในระยะยาว เพื่อให้การใช้จ่ายทรัพยากรตรงเป้าหมายมากขึ้น ควรวิเคราะห์กลุ่มอายุของนักเรียนที่มีอัตราการเกิดที่ยังสูง เพื่อดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ ทักษะอย่างเข้มข้น ในขณะที่กลุ่มทั่วไปก็ยังมีกิจกรรมตามปกติ

## 2.3 การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อ STI ในผู้ป่วย HIV/AIDS

### เป้าประสงค์ (PURPOSE)

การป้องกันมิให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมเสี่ยงแพร่กระจายเชื้อให้ผู้่วยรายใหม่ เป็นหัวใจที่สำคัญของการป้องกันผู้ป่วยรับเชื้อ HIV รายใหม่ และยังเป็น การป้องกันมิให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับเชื้อเพิ่มเติมด้วย อำเภอชุมชนข้อมูลผู้ป่วย HIV/AIDS ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปี 2556 – 2557 คิดเป็นร้อยละ 98.63 และ 98.59 ในจำนวนนี้ พบการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 8.61 และ 6.02 โดยพบทั้งในจำนวนนี้มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน ประจำและคู่นอนชั่วคราว การพบการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สะท้อนว่าในกลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDS ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะรับเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่น ดังนั้น การป้องกันมิให้มีการมีพฤติกรรมเสี่ยง หรือมีอย่างปลอดภัย จึงเป็นความจำเป็นในการแก้ปัญหาของอำเภอชุมชน

### กระบวนการ (PROCESS)

ทีมให้บริการของโรงพยาบาลชุมชน จึงจัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันโรคเพื่อสร้างความเข้าใจ และให้เกิดความตระหนักในกษ้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการส่งเสริมให้ใช้ Condom ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ แก่ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งในโรงพยาบาลชุมชน และเชิงรุกที่ลงไป ในสถานบริการ โดยดำเนินการอย่างเข้มข้นในปี 2557 - 2558

### ผลลัพธ์ (PERFORMANCE)

ผลดำเนินการ พบว่าในปี 2558 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 97.47 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย เนื่องจากโรงพยาบาลมีกระบวนการวิเคราะห์ต้นทุนการบริการ ในจำนวนนี้ พบการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 1 2.22 ซึ่งอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ลดลง สะท้อนถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยงในการรับ/แพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย HIV/AIDS ลดลง

### การพัฒนาต่อเนื่อง

แม้โรงพยาบาลชุมชน จะประสบความสำเร็จในการคัดกรองผู้ติดเชื้อ STI ได้สูงมาก และทำให้การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่ลดลงอย่างชัดเจน จนเหลือเพียงร้อยละ 1.91 และ 2.22 ในปี 2557 และ 2558 แต่ควรไปวิเคราะห์เชิงลึกเพิ่มเติมว่าในกลุ่มที่ยังติดเชื้อ STI อยู่ นั้น ยังมีปัจจัยใดที่ยังทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ เพราะ ความเสี่ยงของเขาอาจทำให้เกิดผู้ได้รับเชื้อรายใหม่เกิดขึ้น จะมีวิธีการป้องกัน แก้ไขเพิ่มเติมอย่างไรต่อไป ซึ่งเป็นเป้าหมายที่เล็ก สามารถดำเนินการวิเคราะห์ แก้ปัญหาแบบเข้มข้นได้

### ชื่อผลงาน/การพัฒนาคุณภาพ :

## 3. การเสริมพลังสร้างระบบการเรียนรู้สู่คุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

### ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

โรงพยาบาลชุมชน จัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวมอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีชีวิตยืนยาวอยู่ได้นั้นขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงระบบการดูแลที่มีมาตรฐาน การตรวจหาระดับปริมาณเชื้อ (Viral Load) และจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD<sub>4</sub>) เป็นสิ่งสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะจะเป็นตัวบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยา และบ่งบอกถึงการมี

ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชไอวีในขณะนั้น จากการประเมินคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T และ NAP Program ปี 2555 – 2556 พบว่า ผลงานเรื่องเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด เมื่อวิเคราะห์กระบวนการทำงานและปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้คุณภาพการดูแลรักษาไม่ได้ตามเกณฑ์นั้น พบว่า รูปแบบการให้บริการไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ขาดเครื่องมือช่วยให้เกิดการประเมินประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่เป็นรูปธรรม ดังนั้นจึงมีการทบทวนและหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีให้มีคุณภาพครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน

### เป้าหมาย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน
2. ร้อยละการตรวจหาระดับปริมาณเชื้อเอชไอวี (VL) เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 90
3. ร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส มี VL < 50 copies ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 หรือเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
4. เพื่อเพิ่มค่า median CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส
5. ลดการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ป้องกันและรักษาได้

### กิจกรรมการพัฒนา

#### ด้านระบบบริการ

1. สรุปผลการดำเนินงานเข้าสู่ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อกำหนดรูปแบบพัฒนาระบบบริการให้สะดวกต่อการเข้าถึง และมีคุณภาพ ครอบคลุมมาตรฐานและเอื้อต่อการรับบริการของผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการบริการโดยจัดคลินิกบริการทุกสัปดาห์ แยกคลินิกเป็นสัดส่วนแบบ One Stop Service ผู้รับบริการสามารถรับบริการโดยตรงที่คลินิกทั้งกลุ่มที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยตัว

2. ปรับระบบ CD4 , Viral Load และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ให้เป็นวันเดียวกันเพื่อลดจำนวนวันที่ต้องมารับบริการของผู้ป่วยลง และเพิ่มจำนวนวันตรวจ CD4 , Viral Load จากเดือนละ 1 ครั้ง เป็นทุกสัปดาห์ และประสานให้ สคร. รับ Specimen ในช่วงเย็นหลังให้บริการเสร็จสิ้น

3. สร้างระบบการส่งตรวจและรายงานผลทางห้องปฏิบัติการแบบ Online ใน HOS x P เพื่อการบริการที่สะดวก รวดเร็วและป้องกันความผิดพลาด โดยยังคงรักษาความลับผู้ป่วยด้วยการระบุหน่วยที่ต้องการข้อมูล

3. มีการเชื่อมโยงการดูแลเมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล โดย HIV Coordinator และ Nurse Care Manager และพยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง ร่วมกันดูแลและวางแผนการจำหน่าย

#### ด้านผู้รับบริการ

มีกระบวนการ เสริมพลังสร้างระบบการเรียนรู้สู่คุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

1. กำหนดเกณฑ์การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในการจัดรูปแบบกิจกรรมโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยปิงปองจราจรห้าสีเพื่อสุขภาพดี โดยใช้สติ๊กเกอร์สีติดในบัตรนัดรับวันที่บริการ

2. ประเมินผลความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ด้านโภชนาการ ระดับ CD4 , VL เพื่อจัดกลุ่มการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ติดเชื้อ/เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง

3. จัดอบรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกลุ่มสติ๊กเกอร์ โดยใช้แผนกิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง 7 แผน ร่วมกับกระบวนการ 3อ 2ส และการใช้กิจกรรมแพทย์ทางเลือกฤๅษีดัดตน การรับประทานอาหารให้สมดุลตามธาตุเจ้าเรือน ฯลฯ

4. กิจกรรมตามรอยคุณภาพด้วยตนเอง เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลรายบุคคลและรายกลุ่ม ตามเกณฑ์ป้องกัน จราจรชีวิต 5 สี เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบสถานะของตนเอง และเพื่อจัดบริการและให้ความรู้ตาม กระบวนการ TL โดยรูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่ม Self Help Group

#### ผลการดำเนินงาน :

1. ค่า median CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัส ในปี 2556 เท่ากับ 156 cell/mm<sup>3</sup> เพิ่มขึ้นเท่ากับ 252 cell/mm<sup>3</sup> ในปี 2558
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่กินยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ VL อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ในปี 2556 ได้รับการตรวจคิดเป็นร้อยละ 83.96 เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.51 ในปี 2558
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัส ครบ 12 เดือน มี VL<50 copies ในปี 2556 ร้อยละ 77.27 เพิ่มขึ้นร้อยละ 81.25 ในปี 2558
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตในช่วง 12 เดือน หลังรับยาต้าน ในปี 2556 ร้อยละ 3.85 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.33 หลังการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้ลดลงเหลือ ร้อยละ 3.33 ในปี 2558

#### การพัฒนาต่อเนื่อง

เนื่องจาก ยังมีตัวชี้วัดหลายตัวที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ และยังพบว่า ผู้ติดเชื้อที่มี VL>1,000 copies แต่เมื่อตรวจภาวะการดื้อยากลับพบว่า ไม่มีภาวะดื้อยา เพราะฉะนั้น การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการให้ เกิดความตระหนักตั้งแต่ก่อนเริ่มยาต้านไวรัส จะส่งผลให้การดูแลรักษาได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

#### ชื่อผลงาน/การพัฒนาคุณภาพ :

#### 4. การสร้างเครือข่ายเพื่อร่วมแรงร่วมใจสู่เป้าหมาย Getting to Zero

จากการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ผ่านมาโดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T การทบทวนผู้ป่วยที่มา Admit ในโรงพยาบาลและผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา พบว่าร้อยละ 66 ของผู้ป่วย กลุ่มดังกล่าว เกิดในผู้ป่วยที่รับประทานยามากกว่า 3-5 ปีเริ่มมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนปกติ มีความตระหนักใน ความสำคัญของการรับประทานยาและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพลดลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการ ดื้อยาสูง จึงได้พัฒนากลยุทธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ กลับมารับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและต่อเนื่องรวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัยและ เพื่อป้องกัน/ลดปัญหาการดื้อยาต้านไวรัส

#### เป้าหมาย

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
2. จัดระบบให้การปรึกษาเพื่อให้มีการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจเพิ่มขึ้น
3. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ระบบการรักษาแต่เนิ่นๆ

#### กิจกรรมการพัฒนา

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มศูนย์องค์กรรวม 2546 .กำลังใจชุมชน” ตั้งแต่ ปี พ.ศ” โดยแกนนำ กลุ่มแรกคือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับโควตาการกินยาต้านไวรัสเอดส์นาร่อง
2. จัดกิจกรรม Group Couselling ก่อนพบแพทย์ เพื่อให้ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยรายใหม่ รับประทาน ดื้อยา หรือยังมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ : โดยพยาบาล

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรงดีแล้ว CD4 >250 , Viral Load <50 Copies : โดยแกนนำศูนย์องค์รวม

3. มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยสู่ชุมชน (ภายใต้ความสมัครใจ) โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะ Continuity of care ร่วมกับแกนนำเครือข่าย ดังนี้ : ผู้ป่วยที่มี Drug Resistance รายใหม่ : ผู้ป่วย HIV & TB

ที่ยังรักษา TB : ผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากการ Admit : ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ขาดนัดเกิน 2 เดือน

4. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเอ็ดส์และเปิดบริการให้การปรึกษา เจาะเลือดตรวจตรวจ ณ จุดอบรม

5. จัดเวทีเสวนากลุ่มครอบครัว ร่วมกับ หน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่มีครอบครัวที่ประสบปัญหาและได้รับผลกระทบจากปัญหาเยาวชน เช่น บุตรติดยาเสพติด บุตรติดเชื่อ เอชไอวี ที่เข้าสู่วัยรุ่น เป็นต้น

ผลการดำเนินงาน : เป็นกิจกรรมเพื่อการดูแลช่วยเหลือแบบครอบคลุมทั้งด้านการดูแลสุขภาพและผลกระทบจากสังคม รูปแบบการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ การเข้าถึงระบบสุขภาพ ระบบการศึกษา และบริการทางสังคม และจัดทำแผนการดำเนินงาน คนในชุมชนมีความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ และให้การช่วยเหลือดูแลโดยชุมชนเป็นอย่างดี

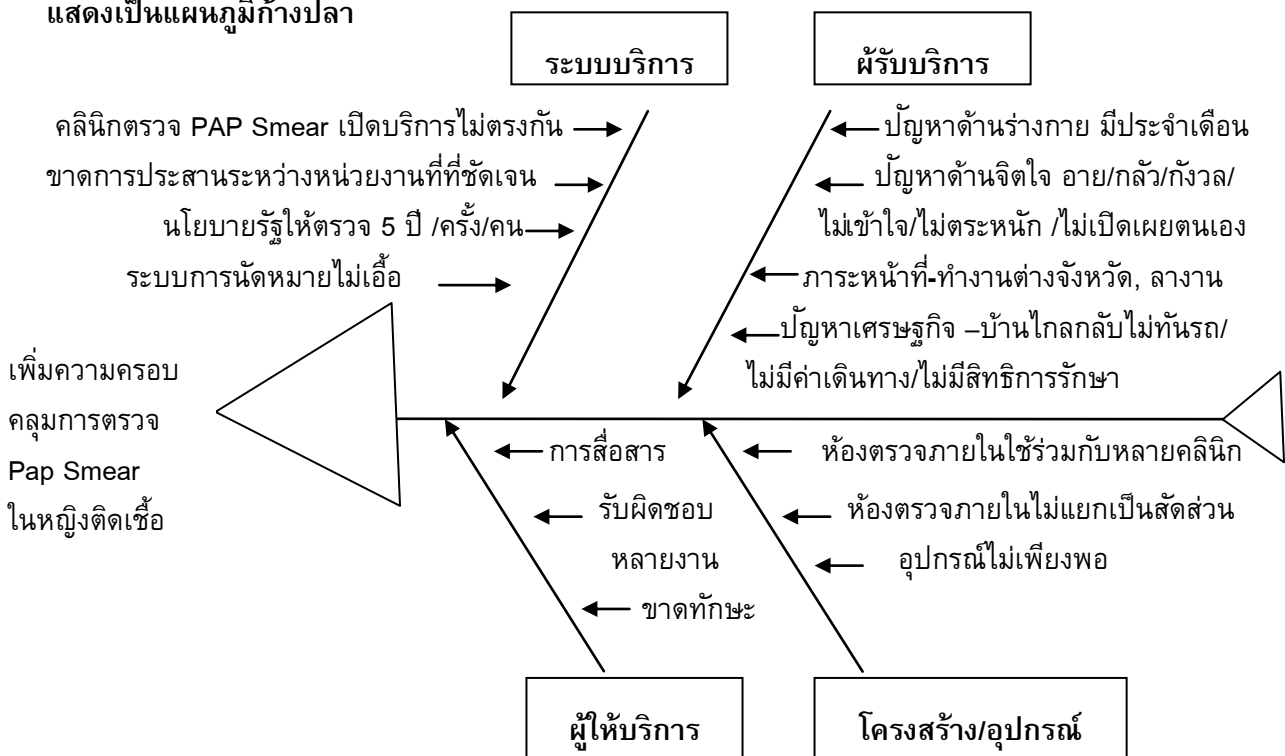
**ชื่อผลงาน/การพัฒนาคุณภาพ :**

**5. เพิ่มความครอบคลุมในการตรวจมะเร็งปากมดลูกในหญิงติดเชื้อเอชไอวี**

ความสำคัญของปัญหา : จากการดำเนินงานการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2556 พบว่ามีการคัดกรองร้อยละ 81.30 ซึ่งยังไม่ตามเป้าหมาย และมีหญิงติดเชื้อเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกจำนวน 1 คน จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ทีมสหวิชาชีพได้นำปัญหาทุกด้านและข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้แผนภูมิแก๊งปลาเพื่อหารากเหง้าต้นเหตุของปัญหา พบว่ามีปัญหาที่เกิดจาก ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านผู้ให้บริการ ด้านระบบบริการ ด้านโครงสร้างและอุปกรณ์

เป้าหมาย : ร้อยละการได้ตรวจ PAP Smear ในหญิงติดเชื้อ HIV/AIDS  $\geq$  ร้อยละ 90

แสดงเป็นแผนภูมิแก๊งปลา



## กิจกรรมการพัฒนา :

1. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิก Day Care ให้สามารถตรวจ Pap Smear (On The Job training)
2. ส่งเจ้าหน้าที่ห้อง LAB อบรมเฉพาะทางด้านเซลล์วิทยา สามารถให้บริการตรวจวินิจฉัย ณ โรงพยาบาล โดยเพิ่มการบริการตรวจเพื่อรองรับคลินิกนอกเวลาในช่วงเวลา 16.30 – 20.30 น.
3. จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกในหญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการยาต้านไวรัส
4. สืบค้นและรวบรวมข้อมูลรายชื่อหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ และจัดทำเป็นทะเบียนผู้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก
5. แกนนำศูนย์องค์กรร่วมตรวจสอบข้อมูลการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสมาชิกในวันที่มารับบริการ
6. ปรับระบบการให้บริการตรวจ Pap Smear โดยเพิ่มการให้บริการตรวจ ณ วันมารับบริการที่คลินิก Day Care ในกรณีที่ผู้มารับบริการยังไม่สะดวกในการตรวจ ประสานความร่วมมือกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ในการให้บริการการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยนัดให้มาตรวจ ณ คลินิกตรวจ Pap Smear (วันพฤหัสบดี)
7. ประสานความร่วมมือ รพ.สต. ในการให้บริการในกิจกรรมรณรงค์ตรวจ Pap Smear ของพื้นที่ โดยใช้งบประมาณสนับสนุนจาก CUP และกองทุนตำบล
8. ติดตามผลการตรวจ ถ้าผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ ส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไปและติดตามผลการรักษาที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์
9. สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค นำเสนอทีมให้การดูแลเพื่อหาโอกาสพัฒนาต่อไป

## ผลการดำเนินงาน :

1. ร้อยละการได้ตรวจ PAP Smear ในหญิงติดเชื้อ HIV/AIDS มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2556 ร้อยละ 81.30 ปี 2557 ร้อยละ 84.14 และ ปี 2558 ร้อยละ 93.83
2. ผลลัพธ์ด้านงบประมาณ จากการประเมินผลลัพธ์เพื่อจัดสรรงบประมาณตามตัวชี้วัด QOF ของ สปสช. ในปี 2557 และ ปี 2558 โรงพยาบาลได้รับการจัดสรรงบประมาณ เป็นลำดับที่ 1 ของ รพช. ขนาดเดียวกัน

การพัฒนาคือเรื่อง

ปรับย้ายคลินิก Day Care จากอาคาร OPD ไปที่อาคารส่งเสริมสุขภาพ และปรับวันให้บริการจากวันพุธ เป็นวันพฤหัสบดี เพื่อให้ระบบบริการเป็นแบบ One Stop Service ครบวงจร ครอบคลุมตั้งแต่ การคัดกรอง การตรวจรักษา การเจาะ LAB การตรวจ PAP Smear การจ่ายยาและทำกลุ่มให้ความรู้ตามกระบวนการ TL

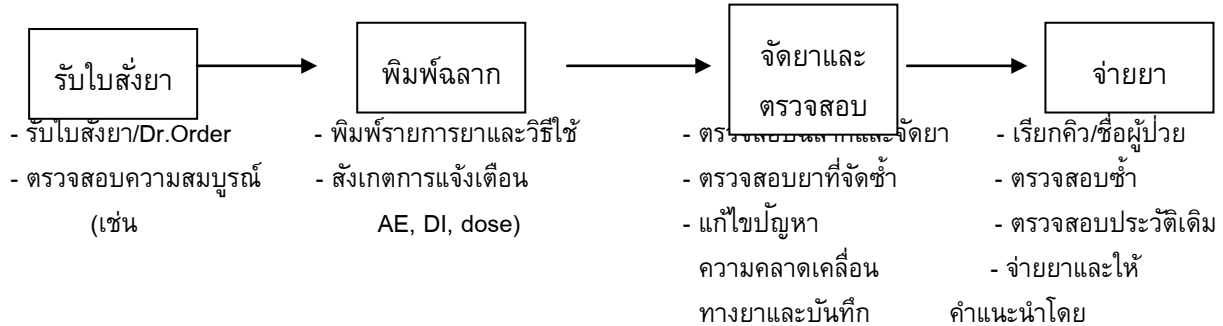


## ชื่อผลงาน/การพัฒนาคุณภาพ :

### 6. การบริหารยาและติดตามผล

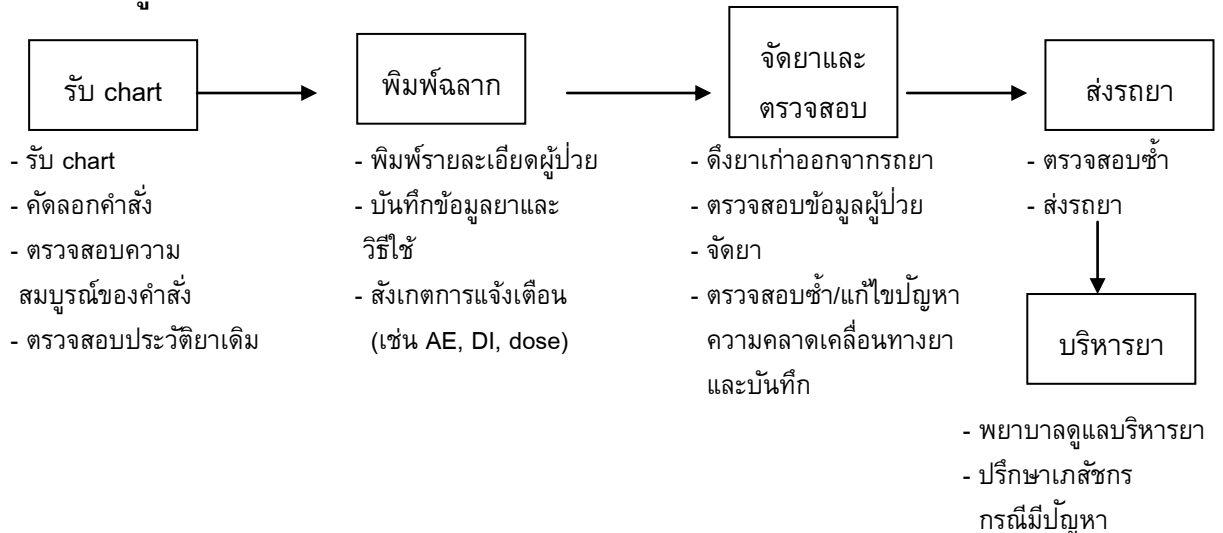
#### ขั้นตอนการให้บริการด้านยาแก่ผู้ป่วย

##### การจ่ายยาผู้ป่วยนอก



เภสัชกร

##### การจ่ายยาผู้ป่วยใน



#### บททวนกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ

1. การจัดเตรียมยาและส่งมอบ โรงพยาบาลชุมชนใช้โปรแกรม HosxP ในการบันทึกเวชระเบียนการตรวจรักษาและจ่ายยาให้ผู้ป่วย ในการเตรียมยาก่อนส่งมอบมีการทบทวนคำสั่งการใช้ยาโดยเภสัชกรและสามารถพิมพ์ฉลากยาระบุชื่อผู้ป่วย Hospital number วันที่รับยา ชื่อยา ความแรง รูปแบบ ขนาดวิธีใช้ และคำแนะนำเบื้องต้นหรือข้อมูลสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น การใช้ยาในหญิงมีครรภ์หรือให้นมบุตร สามารถพิมพ์ฉลากยาได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อให้สามารถสื่อสารได้กรณีเป็นผู้ป่วยต่างชาติ การส่งมอบยาพร้อมคำแนะนำทำโดยเภสัชกร มีการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้งก่อนส่งมอบเพื่อให้เกิดความถูกต้อง

2. การให้คำแนะนำปรึกษา ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายได้รับคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา อาการข้างเคียง ความสำคัญในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ปฏิบัติการระหว่างยาที่สำคัญ โดยเฉพาะการแพ้ระงังภาวะ ergotism ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Efavirenz และ Lopinavir/r แต่ยังไม่พบรายงาน

3. การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ มีการติดตามในเชิงรุกโดยการออกบัตรเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง Steven John Syndrome ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสและยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่มีส่วนประกอบของยา Nevirapine Efavirenz และ Co-trimoxazole นอกจากนี้

นี้ยังมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ได้แก่ ภาวะการทำงานของไตบกพร่อง ภาวะซีด และภาวะไขมันในเลือดสูง โดยมีการตรวจติดตามเป็นระยะ ข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ

3.1 การติดตามการทำงานของไต เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2558 ทั้งสิ้น 73 ราย มี 1 รายที่มีค่า eGFR 58 mL/min/1.73m<sup>3</sup> มีภาวะ CKD stage 3 แต่แพทย์พิจารณาให้ Tenofovir ในขนาดเต็ม เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มการการดื้อยาและแนะนำติดตามสังเกตอาการ

เดือนที่เก็บข้อมูล	สิงหาคม	กันยายน	ตุลาคม	รวม
จำนวนผู้ป่วย(ราย)	6	30	37	73

3.2 อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสและยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

ปีงบประมาณ	ยาที่เป็นสาเหตุ	อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ	จำนวนป่วย (ราย)
2556	Zidovudine	Anemia	2
	Stavudine	Lipoatrophy	1
2557	Co-trimoxazole	Rash	1
	Nevirapine	MP rash	1
	Zidovudine	Anemia	2
2558	Co-trimoxazole	MP rash	1
รวม			8

ภายหลังพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เภสัชกรจะบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน OPD card และ โปรแกรม HoxP ให้แจ้งเตือนแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทราบและช่วยกันเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดซ้ำ

4. การจัดทำแบบฟอร์มส่งยามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่มาคลอดโดยระบุสูตรยาที่ใช้ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกในแต่ละกรณีเพื่อให้เกิดความถูกต้องและความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผู้ป่วยในยังมีระบบการจัดการยาเดิม (Medical Reconciliation) ที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาโรงพยาบาลและสอบถามถึงข้อมูลการไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ๆ เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน

5. การออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษา มีการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยบางรายที่เป็นกลุ่มผู้พิการ ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดและขาดความร่วมมือในการรักษา

ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับการบริหารยาและติดตามผล/การปรับปรุงในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

เหตุการณ์	วิเคราะห์สาเหตุ	แนวทางการป้องกันและแก้ไข
<p>1. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่าย</p> <p>1.1 ปี 2556 แพทย์สั่งยารักษาไม่ครบตามสูตรการรักษา ต้องการสั่งยา GPO-Vir S30 แต่สั่ง Zilavir ผู้ป่วยรับยากลับบ้านและกลับมาโรงพยาบาลในเช้าวันต่อมาเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม จึงพบเหตุการณ์ดังกล่าว</p>	<p>- แพทย์ค้นหารายชื่อยาใน HoxP และเลือกยาผิดรายการ</p> <p>- มีเภสัชกรปฏิบัติงานที่ห้องจ่ายยานอกเพียงคนเดียว เป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ เภสัชกรไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยรายนี้และมีปัญหาการสื่อสารเนื่องจากญาติผู้ป่วยที่มารับยาเป็นชาวต่างชาติ</p>	<p>- การแก้ไขเบื้องต้นเปลี่ยนยาและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ</p> <p>- จัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มความรู้</p> <p>- แนวทางป้องกัน ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลใน HoxP ก่อนการจ่ายยาทุกครั้ง จัดหาคู่มือการจ่ายยาและกำหนดระบบการ consult เภสัชกรผู้รับผิดชอบ</p>
<p>1.2 ปี 2557 ผู้ป่วย HIV-TB เริ่มการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ได้รับยาต้านไวรัสและยารักษาวัณโรค ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง ต่อมาผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ในกระพุ้งแก้ม เมื่อเภสัชกรเข้าไปติดตามและทบทวนวิธีการใช้ยาในหอผู้ป่วยจึงพบว่าผู้ป่วยได้รับยาผิดขนาด โดยขนาดยา Rifampicin ที่ผู้ป่วยได้รับควรเป็น 150 มิลลิกรัม แต่ได้รับเพียง 75 มิลลิกรัม</p>	<p>- ผู้ป่วยมีบิดาชาวต่างชาติเป็นผู้ดูแล ไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่นและมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลดังกล่าวโทรประสานเรื่องขนาดยาที่ใช้และนำไปแปลเป็นภาษาอังกฤษให้ แต่ไม่สามารถค้นหาได้ว่าการสื่อสารผิดพลาดที่ขั้นตอนใด หลังจากนั้นผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลชุมชนหลายครั้งแต่ยังได้ยาขนาดเดิมกลับไปทุกครั้ง</p>	<p>- ทบทวนและกำหนดแนวทางการการเข้าถึงเวชระเบียนและการให้ข้อมูลการรักษาแก่บุคคลภายนอกของผู้ป่วยเฉพาะราย</p> <p>- ตรวจสอบข้อมูลขนาดและวิธีการใช้ยาเทียบกับน้ำหนักตัวของผู้ป่วยทุกครั้งโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่มีภาวะอื่นเกี่ยวข้องที่มีผลต่อการปรับขนาดยา</p>
<p>1.3 ปี 2558 ผู้ป่วยหญิงไทย 15 ปี น้ำหนักตัว 62 กิโลกรัมถูกฉีดยาลดไขมันทางเพศได้รับการสั่งยาป้องกันการติดเชื้อ HIV สูตรยาที่ได้รับ คือ Zilavir + EFV(200) สูตรยาตามคำสั่งไม่ตรงกับแนวทางการใช้ยา ปี 2557 และขนาดยา EFV ที่ได้รับมีขนาดต่ำเกินไป</p>	<p>- ผู้ป่วยมารับบริการนอกเวลาราชการ พบแพทย์ที่เพิ่งจบมาปฏิบัติงาน</p> <p>- ผู้ปฏิบัติงานไม่มีการ consult แพทย์หรือเภสัชกรผู้รับผิดชอบ</p>	<p>- ประสานองค์กรแพทย์เกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น</p> <p>- จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้</p> <p>- จัดระบบการ consult แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่รับผิดชอบและสามารถให้คำแนะนำผู้ปฏิบัติงานได้</p>
<p>2. ข้อมูลอัตราผู้ป่วยรับยาสม่ำเสมอต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>- ผู้ป่วยหลายรายขาดความร่วมมือในการใช้ยา รับประทานไม่สม่ำเสมอ</p> <p>- ผู้ป่วยเกิดความสิ้นหวังและท้อแท้ต่อการรักษาถึงแม้จะให้</p>	<p>- จัด group counseling ให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยรายอื่นถึงปัญหาการใช้ยาและการปฏิบัติตัวและปรึกษาเจ้าหน้าที่เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ร่วมกัน</p>

	คำปรึกษาแบบ Individual counseling แล้ว - ผู้ป่วยบางรายทนต่อรสชาติของยาและอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ จึงปฏิเสธการรับประทานยา	- ออกเยี่ยมบ้านเพื่อนค้นหาปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและชุมชนที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลแต่ทั้งนี้ต้องพิจารณาถึงความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย
<b>เหตุการณ์</b>	<b>วิเคราะห์สาเหตุ</b>	<b>แนวทางการป้องกันและแก้ไข</b>
3. อุบัติการณ์เกิด Preventable ADE - ผู้ป่วยหญิงไทยคู่มีกาเวโลฮิตจาง แพทย์สั่งยาที่มีส่วนประกอบของ AZT ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของกาเวโลฮิตจางแย่ง	- แพทย์สั่งใช้ยาผิดชนิด ทำให้ได้ยาไม่ครบสูตรการรักษา และเกิด ADE ชนิดที่ป้องกันได้ - - รายชื่อยาแต่ละเชื้อโปรแกรม HoxP อาจทำให้เกิดความสับสนในการพิมพ์สั่งใช้ยา - เจ้าหน้าที่ขาดความรอบคอบในการสอบถามภาวะโรคหรืออาการที่เป็นอยู่และขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคทำให้เกิดความผิดพลาดขึ้น	- แจ้งแพทย์ทราบถึงข้อควรระวังในการพิมพ์สั่งยาโดยเฉพาะยาที่มีชื่อและส่วนประกอบคล้ายกัน - มีการบันทึกแจ้งเตือนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในรายที่พบบ่อย และมีความรุนแรงในโปรแกรม HosxP เพื่อเฝ้าระวังการเกิดซ้ำ - ทุกจุดบริการต้องมีการตรวจสอบข้อมูลคนไข้อย่างละเอียดก่อนให้การรักษาและมีการส่งต่อข้อมูลความปลอดภัยของผู้ป่วย

**การติดตามและเฝ้าระวังภาวะการทำงานของไตบกพร่องในผู้ป่วยที่ได้รับ  
การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี**

**ความเป็นมา**

ในปัจจุบันมียาต้านไวรัสเอชไอวีหลายชนิดที่ใช้สำหรับรักษาผู้ป่วย การรักษามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาวะโรคและป้องกันภาวะโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดจากเชื้อฉวยโอกาส แต่โดยคุณสมบัติของยาก็สามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียงและอันตรายกับตัวผู้ป่วยได้เช่นกัน ยาต้านไวรัสเอชไอวีหลายรายการมีผลต่อการทำงานของไตและต้องปรับขนาดยาเมื่อพบภาวะการทำงานของไตบกพร่อง นอกจากการใช้ยาต้านไวรัสแล้วยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำงานของไตผิดปกติ ได้แก่ อายุ ประวัติครอบครัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไวรัสตับอักเสบบี ระดับ CD4 ที่ต่ำ และยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

โรงพยาบาลชุมชนมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งสิ้น 309 ราย หลายรายได้รับยา Tenofovir ซึ่งเป็นยาที่มีผลต่อการทำงานของไต หลายรายได้รับยาที่ต้องปรับขนาดยาตามการทำงานของไต เช่น Lamivudine และ Stavudine เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีความปลอดภัยจากการใช้ยาและสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการทำงานของไตบกพร่อง เฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ คณะทำงานจึงได้ดำเนินงานติดตามและเฝ้าระวังภาวะการทำงานของไตบกพร่องในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาล

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสและมีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง
2. เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงและนำข้อมูลไปวางแผนการรักษา

## กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยทุกรายที่รับยาต้านไวรัสตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป
2. ผู้ป่วยขาดยาและเริ่มรับยาต่อ

## วิธีดำเนินการ

1. สร้างแบบฟอร์มเก็บข้อมูล
2. เก็บข้อมูลในวันที่มีการเจาะเลือดตรวจติดตามการทำงานของไต ทุก 6 เดือน
3. ใช้โปรแกรม HosxP และ application ในการคำนวณค่าการทำงานของไต (eGFR)
4. ทีมพยาบาล HIV-Co และแกนนำกลุ่มกำลังใจเป็นผู้กรอกข้อมูลและรวบรวมส่ง
5. เกสซ์กรทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลและสรุปผล

## ระยะเวลาดำเนินการ

1. เก็บข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเดือน สิงหาคม – ธันวาคม 2558
2. ดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย

## ผลการดำเนินการ

1. ข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2558 ผู้ป่วยจำนวน 126 ราย ได้รับยาต้านไวรัสตั้งแต่ 1 เดือน – 10 ปี พบผู้มีปัจจัยเสี่ยง จำนวน 47 ราย (37.30%)
2. ผลการประเมินการทำงานของไตผู้ป่วย พบว่า  
ค่า  $eGFR \geq 90 \text{ mL/min/1.73m}^2$  101 ราย (80.16%) ปกติ  
ค่า  $eGFR = 60-89 \text{ mL/min/1.73m}^2$  25 ราย (19.84%) ลดลงเล็กน้อย  
ค่า  $eGFR = 45-59 \text{ mL/min/1.73m}^2$  1 ราย (0.80%) ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง ต้องปรึกษาแพทย์ปรับขนาดยาเนื่องจากผู้ป่วยใช้ TDF

## วิเคราะห์ผลและสรุป

1. จากข้อมูลที่ได้การใช้ยาต้านไวรัสต่อเนื่องตั้งแต่ 1 เดือน -10 ปี ไม่มีผลทำให้เกิดความผิดปกติต่อการทำงานของไตหรือมีผลเพียงเล็กน้อย
2. ผู้ป่วย 1 ราย มีค่า  $eGFR = 57.76 \text{ mL/min/1.73m}^2$  ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงเรื่องอายุและระดับ CD4 ผู้ป่วย compliance ไม่ดีและใช้สูตรดื้อยา ต้องให้คำปรึกษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและติดตามอย่างใกล้ชิด

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรเก็บข้อมูลต่อเนื่องเพื่อให้ทราบถึงภาพรวมของผู้ป่วยทั้งหมด
2. ยังไม่มีการเปรียบเทียบข้อมูลการทำงานของไตในผู้ป่วยช่วงก่อนเริ่มใช้ยาและระหว่างที่ใช้ยา

## รายงานการทบทวน Case HIV Death

วันที่ 30 ตุลาคม 2558

### รายชื่อผู้เข้าทบทวน

1. แพทย์หญิงนิชกมล บุรณเจริญ	แพทย์เฉพาะทางอายุกรรม
2. นางสุภา ผาสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางช่อจิต ช่างจิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นายธนะวัฒน์ พุฒิพงษ์ปกรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นางสาวนวรรตน์ อุดมหอม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางจุฑามาศ อานไธสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7. นางมธุรส เทศะบำรุง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
8. นายณรงค์กฤษฎี พลคำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
9. นางรัตนา วรสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
10. นางวัชนี อินยาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ปีงบประมาณ 2558 มีผู้ป่วย HIV ตายจำนวน 12 ราย ทบทวนเวชระเบียน 12 ราย

ปีงบประมาณ 2559 มีผู้ป่วย HIV ตายจำนวน 2 ราย ทบทวนเวชระเบียน 2 ราย

รวมผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 14 ราย

Refer in 4 ราย Refer Out จำนวน 5 ราย

เสียชีวิตก่อนได้รับยาต้าน	ARV จำนวน 4 ราย
เสียชีวิตหลังได้รับยาต้าน	ARV ภายใน 6 เดือน จำนวน 3 ราย
เสียชีวิตหลังได้รับยาต้าน	ARV เกิน 1 ปี จำนวน 7 ราย
เสียชีวิตด้วยโรคร่วม	TB จำนวน 8 ราย
เสียชีวิตด้วยโรคร่วม	PCP จำนวน 1 ราย
เสียชีวิตด้วยโรคร่วม	Cryptococosis จำนวน 2 ราย
เสียชีวิตด้วยโรคร่วมหลายชนิด	จำนวน 3 ราย

### สรุปผลการทบทวน

ปัญหา	ผลการวิเคราะห์ปัญหา	แนวทางการแก้ไขปรับปรุง
1. ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจ CD4 และ VL	ในผู้ป่วยเสียชีวิต 14 ราย ไม่ได้รับการตรวจ CD4 1 ราย ไม่ได้รับการตรวจ VL 8 ราย ผลการตรวจ CD4 ทุกรายมีค่า CD4 ต่ำมาก CD4 < 50 มีถึง 3 ราย	ทบทวน CPG วางแนวทางให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CD4 และ VL อย่างน้อยปีละครั้งตามเกณฑ์มาตรฐาน

ปัญหา	ผลการวิเคราะห์ปัญหา	แนวทางการแก้ไขปรับปรุง
2. Refer In / Refer Out	ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง ทุกรายจะให้ผู้ป่วยมาเอง บางรายมาเมื่อมีอาการของโรคฉวยโอกาสที่รุนแรง และไม่สามารถ Start ARV ได้	ควรทบทวนและวางระบบการส่งต่อผู้ป่วย HIV เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ละไม่ขาดยา โรงพยาบาลที่จะส่งต่อผู้ป่วย HIV ไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลใกล้เคียงสมควรส่ง ข้อมูลให้โรงพยาบาลนั้นโดยตรง และ โรงพยาบาลที่จะดูแลต่อเนื่องให้มีการติดตาม ผู้ป่วยเข้ามารับการดูแลตามวันเวลาที่ครบ กำหนด F/U หากให้ผู้ป่วยนำไปส่งตัวไปเองบาง รายไม่ได้ไปตามวันเวลาที่กำหนด ทำให้ไม่ได้ รับยา ARV ต่อเนื่อง ส่งผลให้ CD4 ลดลง VL มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมาเข้าสู่กระบวนการรักษาอีก ครั้งก็ต้องมารักษาโรคร่วม ทำให้ไม่สามารถ Start ARV ได้
3. ผู้ป่วยไม่สามารถ Start ARV ได้	มีผู้ป่วย HIV 5 รายไม่สามารถ Start ARV ได้ เนื่องจาก ให้อาการ TB แล้วมี Hepatitis	ในผู้ป่วย HIV ที่เป็น TB หาก CD4 <50 ควร ได้รับยา ARV หลังการได้รับยา TB ภายใน 2 สัปดาห์ ถ้ามากกว่า 50 มีอาการรุนแรงควร ได้รับยา ARV ภายใน 2 สัปดาห์ และถ้าอาการ ไม่รุนแรงควรได้รับ ARV ภายใน 2-8 สัปดาห์
4. Poor Adherence	ผู้ป่วย HIV ที่เสียชีวิต 8 ราย Poor Adherence	เพิ่มประสิทธิภาพการให้คำปรึกษา จัดอบรม หลักสูตรการให้คำปรึกษากับเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องและผู้รับผิดชอบงาน HIV/STI
5. ขาดนัด ขาดยา ขาดการติดตามเพื่อ การดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วย HIV ที่เสียชีวิตขาดนัด ขาดยา ขาดการติดตามจำนวน 4 ราย	เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย HIV ให้มีการ ดูแลต่อเนื่อง วางระบบการนัด การติดตามที่มี ประสิทธิภาพ การประสานเครือข่ายบริการ สุขภาพเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแล และ ติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง
6. เกิด ADR	ผู้ป่วย HIV ที่เสียชีวิตเกิด ADR จาก ยา TB จำนวน 2 ราย	ทบทวนการให้สูตรยาในผู้ป่วยแต่ละรายให้มีความเหมาะสมของยา เพื่อให้สามารถ Start ARV ได้โดยเร็วที่สุด

## การทบทวนผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน

- การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ทั้งหมด 19 รายที่Admit ในปีงบประมาณ2558
- มีผู้ป่วยชาย 12 รายคิดเป็น 70%
- ผู้ป่วยหญิง 5 รายคิดเป็น 30%
- อายุเฉลี่ย 40 ปี
- ผู้ป่วยมีระยะเวลาอนโดยเฉลี่ย 11 วัน

ส่วนมากอยู่ในวัยทำงานและเป็นลักษณะการทำงานต่างจังหวัดและกลับมารักษา เมื่อมีอาการที่แยลง ปัญหาที่พบในการรักษาเป็นเรื่องของการขาดนัด ขาดยา ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ระบบการส่งต่อที่ยังมีปัญหา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วม หรือมีอาการแพ้ยา

สิทธิ์ที่มีปัญหาในการรักษาได้แก่สิทธิ์ประกันสังคมจากต่างจังหวัด ผู้ป่วยติดเชื้อที่อายุน้อย มักจะมาในเรื่องไข้เรื้อรัง มากกว่า 1 เดือน มักมา admit ด้วยเรื่องหาสาเหตุของไข้หรือน้ำหนักลดไม่ทราบ สาเหตุ โรคร่วมสำคัญที่พบในผู้ป่วย hiv ได้แก่โรควัณโรค ซึ่งพบ 9ใน17 กายหรือคิดเป็น 52% ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปมากกว่า 1 อวัยวะ ได้แก่ปอด ไชกระดูกเยื่อหุ้มสมองต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น มีผู้ป่วย 1 รายที่เสียชีวิต เนื่องจากมีการแพร่กระจายของเชื้อราเพนิซิลีเลียม ที่ไชกระดูกปอด ต่อมน้ำเหลือง

Patient Care Process	วัตถุประสงค์	ผู้รับผิดชอบ	แนวทางปฏิบัติ
1.Entry	ให้ความรู้เรื่อง HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อมีอาการของโรคชัดเจน หรือมีโรคแทรกซ้อนอื่น</li> <li>● ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวซ้ำทำให้ ระดับภูมิคุ้มกันต่ำมากและมี โรคร่วมหลายอย่างเช่น PCP TB NTM prnicillosis</li> </ul> <p>ผู้ป่วยมีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคไปหลายอวัยวะ เช่น Disseminated TB</p>	การให้ความรู้และสุขศึกษา
2.Assessment And Investigation	การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประเมินโรคร่วม	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะวัยทำงาน ที่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่นในกลุ่มติดสุรา</li> <li>● การกระจายของวัณโรคไปสู่เยื่อหุ้มสมองหรือไขสันหลังทำให้เกิดความพิการในผู้ป่วยอายุน้อย</li> </ul>	ตามแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง



		<ul style="list-style-type: none"> <li>● การปกปิดข้อมูลที่เป็นความลับ ของผู้ป่วย ทำให้มีผลต่อการรักษา เช่นสามีที่ติดเชื้อ HIV และปกปิดความลับต่อภรรยา ลูกไม่ได้รับการป้องกัน และเป็นโรค ติดเชื้อ</li> <li>● การส่งตรวจบางอย่างล่าช้าขาดความต่อเนื่องในเรื่องของการติดตามผลเช่นการส่ง เพราะเชื้อวัณโรค</li> </ul>	
3.Diagnosis	ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย HIV ได้รอบด้าน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การส่งต่อข้อมูลเช่นผู้ป่วยรับยาต้านที่โรงพยาบาลเอกชนแต่มาตรวจด้วยเรื่องอาการไข้เรื้อรังที่โรงพยาบาลชุมชนโดยไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริงเรื่องโรค ทำให้การวินิจฉัยและรักษาล่าช้า</li> <li>● เต็มขาดโอกาสการเข้าถึงยา กรณีผู้ปกครองไม่ร่วมมือในการรักษา</li> <li>● การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ ยังขาดเรื่องการส่งเพาะเชื้อวัณโรคเพื่อหาเชื้อดื้อยาและการตอบสนองของยาวัณโรคและส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มที่ขาดยาHIV เนื่องจากเปลี่ยนที่อยู่หรือที่ทำงาน</li> <li>● ผู้ป่วยมักมีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง ซึ่งพบว่ามักจะมาด้วยอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย กลืนแร่ใน ในร่างกายต่ำยังขาดการประเมินด้านโภชนาการ</li> <li>● ความเสี่ยงเรื่องการวินิจฉัยล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยยังปฏิเสธเรื่องความเสี่ยงการเกิดโรค</li> <li>● การปรับยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีโรคตับหรือโรคไตร่วมด้วย</li> <li>● ผู้ป่วยมีโรคร่วม หลายอย่าง การรักษาโรคที่ไม่ดีขึ้นการได้ตรวจที่invasive มักได้รับการตรวจที่น้อยกว่ากลุ่มผู้ปกติ พบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา cryptococcosis มา 3 รอบแต่อาการแย่ลง หลังจากที่ได้ aggressive investigation พบผู้ป่วยเป็น TB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>CPG HIV Khukhan Hospital</u></li> <li>● <u>CPG TB with HIV</u></li> <li>● <u>CPG HIV in pregnancy</u></li> </ul>

<p>4. Plan of care and reassess</p>	<p>การให้การรักษาโรคร่วมที่เกี่ยวข้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การขาดความเชื่อมโยงในการให้การรักษา เริ่มยาต้านหลังจากรักษา โรคร่วมอื่นๆ</li> <li>● การเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่มีสุขภาพอ่อนแอ หรือมีโรคร่วมร่วมแฝงอยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแยลงหรือเกิดภาวะ IRIS</li> <li>● ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจต้องได้รับการใส่ท่อหายใจต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ</li> <li>● พบผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง</li> <li>● ยังขาดการดูแลที่รอบด้านขาดการประเมินความเครียดการประเมินภาวะซึมเศร้า</li> <li>● ยังพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีการ ย้ายที่ทำงานหรือที่อยู่</li> <li>● การเริ่มยาต้านช้ากว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ผู้รักษา และการย้ายโรงพยาบาลหรือส่งต่อข้อมูลระหว่าง รพ.</li> <li>● การรักษาโรคร่วมบางอย่างยังไม่ต่อเนื่อง และครอบคลุม เช่นภาวะโลหิตจางไม่มีการหาสาเหตุจากโรคอื่นเช่นภาวะแทรกซ้อนจากยาหรือภาวะเสียเลือด การให้ธาตุเหล็กหรือยาบำรุงเลือดยังไม่ต่อเนื่องอย่างเหมาะสมทำให้มีโอกาสเป็นซ้ำของโรค</li> <li>● ภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยาร่วมกันหลายขนานและเมื่อเกิดภาวะ เช่นภาวะผื่นคันหรือเกิดภาวะตับอักเสบนั้นจำเป็นต้องหยุดยาชั่วคราวทำให้เกิด การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง</li> <li>● ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ iris หลังเริ่มให้ยาต้าน</li> <li>● ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากยาและการรักษา เมื่อรับประทานยาแล้วเกิดผื่นผู้ป่วยจะหยุดยาเองไม่ปรึกษาแพทย์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>CPG</b></li> <li><b><u>Prevention</u></b></li> <li><b><u>Oppotunistic infection HIV</u></b></li> </ul>
-------------------------------------	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>● การแพ้ยาซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วย HIV แพทย์และเภสัชกรยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของลักษณะผื่นแพ้ยา บางครั้งลักษณะผื่นและความเห็นของแพทย์ไม่ตรงกันจาก และอาจเป็นเหตุผลทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาต่อเนื่อง</li> </ul>	
<p>5.Care of patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Communication</li> <li>● Discharge plan</li> <li>● Information and empowerment</li> </ul>	<p>การปฏิบัติตนกรณีสัมผัสเชื้อ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจต้องได้รับการใส่ท่อหายใจต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ</li> <li>● โรคร่วมจากพฤติกรรมสุขภาพที่ยากต่อการรักษาเช่นภาวะพิษสุราเรื้อรังโรคตับแข็ง</li> <li>● ยังพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่องเนื่องจากมีการ ย้ายที่ทำงานหรือที่อยู่</li> <li>● ผู้ป่วยที่ขาดยาส่วนหนึ่งจะมา รักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนหรือการแพร่กระจายของเชื้อโรคเช่นการกระจายของวัณโรค จากปอดสูตรเยื่อหุ้มสมองกระดูกหรือต่อมน้ำเหลือง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● CPG HIV Khukhan Hospital</li> </ul>
<p>6.Continuity of care</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● การประสานเรื่องการส่งต่อเมื่อผู้ป่วยมีการย้าย ย้ายที่อยู่หรือที่ทำงาน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดื้อยา ยาวัณโรคและยาต้านไวรัส</li> <li>● การขาดความตระหนัก พบผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่และรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง การประสานข้อมูลการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการรักษาเชื้อราในสมองถึง 3 รอบและเกิด ภาวะไตเสื่อมเฉียบพลันจากการรักษา ทำให้อาการทรุดลงจากภาวะแทรกซ้อนและ จากตัวโรคเอง</li> <li>● การรักษาในกลุ่มโรคที่ต้องติดตามโดยใกล้ชิดและต่อเนื่องเช่นวัณโรค กลุ่มโรคเชื้อราเช่น cryptococcosis penicillium PJP มีการเปลี่ยนผู้รักษาแต่การประสานข้อมูลยังไม่ดีพอ ทำให้ไม่ได้รับการปรับยาหรือรับยาต่อเนื่อง</li> </ul>	

## 5 มิถุนายน 2558

### ปัญหาและอุปสรรค TB and HI V

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยในกลุ่มเด็ก ที่ต้องรับยา INH Prophylaxis ขาดการรับยา เป็นจำนวนมาก ( ประมาณ 70 ราย )
3. ผู้ป่วยกลุ่มโรคร่วมเช่น TB with AIDS ไม่ได้รับยารักษาอย่างต่อเนื่องทั้งสองกลุ่มโรค
4. การส่ง LAB เพื่อการวินิจฉัย พบว่ามีการส่ง sputum for C/S เป็นจำนวนมาก ซึ่งเราต้องส่งตรวจภายนอก และพบว่า การลงข้อมูลในใบส่งตรวจไม่ครอบคลุม ทำให้ห้อง LAB ไม่สามารถ ลงข้อมูลได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการเบิกเงินค่าใช้จ่าย
5. เกณฑ์การส่งตรวจ Sputum ไม่ชัดเจน ( จากการปฏิบัติ )

### การพัฒนา

1. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย
  - 1.1 เก็บ sputum for AFB 3 ตลับ
  - 1.2 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต้องส่งตรวจ chest x-ray 2 ครั้ง
  - 1.3 การส่งตรวจ sputum C/S for TB จะมีการจัดทำ Cliteria การส่งตรวจ โดยแพทย์ผู้ส่งตรวจจะต้องลงข้อมูล พร้อมลงนามอย่างชัดเจน
  - 1.4 กรณีผู้ป่วย M+ ให้ chest x- ray ครั้งแรกกับครั้งสุดท้าย
2. การดูแลผู้ป่วย
  - 2.1 ในกรณีที่ผู้ป่วย TB Admit ที่หอผู้ป่วย ให้แจ้งฝ่ายสุขภาพทราบทุกราย ทั้ง M + และ M-
  - 2.2 เมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ให้แจ้งฝ่ายสุขภาพทราบ ว่านัดผู้ป่วยมา F/U วันไหนทุกราย โดยฝ่ายสุขภาพจะจัดทำทะเบียนการนัด F/U ไว้ และส่งมอบสมุดประจำตัวผู้ป่วย TB กลับคืนทุกราย
  - 2.3 ในการนัดผู้ป่วยให้นัดมาในวันพุธที่ใกล้ที่สุด หลังจำหน่ายออกจากตึกแล้ว ไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์
  - 2.4 การคัดกรองผู้สัมผัสโรค ให้ซักประวัติและบันทึกในใบคัดกรองด้วยว่า ผู้ป่วยชื่ออะไร เพื่อให้สามารถสืบค้นข้อมูลได้ถูกต้อง โดยการนัด จะแจ้งผู้สัมผัสโรคมาร่วมกับผู้ป่วย แต่ให้แยกไปตรวจ ที่ OPD
    - ในกรณีที่ผู้สัมผัสโรคอายุ < 5 ปี ต้องได้รับการทำ Terbaculine test โดยการอ่านผลต้องได้รับการยืนยันจาก อายุรแพทย์
    - ฝ่ายสุขภาพจัดทำทะเบียน การดูแลเด็ก ที่ได้รับยา Prophylaxis
3. ด้านการรักษา
  - 3.1 เด็กอายุ < 5 ปี ที่ผล TT positive. ต้องได้รับการ ทำ chest x-ray AP . Lat. และได้รับยา INH Prophylaxis ติดต่อกันนาน 6 – 9 เดือน โดยการให้ยา สามารถส่ง dose ได้ตามคู่มือการรักษาของส่วนกลาง
  - 3.2 OPD ช่วยตรวจสอบการรับยาของกลุ่มผู้ป่วยเด็ก กรณีมีการขาดนัด แจ้งฝ่ายสุขภาพทราบ เพื่อทำการติดตาม ผู้ป่วยต่อไป

3.3 กรณีผู้ป่วย TB ร่วมกับ AIDS ที่ต้องรับยาต้าน ให้สามารถรับยาต้านที่คลินิกทุกวันโรค ได้เลย จนเสร็จสิ้นการรักษาและได้รับการจำหน่ายจาก TB Clinic แล้ว จึงนัดเข้ารับยาที่คลินิก Day Care ในวันพุธ ที่ OPD โดย ผู้รับผิดชอบ จะทำแนวทางการดูแลรักษา มาให้ TB Clinic เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลต่อไป

3.4 ผู้ป่วย AIDS ที่มีประวัติสัมผัสโรค ควรได้รับ การ Chest x-ray และ ได้รับ INH Prophylaxis เป็นเวลา 9 – 12 เดือน

#### 4. การติดตาม

4.1 กรณีผู้ป่วย TB ฝ่ายสุขภาพจะเป็นผู้ติดตาม กรณีที่ผู้ป่วยขาดนัด

4.2 ผู้ป่วย AIDS คุณชนิจิต รับผิดชอบเป็นผู้ตรวจสอบ และติดตาม กรณีที่ผู้ป่วยขาดนัด หรือไม่มารับยาตามนัด

#### หมายเหตุ

เพื่อให้สามารถติดตาม และเป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย กรณีที่ผู้เกี่ยวข้อง พบปัญหาหรือ clinical risk สามารถเขียนใบอุบัติการณ์ ให้ PCT ได้ ซึ่งจะได้นำข้อบกพร่องมาทบทวน พัฒนาระบบการดูแลต่อไป เช่น

- กรณีผู้ป่วย AIDS ที่มา admit แต่ไม่ได้รับยา ARV

#### ระบบงานที่เกี่ยวข้อง

**1.ระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ(PCT)** โดยมีการประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

- รับผิดชอบ ตรวจสอบการนัดและตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยที่คลินิก Day Care
  - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามนัด
  - ชักประวัติ คัดกรองอาการผิดปกติ วัตถุประสงค์ชันษและลงบันทึกในแฟ้มและโปรแกรม HOSxP
  - ประเมิน Adherence ด้วยการสัมภาษณ์และนับเม็ดยา
  - สัมภาษณ์ผู้ป่วยหญิงเพื่อส่งตรวจมะเร็งปากมดลูก
  - ให้การปรึกษาเพื่อเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีกรณีนัดมาเริ่มยาต้านไวรัส ติดตามอาการต่อเนื่อง

จัดกิจกรรมกลุ่มก่อนพบแพทย์ ตามเกณฑ์ และความเหมาะสม

- ภายหลังส่งผู้ป่วยพบแพทย์และเภสัชกรแล้ว ตรวจสอบยาและบัตรนัด แนะนำการปฏิบัติตัว ในรายที่เริ่มยาใหม่ตรวจสอบความเข้าใจเรื่องการรับประทานยาทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้การปรึกษาเพื่อเตรียมเริ่มยาต้านไวรัสในรายที่แพทย์วางแผนเริ่มยา

- ติดตามผู้ป่วยที่ยังไม่มาตามนัด ในกรณีขาดนัดรวบรวมข้อมูลเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน
- ลงทะเบียนในแฟ้มนัดผู้ป่วย

**2.ระบบยา (PTC)** มีการจัดระบบให้บริการ บริหารยาโดยมีเภสัชกรเป็นผู้จัดเตรียมและจ่ายยาพร้อมทั้ง ให้คำแนะนำและรับปรึกษาเรื่องการใช้ยา (Drug Counseling) มีการประเมิน Adherence ด้วยการนับเม็ดยา กรณีผู้ป่วยรายที่อาจมีปัญหาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เภสัชกรจะจัดยาเป็น Unit dose เพื่อให้สะดวกในการรับประทานยาและตรวจสอบเม็ดยา มีการเฝ้าระวังการแพ้ยาและป้องกันการแพ้ยาซ้ำ โดย สอบถามการแพ้ยาทุกครั้ง ผู้ป่วยแพ้ยาจะมีกล่องข้อความที่แสดงในโปรแกรม HOSxP เพื่อป้องกันการสั่งใช้

ยาที่แพ้ มีการค้นหาและรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาใช้ระบบ Double check เผื่อระวังการใช้ยาที่มีชื่อพ้อง มมองคล้าย หลายความแรง (LASA) มีการเผื่อระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาตัวโรคและยาต้านไวรัสเอชไอวี (Drug interaction) การเผื่อติดตามอาการไม่พึงประสงค์ และกำหนดข้อบ่งชี้ (Alarm Point) ในการหยุดยา และ รายงานแพทย์

**3. ระบบป้องกันการติดเชื้อ** มีการเผื่อระวังการแพร่กระจายเชื้อโดยการให้ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการไอ เรื้อรังหรือเป็นวัณโรค สวมหน้ากากอนามัย แนะนำให้หลีกเลี่ยงที่แออัด การป้องกันเวลาไอหรือจามให้ปิดปาก ปิดจมูก มีการจัดเตรียมถังขยะติดเชื้อไว้สำหรับทิ้งเสมหะเวลาไอหรือจาม (ถุงใส่เสมหะ) มีการเน้นย้ำการล้าง มือให้ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ในทีม โดยมีการติดป้ายสติ๊กเกอร์เตือนการล้างมือในห้องน้ำหน่วยงาน ล้างมือทั้ง ก่อนและหลังการให้บริการ (สัมผัสผู้ป่วย) ถ้าไม่สามารถไปล้างมือได้ให้ใช้ Alcohol hand rub ประจำโต๊ะตรวจ นอกจากนี้ในหน่วยงานมีการแยกขยะแต่ละประเภทอย่างชัดเจน

#### 4. ระบบบริหารความเสี่ยง (RM)

4.1 การเผื่อระวังการแพร่กระจายเชื้อ กรณีเป็นวัณโรค โดยการสวมหน้ากากอนามัยทั้งผู้รับบริการและ ผู้ให้บริการการล้างมือ การทิ้งและทำลายเสมหะในที่กำหนดไว้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเจาะเลือด ซึ่งจัดเป็นจุดให้บริการ One Stop Service มีการจัดเตรียมภาชนะรองรับเพื่อทิ้งเข็มและขยะอย่างเหมาะสม บุคลากรผู้ให้บริการเจาะเลือดได้รับการอบรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

4.2 การเผื่อระวังความคลาดเคลื่อนทางยา โดยการตรวจสอบยาซ้ำ การอธิบายและตรวจสอบการ รับประทานยาของผู้ป่วย รวมทั้งการนับเม็ดยา

4.3 การเผื่อระวังความเสี่ยงทางกายภาพ มีป้ายเตือนและแจ้งสิ่งที่ต้องระมัดระวังให้ผู้ป่วยทราบ

4.4 การทบทวนการดูแลผู้ป่วย มีการทบทวนในทีมเมื่อเกิดความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

#### 5. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

##### 5.1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

1) การตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรคิดเป็น ร้อยละ 100 ทั้งนี้ผู้ที่มีภาวะผิดปกติได้รับการ ติดตามและการรักษาทุกคน

2) บุคลากรในคลินิก ได้รับการส่งเสริมให้เข้าประชุมวิชาการเพื่อทบทวนความรู้ทางวิชาการ ด้าน HIV ทั้งนี้จัดหมุนเวียนไปตามความเหมาะสม

3) มีกิจกรรมรื่นเริงวันขึ้นปีใหม่ พร้อมมอบของขวัญ, งานรดน้ำดำหัว วันสงกรานต์ การอบรม พัฒนาองค์กร เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และส่งเสริมความรักสามัคคี

##### 5.2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

1) กิจกรรมขึ้นปีใหม่ ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยศูนย์องค์กรรวม

2) การตรวจสุขภาพผู้ป่วยตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งในปีที่ผ่านมาได้มีการวิเคราะห์ความ ครอบคลุมในการตรวจ เช่น Lab, CD4, VL และ Pap smear และวางแผนพัฒนาในเรื่องการติดตามผลการตรวจ ที่ผิดปกติ เพื่อความครอบคลุมของการรักษา

3) ส่งเสริมให้แกนนำมีส่วนร่วมในการดูแลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์

4) กิจกรรมออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัด/แพทย์แผนไทย

5) สนับสนุนถุงยางอนามัยเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

6) เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่และแกนนำ

7) ให้การปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

### 5.3. การส่งเสริมสุขภาพด้านชุมชน

1) รณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันเอดส์ ในวันสำคัญและประเพณีต่างๆ เช่น วันเอดส์โลก วันลอยกระทง วันวาเลนไทน์ และประเพณีแซนโฎนตา

2) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและให้ความรู้และ VCT เชิงรุก ในชุมชน สถานบริการ/ร้านอาหาร อบต. สถานศึกษา รพ.สต. ตลาดถนนคนเดิน และตลาดอาหารปลอดภัย

### 4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ และรอประเมินผล

- โครงการพัฒนาระบบการดูแลรักษาเพื่อป้องกันและลดการเกิดเชื้อดื้อยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

- โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกิจกรรม 3อ. 2ส. การใช้แพทย์ทางเลือก เช่น ฤาษีตัดตน

### แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ส่งเสริมให้รพ.สต./ชุมชนมีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รายที่เปิดตัว
- รณรงค์และส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
- ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ขาดนัด/ขาดการติดตาม/ผลการประเมิน Adherence ร่วมกับผลการตรวจ Viral load > 50 copies/ml และทำ RCA เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- จัดอบรมฟื้นฟูกระบวนการให้การปรึกษาในคลินิกยาต้านไวรัสให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวี

### ปัจจัยความสำเร็จ

#### ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญขององค์กร (key success factor) :

1. ผู้นำทุกระดับมีความมุ่งมั่น
2. โครงสร้างการบริหาร และโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน
3. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมายและเข็มมุ่งที่ชัดเจน
4. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์/กลยุทธ์เพื่อใช้ในการพัฒนา
5. ความร่วมมือทั่วทั้งองค์กร

#### การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กร :

1. การเปลี่ยนแปลงนโยบายของกระทรวง และ สปสช
2. การจัดสรรงบประมาณที่เปลี่ยนแปลง
3. มีมาตรฐานการพัฒนาที่ให้ทำหลายมาตรฐาน เช่น HA & HPH, PMQA, HCQA, QA

#### แหล่งข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญ:

1. KPI งานต่าง ๆ เปรียบเทียบกับหน่วยงานระดับเดียวกันระดับอำเภอและจังหวัด (Ranking)
2. ผลการเปรียบเทียบการพัฒนาคุณภาพกับโรงพยาบาลในจังหวัดเดียวกัน
3. การเปรียบเทียบผลงานในระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ เช่น งานประกันสุขภาพ

**ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจขององค์กร :**

1. ผ่านการรับรอง HA บันไดขั้นที่ 2 ปี 2552-2553,2554-2555,
2. ผ่านการรับรอง HPH จากกรมอนามัย ปี 2553, 2555
3. ผ่านการรับรองมาตรฐาน HCQA ปี 2553
4. ผ่านการรับรองโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทองปี 2551, 2554
5. ผ่านการประเมินแพทย์แผนไทยระดับดีมาก ปี 2553, 2554, 2555
6. ได้รับรางวัลที่ 2 Claim award ระดับเขต
7. ผ่านการรับรองด้านอาชีวอนามัย ระดับ 5 ปี 2555
8. ผ่านการประเมินมาตรฐาน QA ระดับ 2 จากสำนักการพยาบาล ปี 2554
9. ผ่านการประเมิน โรงพยาบาล 3 ดี จากกระทรวงสาธารณสุข ปี 2555
10. รางวัลชนะเลิศระดับเขต และรองชนะเลิศระดับภาคการประกวดสุขภาพดีวิถีไทย
11. รางวัลรองชนะเลิศอันดับที่สองระดับภาค และรองชนะเลิศระดับภาคการประกวดสุขภาพดีวิถีไทย
12. รางวัลชนะเลิศการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตของประชาชน
13. ผลงานวิชาการ โล่ รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การผสมผสานวัณโรคและเอดส์ (TB/HIV) จากสำนักโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พฤศจิกายน 2555
14. ได้รับการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพจาก สรพ. 26 กรกฎาคม 2556
15. รางวัลชนะเลิศการประกวดอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งกรมควบคุมโรคระดับประเทศ
16. รางวัลชนะเลิศการประกวดกระบวนการพัฒนา NCD คุณภาพในโรงพยาบาลชุมชนระดับประเทศ (กรมการแพทย์)
17. รางวัลชนะเลิศระดับ รพช. ในการประกวด รางวัล Diabetes Care Team Award 2013
18. ได้รับการรับรองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จาก สรพ. การประชุม HA Forum ครั้งที่ 15 (13 มีนาคม 2557)
19. ได้รับการประเมินผ่านการรับรองคลินิก NCD คุณภาพระดับดีมาก ระดับเขต 2557
20. ได้รับรางวัลการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตของประชาชนดีเด่นระดับเขต 2557
21. ได้รับรางวัลการพัฒนากระบวนการสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดีเด่นระดับเขต 2557
22. ได้รับรางวัลหน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS อย่างต่อเนื่อง ระดับประเทศ จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 3 สิงหาคม 2558

.....