

# คู่มือการโค้ช

การพัฒนาคุณภาพงาน  
ด้านการดูแลรักษาเอชไอวี  
เฉพาะกิจกรรมสำคัญ



กรมควบคุมโรค



PEPFAR

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  
กรมควบคุมโรค

## สารบัญ

คำนำ	1
บทที่ 1 บทนำ	3
บทที่ 2 ทักษะและเครื่องมือสำคัญในการโค้ช	7
บทที่ 3 วิธีการใช้เครื่องมือ และ รายละเอียดการโค้ชเฉพาะด้าน 4 ด้าน	9
1) โค้ชการพัฒนาคุณภาพการเริ่มยาเร็วในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	10
2) โค้ชการพัฒนาคุณภาพการป้องกันการไม่มาตามนัด/ขาดนัด	29
3) โค้ชการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ผู้ติดเชื้อคงอยู่ในระบบการดูแลและสามารถกดเชื้อไวรัสได้สำเร็จ	39
4) การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ	48
บทที่ 4 เครื่องมือการติดตามการโค้ช และการเขียนรายงาน	62
ภาคผนวก	66

## คำนำ

ประเทศไทยวางแผนยุติปัญหาเอดส์ภายในพ.ศ. 2573 โดยแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2562-2573 โดยมีเป้าหมาย 95-95-95 (ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ร้อยละ 95 ของผู้ที่รู้ว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 95 ของคนที่รับยาต้านไวรัสจนระดับไวรัสในเลือดได้สำเร็จ) โดยผลการดำเนินงานทั่วประเทศ ในปีพ.ศ. 2562 พบว่า 95 ที่หนึ่งในกลุ่มประชากรหลัก 95 ที่สองและที่สาม ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมถึงกลุ่มประชากรหลัก ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย

เพื่อยุติปัญหาเอดส์ที่มุ่งเน้น 95 ที่หนึ่งในประชากรหลัก และ 95 ที่สอง -95 ที่สามของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ร่วมมือกับศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (DGHT; Division of Global HIV and TB) ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากแผนฉุกเฉินของประธานาธิบดี เพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ (PEPFAR; The President’s Emergency Plan for AIDS Relief) ได้จัดทำ คู่มือการโค้ช “การพัฒนาคุณภาพงานด้านเอชไอวีเฉพาะด้าน” เพื่อให้ผู้เยี่ยมติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ใช้เป็นแนวทางการโค้ชในระดับโรงพยาบาล โดยครอบคลุมหัวข้อที่เป็นปัญหาและมีความสำคัญในการยุติปัญหาเอดส์ ได้แก่ การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในวันเดียวกับการวินิจฉัยหรือโดยเร็วที่สุด การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อคงอยู่ในระบบ ลดการขาดนัด ได้รับการตรวจติดตามระดับไวรัสและส่งเสริมวินัยการกินยา การตรวจคัดลอกหรือเปลี่ยนสูตรยาที่เหมาะสมโดยเร็ว และการลดการรังเกียจตีตราในสถานพยาบาล

แนวทางนี้ได้มีการลองนำใช้ใน โรงพยาบาลและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของทีมผู้เยี่ยม โดยในชุดแรกนี้เน้นในด้านการดูแลรักษาเป็นหลัก และมีแผนจะเพิ่มการโค้ชเรื่องการป้องกันและเข้าถึงเอชไอวีในลำดับต่อไป

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือการโค้ช “การพัฒนาคุณภาพงานด้านเอชไอวีเฉพาะด้าน” รวมถึงตัวอย่างการโค้ชในโรงพยาบาล จะเป็นประโยชน์สำหรับทีมผู้เยี่ยมโค้ช ในการให้ข้อเสนอแนะกับหน่วยบริการ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้บรรลุ 95-95-95 ต่อไป

คณะผู้จัดทำ  
สิงหาคม 2563

## บทที่ 1 บทนำ

### ทำไมต้องพัฒนาคุณภาพ งานด้านเอชไอวีเฉพาะด้าน

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 350,000 คน ที่รับบริการยาต้านไวรัสในสถานพยาบาลมากกว่า 1,000 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งสถานพยาบาลแต่ละแห่งมีการจัดบริการการดูแลรักษาต้านเอชไอวีและคุณภาพบริการที่แตกต่างกัน โดยผลการดำเนินงานทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2562 พบว่า 95 ที่หนึ่งบรรลุเป้าหมายแล้ว ยกเว้นในกลุ่มประชากรหลักซึ่งยังต่ำกว่าร้อยละ 60 95 ที่สองและที่สามยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดย ร้อยละ 79 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลรักษา และ ร้อยละ 86 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถกดไวรัสได้ต่ำกว่า 1,000 copies/ml หากไม่มีการพัฒนาคุณภาพบริการให้บรรลุ 95-95-95 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตจากเอชไอวีจะไม่สามารถลดลงจนบรรลุเป้าหมายการยุติเอดส์ในปี 2573 ได้

การพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาต้านเอชไอวี เพื่อมุ่งเน้นการเริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุด เพื่อลดโอกาสขาดนัดและเสียชีวิตก่อนเริ่มยา ร่วมกับการส่งเสริมการคงอยู่ในระบบ ลดการขาดนัดหลังเริ่มยาต้านไวรัส ลดการรังเกียจตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดจากการตีตรา จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อฯ กินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและมาตรวจติดตามระดับไวรัสในเลือดตามแนวทางฯ ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ติดเชื้อฯ มีสุขภาพแข็งแรง กดระดับไวรัสได้สำเร็จ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดโอกาสป่วยตายจากเอชไอวี และลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่นทำให้ลดการติดเชื้อรายใหม่ในระยะยาว ส่งผลให้สามารถยุติปัญหาเอดส์ได้ตามแผนที่วางไว้ในปี 2573

เนื่องจากสถานพยาบาลแต่ละแห่งมีความหลากหลายในด้านคุณภาพบริการ การจะไปถึงเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ผู้รับผิดชอบงานเอชไอวีที่ระดับจังหวัดและระดับประเทศควรวางแผนการยุติเอดส์แบบเครือข่ายจังหวัด และติดตามผลการดำเนินงานและข้อมูลตามตัวชี้วัด 95 ที่สองและ 95 ที่สาม เพื่อค้นหาสถานพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย และจัดลำดับความสำคัญของพื้นที่ที่ควรลงเยี่ยมเพื่อสนับสนุนด้านวิชาการ ร่วมกันพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้กระบวนการโค้ช ในเวลาที่จำกัดควรจัดลำดับความสำคัญกับจังหวัดที่มีจำนวนและความชุกของเอชไอวีสูง โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อรับบริการจำนวนมาก และโรงพยาบาลชุมชนที่มีผลการดำเนินการไม่ถึงเป้าหมาย 95-95-95 ควรได้รับการสนับสนุนการโค้ชก่อน เมื่อทีมโค้ชทราบปัญหาที่พบบ่อย ควรมีการสื่อสารให้ผู้บริหารรับทราบและแก้ปัญหาเชิงระบบ ร่วมกับการวางแผนร่วมกับโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและติดตามผลการโค้ชเป็นระยะๆ นอกจากนี้ควรวางแผนการเพิ่มจำนวนและศักยภาพให้ทีมผู้เยี่ยมโค้ชในระดับประเทศ ระดับเขตและระดับจังหวัด และจัดโค้ชให้เป็นระบบเพื่อช่วยสนับสนุนในการติดตามและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้านเอชไอวีมุ่งสู่เป้าหมาย 95-95-95 ในระดับประเทศให้สำเร็จในปี 2573 ได้ตามเป้าหมายอย่างยั่งยืน

## การโค้ชพัฒนาคุณภาพงานด้านเอชไอวีเฉพาะด้าน

การโค้ช (Coaching) หรือการสอนแนะนำงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานด้านเอชไอวี/เอดส์ เป็นแนวทางการใช้กลยุทธ์การโค้ชและเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ (QI) การโค้ชคือหัวใจของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีในการสร้างศักยภาพเพื่อการจัดการคุณภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่คลินิกและโค้ชผู้มีความรู้ความชำนาญในการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ช่วยให้เกิดขั้นตอนที่ทำให้คลินิกสามารถก้าวไปสู่การดำเนินงานจัดการคุณภาพได้อย่างเต็มที่ ซึ่งก่อให้เกิดกิจกรรมที่มีพลังสร้างสรรค์ และมีความต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่ทุกคนได้มีส่วนร่วม

วิธีการโค้ชใช้การวิเคราะห์สถานการณ์ทั่วไปที่นำไปสู่ตัวชี้วัดการยุติปัญหาเอดส์ ได้แก่ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เสียชีวิต และ อุบัติการณ์ของการตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึง 95-95-95 เป็นจุดเริ่มต้น กำหนดประเด็นที่สนใจ และเป้าหมายที่จะดำเนินงานของหน่วยงาน ผู้รับการโค้ชคิด ค้นหากระบวนการในการทำงานเพื่อตอบเป้าหมายอย่างเป็นอิสระ โค้ชจะให้ทักษะที่จำเป็น โดยผู้รับการโค้ชสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมกับการดำเนินงานของตนเอง ด้วยวิธีการนี้จะทำให้เกิดการจัดการคุณภาพที่ยั่งยืน โดยตลอดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โค้ชและผู้ถูกโค้ชจะใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ภายใต้สัมพันธภาพที่ดี และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดสิ่งใหม่ๆ (นวัตกรรม) ที่เกิดจากการคิดค้นของผู้ถูกโค้ชเอง

ตามหลักการแล้ว โค้ชจะเริ่มจากการชี้แนะจากสถานการณ์หรืออุบัติการณ์ของหน่วยบริการไปสู่การจัดการคุณภาพจากภายในหน่วยงาน/โรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้มีความยั่งยืน ศิลปะของการเป็นโค้ชอยู่ที่สามารถทำให้งานจัดการคุณภาพก้าวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องโดยมีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การโค้ชด้านการพัฒนาคุณภาพจะต้องให้หัวหน้าหน่วยงาน ทีม นำ ให้การสนับสนุน ดังนั้นโค้ชต้องสนใจผลลัพธ์ที่ต้องการของทั้งทีมผู้ปฏิบัติงานและทีม นำ และต้องใช้ทักษะในการโค้ชที่แตกต่างกันไปสำหรับทีมที่ต่างกัน โดยการโค้ชทั้ง 2 ทีม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ส่งเสริมแนวทางการร่วมมือระหว่างทีม นำ และทีมปฏิบัติงาน 2) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการปฏิบัติงาน และบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้ โดยเน้นเรื่องความร่วมมือกัน การสนับสนุน และชี้แนะมากกว่าการลงโทษ

ดังนั้น เป้าหมายในการ“ยุติปัญหาเอดส์” เป็นไปได้ แต่จะเร่งให้เร็วขึ้นจะทำได้อย่างไร คำตอบคือการโค้ชเป็นวิธีการหรือเครื่องมือหนึ่งในการเป็นตัวเร่งการเปลี่ยนแปลงให้เร็วขึ้นได้ ซึ่งปัจจุบันต้องยอมรับว่าในแวดวงการพัฒนา การเปลี่ยนแปลง การโค้ชจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ก้าวไปสู่ความสำเร็จที่ยั่งยืน เนื่องจากเป็นการช่วยเหลือให้มีการตั้งศักยภาพและประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนาความสามารถของทีมงานให้ปฏิบัติงานให้ก้าวไปถึงเป้าหมายของการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้

## การสร้างโค้ชเฮชไอวีเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

ในปี 2555 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ได้กำหนดให้โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้าน โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นตัวอย่างที่ดีสามารถขอการรับรองเฉพาะรายโรคได้ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอฟ.) ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) และศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข จึงได้พัฒนาหลักสูตรการโค้ชเพื่อการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นเป็นการโค้ชให้กับโรงพยาบาลที่ขอการรับรองเฉพาะรายโรค (Disease Specific Certification) มีโค้ชที่ผ่านการอบรมและสามารถร่วมเยี่ยมเพื่อขอการรับรองเฉพาะโรคได้ 17 คน ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ผ่านการโค้ชเพื่อขอการรับรองเฉพาะรายโรคไปแล้วจำนวนทั้งสิ้น 29 โรงพยาบาล และสามารถผ่านการรับรองเฉพาะโรคได้ 11 โรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองเฉพาะรายโรคพบว่าตัวชี้วัดหลักที่สำคัญในการยุติปัญหาเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในปี 2562 กอฟ. ได้เห็นความสำคัญของการโค้ชเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ที่มุ่งเน้นกิจกรรมสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 95-95-95 ที่จะนำไปสู่ การไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และลดการตีตราที่สัมพันธ์กับการยุติเอดส์ รวมถึงลดการตีตราที่นำไปสู่การเลือกปฏิบัติ จึงได้ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุขจัดทำหลักสูตร “โค้ชเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานด้านเอชไอวีเฉพาะด้าน” โดยมีกลุ่มเป้าหมายได้แก่ นักวิชาการส่วนกลาง/เขต/จังหวัด และ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมการอบรม ภายหลังจากการอบรม ผู้เข้าอบรม สามารถนำความรู้ หลักการโค้ช จากการอบรมไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ รวมถึงการจัดทีมโค้ชในระดับส่วนกลาง ระดับเขต และ ระดับจังหวัด เพื่อโค้ชพื้นที่ที่รับผิดชอบของตนเองต่อไป

ปัจจุบัน (ปี 2563) กอฟ. ได้จัดอบรมให้กับบุคลากรที่สนใจในการเป็นโค้ชการพัฒนาคุณภาพเฉพาะด้านเอชไอวี ไปแล้ว 69 คน โดยกระจายอยู่ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร อุดรธานี ขอนแก่น นครราชสีมา และภูเก็ต และคาดว่าเมื่อคู่มือฯ ฉบับนี้ได้เผยแพร่และจัดอบรมให้แก่บุคลากรที่สนใจ จะทำให้จำนวนโค้ชเพิ่มขึ้นและมีการโค้ชหน่วยบริการด้านเอชไอวีเพิ่มขึ้นจนเกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ได้ในที่สุด



## ผลการดำเนินงานการผลิตโค้ชการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี

ในปี 2563 ผู้เยี่ยมให้การปรึกษาได้รับการพัฒนาศักยภาพการเป็นที่เลี้ยงและที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น

- 1) โค้ชที่ปรึกษาการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีในระดับประเทศ จำนวน 16 คน
- 2) โค้ชที่ปรึกษาทางด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ จำนวน 28 คน
- 3) โค้ชที่ปรึกษาทางด้านระบบจัดการด้านยา จำนวน 25 คน

มีการเยี่ยมการลงพื้นที่ติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลรักษาเอชไอวี ได้แก่

- 1) รพ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา 2) รพ.กลาง จ.ภูเก็ต
- 3) รพ.วชิระภูเก็ต จ.ภูเก็ต 4) รพ.ป่าตอง จ.ภูเก็ต
- 5) รพ.ราชพิพัฒน์ สำนักงานแพทย์ กทม. และ 6) รพ.กลาง

สำนักงานแพทย์ กทม. ผลการดำเนินการในภาพรวมของการลงพื้นที่พบว่า ทีมนำของรพ.เห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนทั้งระบบบริการเพื่อการรับรองคุณภาพ HIV/STIs ทีมโค้ชจังหวัดสามารถนำตัวอย่างการเยี่ยมหน้างานจากผู้เชี่ยวชาญ มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการเยี่ยมให้คำปรึกษา และโรงพยาบาลได้รับทราบข้อจำกัดในการดำเนินการของตนเองและได้รับฟังข้อเสนอแนะในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ



## ปัจจัยความสำเร็จของการเป็นโค้ช

1. ความสนใจเฉพาะบุคคล เพื่อการพัฒนาตนเองสู่การเป็นที่เลี้ยง/ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. การเยี่ยมให้การปรึกษา ณ จุดบริการ และการติดตามอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพเฉพาะรายโรคตามระยะเวลาที่กำหนดไว้

## ทิศทางการดำเนินงานต่อไป

1. เน้นการพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมให้การปรึกษาที่เฉพาะทางมากขึ้น โดยเฉพาะวิชาชีพ แพทย์โรคติดเชื้อ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์
2. เน้นการฝึกทักษะการเยี่ยมให้การปรึกษา ณ จุดบริการให้มากยิ่งขึ้น

## บทที่ 2 ทักษะและเครื่องมือสำคัญในการโค้ช

ทำอย่างไร ถึงจะรู้ว่าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นโค้ช จะมีความเป็นโค้ชที่มีขีดความสามารถได้เป็นอย่างดี ดี เพราะโค้ชไม่ใช่เพียงแค่สอนชี้แนะเรื่องงาน แต่ที่มากกว่านั้นคือการดึงศักยภาพที่อยู่ในตัวของผู้ถูกโค้ช (Coachee) ออกมาใช้งานได้อย่างเต็มกำลังความสามารถ ทักษะการโค้ช เครื่องมือการประเมิน และการเขียน รายงานการโค้ชเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้การโค้ชตรงประเด็น เป็นการโค้ชที่มีคุณภาพ และผู้ที่ถูกโค้ชก็จะมีคุณภาพไปด้วย

### พฤติกรรมในการโค้ช

- ใช้เทคนิคการถามคำถามเพื่อช่วยเหลือในกระบวนการคิดของผู้รับบริการเพื่อหาทางแก้ปัญหาและการลงมือทำ มากกว่าใช้วิธีการสั่งให้ทำ
- สนับสนุนโดยการตั้งเป้าหมายและวิธีการที่เหมาะสมในการประเมินความก้าวหน้าของเป้าหมายเหล่านี้
- สังเกต ฟัง และถามคำถามเพื่อเข้าใจประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- คงไว้ซึ่งทัศนคติเชิงบวก และให้การสนับสนุนและไม่ตัดสิน ไม่ว่าในเวลาใดๆ
- จัดการความสัมพันธ์เพื่อให้แน่ใจว่าบุคคล/องค์กรได้รับการโค้ชในระดับที่เหมาะสมในเวลาที่เหมาะสม
- ลดการพึ่งพาโค้ชมากจนเกินไป
- สนับสนุนให้มีความเป็นอิสระและสร้างศักยภาพ
- ระบุการอบรมเฉพาะสถานบริการและให้การสนับสนุนตามความจำเป็น

### หน้าที่การโค้ช : ระดับสถานบริการ

1. พัฒนาความสัมพันธ์กับทีมสถานบริการและบุคลากรที่เป็นผู้นำ และประเมินวัตถุประสงค์ของกิจกรรม QI
2. ประเมินองค์กรประจำปี ให้ความคิดเห็นตอบกลับ หรือฟีดแบค (feedback) กับสถานบริการ และช่วยจัดลำดับความสำคัญและพัฒนาแผนงานเพื่อปิดช่องว่างและมีโอกาสในการพัฒนา เข้าร่วมและให้การสนับสนุนคณะกรรมการจัดการคุณภาพหรือคณะกรรมการแนะแนวอื่นๆ เป็นระยะๆ
3. ประเมินสถานะปัจจุบันของการวัดผลการปฏิบัติงานและผลลัพธ์ โครงการพัฒนาคุณภาพและโครงสร้างการดำเนินงานคุณภาพ (ดู OA)
4. ทบทวนความก้าวหน้าของโครงการ QI และเข้าร่วมประชุมทีมโครงการ QI เป็นระยะๆ เพื่อให้ฟีดแบค ให้การสนับสนุนและการชี้แนะ โดยเน้นการพัฒนา “ระบบ” การให้บริการ
5. ติดต่อกับสถานบริการเป็นประจำทุกเดือนผ่านทางอีเมลหรือโทรศัพท์ และเยี่ยมเยียนทุกๆ ไตรมาส โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพ
6. ให้การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของทีมตามจำเป็น
7. ทบทวนการจัดทำเอกสารสนับสนุน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับรูปแบบรายงานการประชุม การจัดระเบียบเอกสาร ฯลฯ



### ทักษะการโค้ชที่จำเป็น

- 1) การสื่อสาร
- 2) ทักษะการนำเสนอ
- 3) การแก้ไขความขัดแย้ง
- 4) กระบวนการทำกลุ่ม/การสร้างทีม
- 5) กระบวนการและเครื่องมือ QI
- 6) ทักษะการประชุมที่มีประสิทธิภาพ
- 7) ความสามารถในการถามคำถามชี้แจง
- 8) ความสามารถในการให้ฟีดแบค

### เมื่อเลือกโค้ช QI ให้คำนึงถึงคำถาม 3 ข้อ ดังนี้

- บุคคลนั้นติดต่อทีมของคลินิกเป็นประจำหรือไม่ การโค้ช QI มีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อมีการสร้างความสัมพันธ์กับทีมของคลินิกและผู้นำขององค์กร การติดต่อเป็นประจำอาจเป็นแบบต่อหน้า ทางโทรศัพท์ หรืออีเมล โค้ชใช้เวลาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับคลินิก และสร้างความสัมพันธ์ที่มีความไว้วางใจ ความเคารพ และการสนับสนุน
- บุคคลนั้นมีความรู้และประสบการณ์ด้านวิชาการในการเป็นโค้ชด้าน QI หรือไม่ มีประเด็นด้านวิชาการสำคัญๆ หลายประการ รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับการวัดผลการปฏิบัติงาน และการทบทวนผลข้อมูลวิธีการ QI พื้นฐาน และโครงสร้างของการดำเนินงาน QI ประสบการณ์ในการดำเนินงาน QI ที่ระดับคลินิกทำให้โค้ชมีความเข้าใจที่สำคัญในประเด็นการปฏิบัติงานและปัญหาที่ทีมของคลินิกประสบ
- บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมที่สนับสนุนการโค้ช QI ที่ดีหรือไม่ นอกจากการติดต่อและมีความรู้แล้ว สไตล์บางอย่างก็เหมาะกับการโค้ช QI บางคนถนัดแต่วิธีการที่ใช้การลงโทษ และอาจทำให้สมาชิกทีมของคลินิกเกิดความกลัวขึ้นได้ บางคนใช้วิธีการและกลยุทธ์ให้การสนับสนุนและสร้างความมั่นใจ ซึ่งมีแนวโน้มส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก

### บทที่ 3 วิธีการใช้เครื่องมือ และ รายละเอียดการโค้ช

## โค้ชการพัฒนาคุณภาพการเริ่มยาเร็วในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

### แนวคิด

ปัจจุบันเพื่อสุขภาพระยะยาวของผู้ติดเชื้อจะเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็วโดยทุกประเทศแนะนำให้เริ่มใช้ยาต้านทุกระดับของ CD4 โดยแนวทางการดูแลรักษาเอชไอวี ประเทศไทย ได้แนะนำให้บริการเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อทันทีในวันเดียวกันกับที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ (Same-Day ART) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีความพร้อมและไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการเริ่มยาต้านไวรัส มีการวิจัยที่สนับสนุนว่าการเริ่มยาต้านไวรัสภายในวันเดียวกันกับวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี เป็นการลดโอกาสการขาดนัดก่อนการได้รับยาต้านฯ และทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น กล่าวคือ เมื่อกินยาต้านอย่างสม่ำเสมอภายใน 6 เดือน จะสามารถกดไวรัสลงเหลือน้อยมาก จนไม่สามารถตรวจเจอเชื้อไวรัสได้ในเลือดและไม่สามารถถ่ายทอดเชื้อให้ใครได้ หรือที่เรียกว่า U=U (Undetectable = Untransmittable)

### คำอธิบาย :

**ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่** หมายถึง บุคคลที่มีผลการตรวจเลือดพบเชื้อไวรัสเอชไอวี ยังไม่เคยได้รับการลงทะเบียนดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน

**การเริ่มยาเร็ว** หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาและได้รับยาต้านไวรัสครั้งแรกได้ภายในระยะเวลาที่แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยฉบับล่าสุดแนะนำดังนี้

เงื่อนไข	ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัส	
ร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี ไม่มีโรคแทรกซ้อน	1-7 วัน	
ระยะเวลาในการเริ่มยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OIs) หลังจากเริ่มรักษา OI		
TB	CD4 < 50	CD4 >50
	2-4 สัปดาห์	2-8 สัปดาห์
TB meningitis	หลังจากรักษา TB 2 สัปดาห์	
Cryptococcal meningitis	4 – 6 สัปดาห์	
PCP / MAC / Other OI	2 – 4 สัปดาห์	
CMV / PML / Cryptosporidiosis	เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้	

### วัตถุประสงค์การโค้ช :

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถพัฒนาระบบบริการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายได้รับยาต้านไวรัส สามารถเริ่มยาได้เร็ว และไม่หายไปจากระบบ

### ตัวชี้วัดของกิจกรรม :

- ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ได้รับยาต้านไวรัส ภายในระยะเวลา ดังนี้
  - วันเดียวเมื่อรู้ผลการตรวจเลือด
  - 1 – 7 วันหลังการรู้ผลการตรวจเลือด
- ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่มีโรคแทรกซ้อน ได้รับยาต้านไวรัส

## กิจกรรมแนะนำการเริ่มยาเร็ว

กิจกรรมการเริ่มยา	ตัวชี้วัดความสำเร็จ
<input type="checkbox"/> ทีมนำ/ทีมปฏิบัติงานร่วมกันจัดทำแนวทางการเริ่มยาในผู้ติดเชื้อกลุ่มต่างๆ ตามบริบทขององค์กร	แนวทางการเริ่มยาเร็วในผู้ติดเชื้อกลุ่มต่างๆ ตามบริบทขององค์กร
<input type="checkbox"/> Flow chart การเข้าถึงคลินิก ART (คนไข้ Refer positive เข้าสู่ คลินิก มาจาก แผนกไหนบ้าง ขั้นตอนและเวลาที่ใช้ในการส่งต่อเคสติดเชื้อเข้าสู่คลินิกเพื่อการรักษา)	ผู้ป่วยที่ผล HIV Positive ในโรงพยาบาลทุกรายไม่ว่าจะตรวจพบจากแผนกใด ก็ตาม มีระบบ link เข้าสู่คลินิกอย่าง ง่าย รวดเร็ว และปลอดภัย
<input type="checkbox"/> Flow chart ของการให้บริการการเริ่มยา	ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับบริการที่ปลอดภัย
<input type="checkbox"/> การแสดงผลลัพธ์ ของ 90 ที่ 2 ที่เกิดจากการพัฒนาคุณภาพบริการรับยาต้านไวรัส	มีการจัดเก็บข้อมูลที่สามารถติดตามผู้ติดเชื้อรายใหม่เพื่อให้ได้รับยาทุกรายข้อมูล ผู้ติดเชื้อรายใหม่ ที่มีการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI) และกลุ่มที่ไม่มีอาการ (Non- OI) การรับยาต้านจำแนกตามจำนวนวันที่ได้รับยาต้านฯ
<input type="checkbox"/> มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ของการเริ่มยาในผู้ป่วยรายใหม่ ตามบริบทและปัญหาของโรงพยาบาล โดยสรุปประเด็นความเสี่ยงของการทำงานที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ ซึ่งความเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ผู้ติดเชื้อไม่เข้าถึงบริการที่คลินิก ARV</li> <li>○ ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับยาภายใน 7 วัน</li> </ul>	การทำ CQI จากการปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

## ขั้นตอนการโค้ช :

1. การค้นหาข้อมูลเบื้องต้น : โดยการทบทวนขั้นตอน แนวทาง การให้บริการรับยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ตามรายนามงาน และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษาข้อมูล 90 ที่ 1 และ 90 ที่ 2
2. พบทีมบริหารโรงพยาบาล : การพบผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลเพื่อทำความเข้าใจกับนโยบายยุติปัญหาเอดส์ และ กลยุทธ์ RRTTR รวมถึงเป้าหมาย 95-95-95 พิจารณาบริบทของโรงพยาบาลเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ นโยบาย และเป้าหมายของโรงพยาบาล เพื่อไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ของโรงพยาบาล
3. พบทีมนำด้านเอชไอวี: การพบทีมนำของโรงพยาบาลที่สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนด้านบริการเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาล มีทิศทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
4. พบทีมผู้ปฏิบัติงาน : การพบผู้ปฏิบัติเพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นการเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และการทำ CQI

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
การเข้าถึงบริการ (Access)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกรายเข้าถึง การลงทะเบียนเป็นผู้ติดเชื้อที่คลินิกยาต้านฯ (ART register) ในเวลาที่เหมาะสม</li> <li>- ในรายที่ไม่มี OI และมีความพร้อมควรเริ่มยา</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีจุดบริการไหนบ้างที่ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (ทั้งในและนอกเวลา)</li> <li>2. ทุกจุดบริการมีแนวทางในการส่งต่อมายังคลินิก ART หรือไม่ <ul style="list-style-type: none"> <li>● มีผู้ติดเชื้อมารับบริการจำนวนกี่ราย</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดของรพ.และจำแนกรายแผนก</li> <li>2. จำนวนผู้ที่มีผลเลือดบวกทั้งหมด จำแนกรายแผนก</li> <li>3. จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้ส่งต่อ/ไม่ได้ส่งต่อ/ไม่ได้ไปรับบริการ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) มีจุดบริการกี่จุด</li> <li>2) ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการ <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ภายใน รพ.</li> <li>b. ส่งต่อ</li> </ol> </li> <li>3) มีการตรวจสอบความครอบคลุมทุกจุดบริการที่มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี</li> <li>4) 100% ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้รับการ register ที่ ART คลินิกภายในวันเดียว</li> </ol>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
	<p>ภายในวันเดียวกันหรือไม่ เกิน 7 วัน</p> <p>- ในรายที่มี OI ควรให้การ รักษา OI และเริ่มยา โดยเร็วตามแนวทาง ประเทศ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ได้ส่งต่อผู้ติดเชื้อไปยังหน่วย บริการยาต้านไวรัสที่ราย</li> </ul> <p>3. มีจุดบริการไหนบ้างที่ไม่ส่งมา</p> <p>4. ใช้เวลานานเท่าไรถึงมาถึง ARV clinic</p>	<p>หน่วยบริการยาต้านไวรัส (คลินิกยาต่างๆ)</p> <p>4. ทบทวนตรวจสอบข้อมูลผู้ที่มี ผลเลือดบวกรายใหม่จาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● รายงานจากห้องปฏิบัติการ</li> <li>● ระบบฐานข้อมูล โรงพยาบาล(HIS)</li> <li>● ระบบรายงานจาก NAP-VCT</li> </ul>	<p>5) มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่แสดงถึงผลการ ดำเนินงานและผลลัพธ์</p> <p>6) โอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่เข้าสู่บริการ</p>
ข้อเสนอแนะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค้นหาข้อมูลการตรวจเอชไอวีของโรงพยาบาลจำแนกรายแผนก สามารถแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อมาถึงจุดบริการไหนบ้างในโรงพยาบาล</li> <li>2. มีจุดบริการในโรงพยาบาลที่อาจไม่มีข้อมูลแสดงให้เห็น ได้แก่ หน่วยรับบริจาคโลหิต หน่วยบริการตรวจสุขภาพแรงงาน การตรวจสุขภาพประจำปี/ สมัครงาน ในหน่วยบริการเหล่านี้ ผู้เยี่ยมสามารถให้คำแนะนำที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่าหากมีแนวทางหรือช่องทางในการเข้าถึงบริการดูแลรักษาต่อไป</li> </ol>			
ตัวอย่างที่พบใน ระหว่างการ เยี่ยม	<p>ผู้บริจาคโลหิต ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ผู้ตรวจเลือดเพื่อสมัครงาน ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมก่อน เมื่อมีผลเลือดผิดปกติไม่สามารถ ติดต่อได้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้บริจาคโลหิต ผู้รับการตรวจสุขภาพแรงงาน ผู้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จากหน่วยบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล ไม่ได้รับการให้การ ปรึกษาที่เหมาะสมก่อนรับการบริจาคโลหิต และเมื่อมีผลเลือดผิดปกติไม่สามารถติดต่อให้เข้าสู่บริการได้</li> <li>2. กรณีโรงพยาบาลไม่มีข้อมูล โค้ชต้องแนะนำการเลือกข้อมูลได้จากที่ไหน (ข้อมูลผลการตรวจเอชไอวีจากห้องปฏิบัติการ)</li> <li>3. แนะนำให้ใช้ข้อมูลจากระบบ NAP และ/หรือ ข้อมูลผลการตรวจเอชไอวีจากห้องปฏิบัติการ</li> </ol>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
	<p>4. จากการลงพื้นที่ที่พบคือ หลายรายที่แพทย์สั่งตรวจและแจ้งผลตรวจเองโดยไม่ได้ส่งรับการปรึกษา ทำให้คนไข้ไม่ได้รับการส่งต่อเข้าระบบ ตัวอย่าง เช่น ประเด็นมีการตรวจเลือดที่ ER ผลบวก รพ.มีระบบการส่งต่อเข้า ARV clinic อย่างไร</p> <p>5. จำนวนกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ บางรายที่หายไปจากจุดบริการ</p>			
การเข้ารับบริการ (Entry)	ผู้ติดเชื้อทุกรายได้ลงทะเบียน (Register) ที่เป็นคนไข้ของ ARV clinic และเตรียมความพร้อมที่จะเริ่มยาเลย	<ol style="list-style-type: none"> <li>วัน เวลา ให้บริการเริ่มยา ART <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีผลเลือดบวกมาจากแผนกต่างๆ ส่งต่อมา ART อย่างไร</li> </ul> </li> <li>ข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถ register ได้ เช่น สิทธิภาวะการเจ็บป่วย ไม่มีแพทย์เวลาที่จำกัดในการให้บริการ</li> <li>การแก้ไขปัญหาการบริการ ทำอย่างไร เช่น มาไม่ตรงวัน เวลา/นอกเวลา/ วันหยุดต่อเนื่องหลายวัน</li> <li>ระบบการบริการผู้ติดเชื้อในที่ตรวจเลือดพบผลบวกรายใหม่</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>จำนวนผู้ติดเชื้อที่ Register แยกผู้ติดเชื้อนอก/ใน/จุดบริการที่ตรวจ</li> <li>จำนวนผู้ติดเชื้อที่ Refer <ul style="list-style-type: none"> <li>ไปถึง รพ.ปลายทาง</li> </ul> </li> <li>จำนวนผู้ติดเชื้อที่หายไปไม่กลับมาตามนัด</li> <li>มีการทบทวนข้อมูลทุกเดือนเพื่อดูผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ เช่น คนไข้รายใหม่ได้รับยาที่ % และการส่งต่อไปได้เข้าถึงยาหรือไม่?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ติดเชื้อทุกรายได้รับการประเมินเบื้องต้น และตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ</li> <li>มี Flow การจัดการบริการที่ทำให้ผู้ติดเชื้อทุกรายได้ลงทะเบียน</li> <li>มีรูปแบบการจัดการบริการที่แก้ไขปัญหา/ทราบข้อจำกัดที่พบ <ul style="list-style-type: none"> <li>ในกรณีคนไข้ สิทธิการรักษาอยู่ที่อื่น ทำอย่างไร</li> <li>ถ้าคนไข้สิทธิอื่น เริ่มยาที่รพ ก่อน เป็นไปได้ไหม</li> <li>ในกรณีสิทธิอื่น ที่ส่งต่อไปรักษาที่อื่น ได้ติดตามว่าคนไข้ได้รับยาหรือไม่ หรือแค่เขียนใบส่งตัว</li> </ul> </li> <li>มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่แสดงถึงผลการดำเนินงานและผลลัพธ์</li> </ol>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
ข้อเสนอแนะ	1. ควรใช้การประเมิน โดยการนำข้อมูลผลลัพธ์ของการบริการต่อเนื่องมาใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการเรียนรู้ 2. หน่วยบริการที่จ่ายยาต้านไวรัสมีหลายหน่วย ดังนั้น ในการโค้ชเบื้องต้นให้โค้ชโดยใช้บริบทของแต่ละหน่วยงานก่อน เมื่อมีความเข้าใจในเป้าหมายของการให้บริการที่เป็นทิศทางเดียวกันแล้ว จึงชวนเรียนรู้ต่อในภาพรวมของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาให้มีความครอบคลุมมากที่สุด			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเรียนรู้	1. หน่วยบริการไม่มีข้อมูลการส่งต่อจากแผนกต่างๆ 2. โรงพยาบาลมีการจ่ายยาต้านไวรัสหลายหน่วย โดยที่คลินิกหลักที่จ่ายยาต้านไวรัสไม่มีข้อมูลทั้งหมดของโรงพยาบาล 3. โครงสร้างการดำเนินงานคุณภาพ ของโรงพยาบาลอาจทำให้เป็นข้อจำกัดในการสื่อสาร ส่งต่อข้อมูล เช่น คลินิกยาต้านไวรัสอยู่ภายใต้การกำกับงานเวชกรรมป้องกัน			
Investigation	การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคพื้นฐานถูกต้อง ครอบคลุม และรวดเร็วทันเวลา	1. ตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคอะไรบางอย่างที่ตรวจเองหรือ ส่งตรวจภายนอก 2. สอบถามถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องรอ ก่อนเริ่มยา • ในคนไข้ที่อาการและตรวจร่างกายปกติ รอผลการตรวจอะไรก่อนเริ่มยา (เช่น CBC, BUN, Cr, CXR,	1. การรายงานในระบบสารสนเทศสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการรักษา 2. การส่งมอบข้อมูลให้แก่แพทย์ผู้รักษา เป็นไปอย่างรวดเร็วเหมาะสม ทันเวลาในการเริ่มยาเร็ว 3. มีการนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ	การทบทวนระบบและการปรับปรุงแก้ไขที่ทำให้การเริ่มยาเร็วขึ้น



ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
		<p>AST, ALT, Crypto Ag, CMV retinitis screening)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ในคนไข้ที่อาการและตรวจร่างกายผิดปกติ รอผลอะไรก่อนเริ่มยา</li> </ul> <p>3. ตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคสอดคล้องตามแนวทางประเทศหรือไม่</p> <p>4. ระยะเวลาและวิธีการรายงานผลรวดเร็ว เหมาะสม ทันเวลา เพื่อให้เริ่มยาได้อย่างรวดเร็วหรือภายในหนึ่งวัน</p> <p>5. มีปัจจัยหรือความเสี่ยงที่ทำให้การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคไม่เป็นไปตาม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค</li> <li>● งานด้านการดูแลรักษา</li> </ul>	

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
		<p>เป้าหมายหรือความคาดหวัง และ แนวทางแก้ไข</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ส่งตรวจนอก รพ./นอกเวลา</li> <li>● การขนส่งส่งตรวจ</li> <li>● กรณีตรวจ CD4 ถ้ามาไม่ตรงวันที่ตรวจ LAB/ ส่ง LAB นอกทำอย่างไร</li> <li>● การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ส่งผลให้การเริ่มยา เช่น การตรวจ CMV</li> <li>● กรณีการส่งตรวจ Crypto Antigen ที่ส่งผลให้การเริ่มยา</li> </ul>		
ข้อเสนอแนะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เขียน Flow chart และ รายละเอียดของการส่งตรวจวินิจฉัยทุกรายการ ตั้งแต่ ก่อนส่ง ส่งตรวจและการรับรายงานผล จนถึงนำข้อมูลไปใช้ในการวินิจฉัยกับผู้ป่วย เพื่อแสดงให้เห็นว่ามีขั้นตอนใดที่ทำให้ไม่สามารถเริ่มยาต้านไวรัสได้วันเดียว</li> <li>2. อธิบายให้ผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนเข้าใจในผลลัพธ์ และ ประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสภายในวันเดียว รวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับการโค้ชสามารถกำหนดเป้าหมาย กระบวนการ และ วัดผลการดำเนินงานของตนเองได้ถูกต้อง ตรงประเด็น</li> </ol>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
	<p>3. เนื่องจากแนวทางการรักษาประเทศแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสในทุกระดับ CD4 ในบางรพ ที่สามารถเริ่มยาเร็วในวันเดียวกันได้สำเร็จ แพทย์ประเมินอาการคนไข้และผลห้องปฏิบัติการพื้นฐานเช่น CBC, BUN, Cr, AST, ALT และ CXR ก่อนเริ่มยา หากผลปกติ ไม่ได้รอผล CD4 ในบางรพ คัดกรอง Crypto Ag ทุกราย เป็น point of care ก่อนเริ่มยา เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่มีความกังวลเรื่อง IRIS หากเริ่มยาเร็วในคนไข้ติดเชื้อวัณโรคและมี cryptococcal infection</p> <p>แพทย์บางท่านเข้าใจผิดว่าคนไข้ที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิสต้องรักษาให้ครบก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ทำให้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ช้าผู้ป่วยที่เริ่มยาภายในวันเดียว เป็นผู้ป่วยที่มีผลการตรวจร่างกายปกติ แข็งแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน และมีความพร้อมในการรับยาต้านไวรัส</p>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเรียนรู้	<p>สรุปสาเหตุการเริ่มยาช้าที่พบบ่อย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รอ investigations ให้อิงแนวทางการดูแลรักษา ฉบับใหม่</li> <li>- Refer ตามสิทธิ</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติไม่พร้อม : ทบทวนวิธีการ/โครงสร้างการให้คำปรึกษา กรณีผู้ป่วยจิตเวช ใช้วิธีการ DOT โดยผู้ดูแลผู้ป่วยของชุมชน</li> <li>- รอพบแพทย์เฉพาะทาง : .รพ.จัดทำแนวทางการรักษา (CPG) เพื่อผู้ป่วยเริ่มยาเร็ว</li> </ul>			
Assessment ทราบ ปัญหา ความต้องการ ของผู้ติดเชื้อ อย่างครอบคลุม	แพทย์/พยาบาลสามารถระบุ แยกผู้ติดเชื้อที่พร้อมเริ่มยาและไม่พร้อมเริ่มยา หรือ ความรุนแรงของอาการทางคลินิก	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีประเด็นในการประเมิน ทางคลินิก และ สังคม อะไรบ้าง ใครเป็นผู้ประเมิน</li> <li>2. การให้ข้อมูลที่ทันสมัย ถูกต้อง และเพียงพอเพื่อให้ผู้ติดเชื้อตัดสินใจเริ่มยาเร็ว</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สาเหตุผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียนแล้วแต่ยังไม่ได้รับยา <ul style="list-style-type: none"> <li>● สิทธิ</li> <li>● ยังไม่เปิดเผยผลเลือด</li> <li>● หายไป</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รูปแบบ/ Flow ระบบการจัดบริการที่สามารถรับยาได้เร็วภายในวันเดียว และ ไม่เกิน 7 วัน ในผู้ติดเชื้อที่มีความพร้อมและไม่มี OI</li> <li>2. ผู้ติดเชื้อตัดสินใจร่วมกับทีมผู้ให้บริการในการเริ่มยาโดยทราบข้อมูลที่ทันสมัยถูกต้อง และ เพียงพอ</li> </ol>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
		<p>3. ความคาดหวังของการประเมินทางด้านคลินิกคืออะไร เพื่อให้มั่นใจว่าได้ใช้ผลการประเมินช่วยในการตัดสินใจเริ่มยาเร็ว ตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● มี OI ที่ไม่สามารถเริ่มยาได้</li> <li>● ไม่มี OI</li> </ul> <p>4. ความคาดหวังของการประเมินทางด้านจิต สังคม คืออะไร เพื่อให้มั่นใจว่าได้ใช้ผลการประเมินช่วยในการตัดสินใจเริ่มยาเร็ว ตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● สิทธิการรักษาที่ไม่สามารถเริ่มยาได้</li> <li>● ไม่มีผู้ดูแล</li> <li>● ยังไม่เปิดเผยผลเลือดให้ผู้ใกล้ชิด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ระบบบริการที่ไม่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย</li> <li>● ผู้ติดตามยังไม่พร้อม ขาดความรู้ประโยชน์การเริ่มยาเร็ว</li> <li>● ทักษะการแพทย์ในการเริ่มยาเร็ว</li> </ul> <p>2. ข้อมูลที่แยกผู้ติดตามตามอาการทางคลินิก</p>	

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
		<ul style="list-style-type: none"> <li>ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง</li> </ul> 5. ความเสี่ยงจากการประเมิน		
ข้อเสนอแนะ	<p>ให้ข้อมูล/ความรู้ในการเริ่มยาต้านไวรัสภายในวันเดียว ประโยชน์ของการเริ่มยาเร็ว U=U สิทธิในการได้รับยาต่างสถานที่ โดยชี้ให้เห็นผลการดำเนินงานสำคัญของโรงพยาบาลได้แก่ จำนวนผู้ติดเชื้อที่ไม่เริ่มยา หรือหายไป และช่วยหาสาเหตุที่พบได้ทั่วไป เช่น ไม่ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย และสรุปสาเหตุการเริ่มยาช้าที่พบบ่อย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รอ investigations ให้อ้างอิงแนวทางการดูแลรักษาฯ ฉบับปัจจุบัน</li> <li>- Refer ตามสิทธิ</li> <li>- ผู้ป่วยและญาติไม่พร้อม : ทบทวนวิธีการ/โครงสร้างการให้คำปรึกษา กรณีผู้ป่วยจิตเวช ใช้วิธีการ DOT โดยผู้ดูแลผู้ป่วยของชุมชน</li> <li>- รอพบแพทย์เฉพาะทาง : .รพ.จัดทำแนวทางการรักษา (CPG) เพื่อผู้ป่วยเริ่มยาเร็ว</li> </ul>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเยี่ยม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลยังไม่กำหนดแนวทางการเริ่มยาเร็วที่ชัดเจน และและเป็นปัจจุบัน</li> <li>2. ไม่มีข้อมูลที่แสดงถึงผลการดำเนินงานสำคัญ เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อที่หายไปก่อนการวินิจฉัยโรค/ ระหว่างรอผลการวินิจฉัยโรค จำนวน/ระยะเวลาในการรายงานผล เป็นต้น</li> </ol>			
Diagnosis การวินิจฉัยโรค	การวินิจฉัยติดเชื้อ HIV หรือการวินิจฉัยโรคร่วม ที่ถูกต้องทันเวลา ส่งผลให้เริ่มยาได้เร็ว	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HIV Diagnosis               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. การรายงานผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม</li> <li>b. Algorithm การตรวจเพื่อยืนยันตัวบุคคล</li> </ol> </li> </ol>	เวลาโดยเฉลี่ยที่ใช้ในการวินิจฉัย ส่งตรวจและการรายงานในแต่ละตัว เช่น CD4 CXR CMV Crypto เป็นต้น	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปรับปรุงระบบ/Flow ในการวินิจฉัยโรค ที่ส่งผลให้เริ่มยาได้เร็ว</li> <li>2. ลดขั้นตอนที่ทำให้การวินิจฉัยล่าช้า รวมทั้งรอปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เห็นในการวินิจฉัยโรคร่วมและการวางแผนเริ่มยา</li> </ol>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
		2. การวินิจฉัยโรคร่วม <ul style="list-style-type: none"> <li>● การรายงานผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม</li> <li>● สามารถวินิจฉัยจำแนกผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่ม OI , Non-OI</li> </ul>		
ข้อเสนอแนะ	1. เขียน Flow chart และ รายละเอียดของการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีข้อกำหนดอะไรบ้างในการวินิจฉัยโรค เพื่อแสดงให้เห็นว่ามีขั้นตอนใดที่ทำให้ไม่สามารถเริ่มยาต้านไวรัสได้วันเดียว 2. อธิบายให้ผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนเข้าใจในผลลัพธ์ และ ประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสภายในวันเดียว รวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการโค้ชสามารถกำหนดเป้าหมาย กระบวนการ และ วัดผลการดำเนินงานของตนเองได้ถูกต้อง ตรงประเด็น			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเรียนรู้	มักพบว่าการตัดสินใจให้ยาล่าช้าเกิดจากหลายขั้นตอนเช่น การรอยืนยันผลการตรวจติดเชื้อเอชไอวีใช้เวลานาน การรอการวินิจฉัยโรคร่วมและการรอคู่อากการของ OI ก่อนเริ่มยา ซึ่งพบว่าไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน			
Plan of Care	มีมาตรฐานในการเริ่มยาเร็วที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง	1. Non- OI <ul style="list-style-type: none"> <li>● การวางแผนในการเริ่มยาทุกรายภายในวันเดียวหรือไม่เกิน 7 วัน</li> </ul>	1. ระยะเวลา นับจาก Date of HIV report ถึง วันเริ่มยา 2. จำนวน Visit ก่อนการรับยานับจาก Date of HIV report	ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสในเวลาที่รวดเร็ว มีข้อมูลแสดงผลการได้รับยาในเวลาที่กำหนดของผู้ติดเชื้อกลุ่มต่างๆ

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
		<ul style="list-style-type: none"> <li>● การเริ่มยาเร็วมีผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษาหรือไม่ อย่างไร</li> </ul> 2. OI <ul style="list-style-type: none"> <li>● การวางแผนในการเริ่มยาในกลุ่มผู้ติดเชื้อ OI ในแต่ละโรค และกำหนดวันที่จะได้รับยา ARV</li> </ul>	3. จำนวนผู้ติดเชื้อ non OI ที่ได้รับยา/ไม่ได้รับยา ระยะเวลาในการได้รับยา 24 ชม., 1-7, >7 <i>ค่าเฉลี่ยของการได้รับยา</i> จำนวนผู้ติดเชื้อ OI ที่ได้รับยา/ไม่ได้รับยา ระยะเวลาในการได้รับยา	
ข้อเสนอแนะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ควรมี คู่มือ/แนวทางการเริ่มยาในกลุ่มผู้ติดเชื้อต่างๆ</li> <li>2. ควรทบทวนเวชระเบียนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่เกิน 5 ราย เพื่อหาช่องว่างในการปรับปรุงคุณภาพ</li> <li>3. ควรชวนทีมให้การดูแลรักษาอภิปรายเรื่องการเริ่มยาเร็วมีผลกระทบต่อดูแลรักษาอย่างไร ที่ถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน</li> <li>4. พิจารณาจำนวน visit การมารับบริการซ้ำหลายครั้งก่อนเริ่มยา การทำงานเพิ่มและซ้ำซ้อนของเจ้าหน้าที่</li> </ol>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเยี่ยม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน 90 ที่ 2 ของหน่วยงาน/โรงพยาบาลที่ครบถ้วน ถูกต้อง</li> <li>2. การตัดสินใจเริ่มยารอการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ไม่เริ่มยา</li> <li>3. ขาดประสบการณ์ ไม่มั่นใจ และ ความรู้ที่ทันสมัย ในการเริ่มยา, ใช้เวลาทดสอบความรู้ความเข้าใจในหลาย visit เกินไป ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการเริ่มยาเร็วกรณีไม่ต้องรอ CD4</li> <li>4. พบการ Delay diagnosis HIV ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นโรคกลุ่ม OI เช่น การดูแลผู้ติดเชื้อที่ต่างแผนก ระหว่างอายุรกรรมและแผนกอื่นๆ</li> </ol>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
	5. ควรมีการกำหนดเกณฑ์ในการเริ่มยาว่ากลุ่มไหนที่ควรเริ่มยาเร็ว 6. ควรให้การปรึกษาและการแนะนำที่จะมั่นใจว่าผู้ติดเชื้อจะกินยาได้ตรงเวลาเมื่อเริ่มยาเร็ว			
Re assessment	ผู้ติดเชื้อทั้งหมดสามารถกินยาได้ ตามเวลาที่กำหนด คนที่กินยาไม่ได้ ต้องรู้เร็วเพื่อแก้ไขช่วยเหลือ	1. แนวทางการนัดผู้ติดเชื้อกลับมาติดตามหลังเริ่มยา 2. มีการติดตามหรือแนวทางอย่างไรเพื่อให้ทราบปัญหาอาการข้างเคียงหรือกินยาไม่ได้ 3. ถ้ามีปัญหาก่อนนัดมีแนวทางอย่างไร 4. การประเมินผู้ติดเชื้อซ้ำในกลุ่ม OI/Non-OI มีแนวทางอย่างไร 5. มีการติดตามผู้ติดเชื้อที่ไม่กลับมาอย่างไร 6. TB Crypto PCP มีแนวทางในการเริ่มยาต้านไวรัสอย่างไร	1. จำนวน/ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เริ่มยาภายใน 7 วัน กลับมาตามนัด 2. กินยาได้ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา 3. กินยาได้บ้าง 4. ไม่ได้กินยาเลย มีปัญหาในการกินยา 5. จำนวน/ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการประเมินซ้ำพบว่า <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CD4 &lt;200</li> <li>○ มีผลข้างเคียงของยา</li> <li>○ มี OI ที่มีผลกระทบต่อกรกินยา</li> </ul>	1. ผู้ให้บริการมั่นใจในการเริ่มยาเร็ว 2. ผู้รับบริการได้รับบริการให้ยาที่ดี และรวดเร็ว 3. รู้วิธีการทำ CQI ของกระบวนการเริ่มยาเร็ว 4. ทราบจุดอ่อนและหลุมพรางของระบบเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข 5. มีการวิเคราะห์และหาสาเหตุของผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์



ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
			6. จำนวนผู้ติดเชื้อที่เริ่มยาแล้ว ไม่กลับมาที่ร้าย มีการติดตาม อย่างไร	
ข้อเสนอแนะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ควรแนะนำให้การสื่อสารผู้ป่วยที่เริ่มยาใหม่ เป็นแบบ 2 ทาง คือให้ผู้รับบริการติดต่อมาเมื่อมีปัญหาและมีการติดตามประเมินโดยเจ้าหน้าที่ด้วย ติดต่อ ไปมากันได้</li> <li>มีการช่องทางการติดต่อระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ชัดเจน (คือให้ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการติดต่อกันได้)</li> </ol>			
ตัวอย่างที่พบใน ระหว่างการ เยี่ยม	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ติดเชื้อที่เริ่มยาทันที และ เมื่อพบว่า ผลการตรวจ CD4&lt;100 ควรมีแนวทางในการติดตาม เช่นการตรวจคัดกรอง crypto Ag และโอกาสในการเกิด โรคแทรกซ้อน เช่น IRIS</li> <li>ไม่มีการติดตามผู้ติดเชื้อที่เริ่มยาในช่วงแรกอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ปลอดภัย เช่น กินยาพบอาการ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน หยุดยาเอง คำว่า “กินยาไม่ได้ให้โทรมา” เป็นโอกาสที่ควรจะเปลี่ยนวิธีการเป็นเชิงรุก เช่น แกนนำโทรติดตามคนที่เริ่มยา มีการแบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อตาม ความเสี่ยงในการติดตามเช่น กลุ่มที่ต้องตามทุก 3 วัน 7 วัน หรือ เยี่ยมบ้านภายใน 3 วันหลังเริ่มยา เป็นต้น</li> <li>อธิบายให้ผู้ให้บริการเข้าใจในเป้าหมายของการเริ่มยาเร็ว ในกลุ่มผู้ติดเชื้อแต่ละกลุ่ม รวมทั้ง OI บางโรคที่สามารถเริ่มยาได้</li> <li>ในกรณีผู้ติดเชื้อ OI ส่วนใหญ่มารับการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส</li> <li>ผู้ติดเชื้อรายใหม่ ที่นอนโรงพยาบาลหลังการรักษาด้วยโรคอื่นแล้ว ควรพิจารณาให้บริการให้คำปรึกษารวมทั้งการเปิดเผยผลเลือดและหาผู้ช่วยเหลือ ในการกินยาต้านไวรัสก่อนการ Discharge</li> </ol>			
Communication /Empowerment	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ติดเชื้อต้องได้รับ ข้อมูลประโยชน์ของ การได้เริ่มยาเร็ว</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ก่อนเริ่มยามีข้อมูลหลักๆ อะไรบ้าง ในการให้ผู้ติดเชื้อที่ จะช่วยในการตัดสินใจกินยา ใคร</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>จำนวนผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ ได้รับยาเร็ว</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ให้บริการรู้และเห็นความสำคัญของประเด็น การให้ข้อมูล และ Empowerment</li> </ol>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
	2. ผู้ติดเชื้อมีความตั้งใจในการกินยาถูกต้องตรงเวลา และต่อเนื่อง	<p>เป็น คน ให้ ใ ห้ อย่าง ไร ประเมินผลอย่างไร</p> <p>2. วิธีการสร้างแรงจูงใจและหาเป้าหมายของผู้ติดเชื้อในการรักษา ในการกินยาต่อเนื่องทุกวันตลอดชีวิต</p> <p>3. การสื่อสารให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ถึงการแก้ปัญหาหลังการกินยา</p> <p>4. Key information ที่ใช้มีอะไรบ้าง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเปิดเผยผลเลือดกับใครบ้าง หาผู้ดูแล/ผู้ป่วยเหลือที่สามารถช่วยดูแลเรื่องการกินยาที่บ้านกรณีมีผลข้างเคียงจากการกินยา ปัญหาการเดินทางไปรับยา</li> </ul>	<p>2. จำนวนผู้ติดเชื้อที่เริ่มยาเร็วมี adherence ที่ดี</p> <p>3. จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้เริ่มยาเร็ว</p>	2. มีการทบทวน ผลลัพธ์การให้ Key information ว่า มี ประสิทธิภาพ และครอบคลุมเพียงใด
ข้อเสนอแนะ	<p>1. โฉ้ชเน้นให้ผู้ใช้บริการใช้เทคนิค Two ways communication</p> <p>2. ประเมินสมรรถนะของผู้ให้บริการในการ empowerment และข้อมูลผลการดำเนินงานเพื่อพิจารณาว่าผลลัพธ์ที่ได้เป็นผลมาจากสมรรถนะของผู้บริการหรือไม่ ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้การมีส่วนร่วมของทีม HRD ของโรงพยาบาลที่จะเข้ามาช่วยในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพต่อไป</p>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเรียนรู้	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มี Key information / ไม่ Focus หรือไม่มีทักษะในการสร้างแรงจูงใจ: การให้ข้อมูล Key information ในประเด็น U=U, early Treatment , การตอบสนองต่อการกินยาเร็วทำให้อายุยืนขึ้น การเริ่มยาช้าทำให้อายุสั้น CD4 ไม่ขึ้น</li> <li>2. การ update knowledge ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่ให้ Key information แก่ผู้ติดเชื้อ</li> <li>3. เน้นเรื่องอาการข้างเคียงของการใช้ยา เพื่อไม่ให้เกิดความกลัวการใช้ยา จนไม่ยอมเริ่มยา (มีเทคนิคการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกินยา) เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่กินยานี้ได้โดยไม่มีปัญหา แต่หากมีปัญหาเจ้าหน้าที่สามารถช่วยแก้ไขให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาได้ทุกคน</li> <li>4. ไม่ให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง</li> </ol>			
Continuity of care	Linkage สู่การดูแลอย่างต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการวางแผนอย่างไรในการดูแลผู้ติดเชื้อกลุ่มที่ Adherence ดี/ไม่ดี</li> <li>2. ได้นำผลการตรวจ VL ด้านความครอบคลุมและผลลัพธ์มาพัฒนางานต่ออย่างไร</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่นัดครั้งต่อไปหลังนัดสองอาทิตย์ อีก 1 เดือน มี Adherence ดี/ไม่ดี</li> <li>● มีการตรวจ VL ครั้งแรกกี่ราย</li> <li>● มีการตรวจ VL ครั้งแรกหลังกินยาต้าน 3 เดือน กี่ราย</li> <li>● จำนวน/ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่เริ่มยารายใหม่ได้รับการตรวจ VL มีผลการตรวจที่ &lt; 50</li> </ul>	ให้ผู้รับบริการได้มีการวางแผนติดตาม ข้อมูล นำมาวิเคราะห์แก้ไขปัญหา เพื่อผู้ติดเชื้อมารับบริการอย่างต่อเนื่องและมี adherence ที่ดี และ VL Suppression

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
			<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยที่ไม่ได้ on ยาภายใน 7 วันมีจำนวนเท่าไร และหายไปจากระบบจำนวนเท่าไร และมีการจัดการอย่างไร</li> <li>จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับยาภายใน 7 วัน</li> <li>จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้ SD-ART กลับมารับยาเท่าไร ภายในกี่วัน หายไปกี่คน</li> </ul>	
Discharge	ส่งต่อผู้ติดเชื้อได้ไปถึงหน่วยบริการใหม่และได้รับยาต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีขั้นตอนอย่างไรในการส่งต่อผู้ติดเชื้อไปยังหน่วยบริการอื่น</li> <li>มีปัญหา/เหตุการณ์ ที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อไปไม่ถึงสถานบริการใหม่</li> <li>ผลที่ผ่านมาเป็นอย่างไรแก้ไขปัญหายังไง</li> </ol>	จำนวน/ร้อยละของผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่คงอยู่ในระบบ	ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหา ความเสี่ยงต่างๆ เพื่อนำมาแก้ไขเชิงป้องกันและให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ติดเชื้อ

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
ข้อเสนอแนะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความรู้ ความเข้าใจในเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เรียนรู้กระบวนการที่ทำมาเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานสำคัญ ได้แก่ การขาดนัด การคงอยู่ในระบบแต่ละช่วงเวลา และผลลัพธ์ ได้แก่ จำนวนการตรวจ VL และจำนวนผู้ติดเชื้อที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ</li> <li>เรียนรู้สิ่งดีๆ จากการดำเนินงาน และ ค้นหาโอกาสพัฒนา</li> </ol>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเรียนรู้	มีหลักฐานการส่งต่อแล้ว แต่ไม่มีข้อมูลที่ทำให้มั่นใจได้ว่า ผู้ติดเชื้อไปรับบริการยังสถานบริการปลายทาง มีข้อมูลการส่งต่อค้างอยู่ในระบบข้อมูล สปสช.			

## แนวทางการโค้ชการพัฒนาคุณภาพการป้องกันการไม่มาตามนัด/ขาดนัด

คำอธิบาย :

ความหมาย

“การไม่มาตามนัด” หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่มาในวันนัด โดยไม่ได้แจ้งเลื่อนนัด

“การขาดนัด” หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่มาตามนัดมากกว่า 28 วัน (อ้างอิง : องค์การอนามัยโลก)

การจัดระดับความรุนแรงของการไม่มาตามนัด แบ่งเป็น 2 ระดับ

น้อย : ไม่มาตามนัด แต่ไม่ขาดยา

มาก : ไม่มาตามนัด และขาดยา หรือ ไม่ทราบข้อมูลการขาดยา

กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับการนัดหมาย ให้มารับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ การนัดมาฟังผลเลือดเอชไอวีกรณีผลเลือดบวก มารับยาต้านไวรัสสายใหม่ มารับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง และมาตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด

วัตถุประสงค์การโค้ช : เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ นำไปสู่ การยุติปัญหาเอดส์

1. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน เรียนรู้ เข้าใจ ความสำคัญของการไม่มาตามนัด การขาดนัด
2. เพื่อสนับสนุน ให้ผู้ปฏิบัติงานได้วิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น Benchmark กับข้อมูลอ้างอิงที่ยอมรับได้ และสามารถแก้ปัญหาการไม่มาตามนัด/ขาดนัด โดยการปรับกระบวนการดูแล (Process design) ให้เหมาะสม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดของกิจกรรม

1. สถานการณ์การขาดนัด
  - ก. ร้อยละของการขาดนัดในช่วงเวลาที่กำหนด
  - ข. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ไม่มาตามนัด ในช่วงเวลาที่กำหนด (ในวันคลินิกที่ผ่านมาหรือใน 1 เดือนที่ผ่านมา หรือใน 1 ปีที่ผ่านมา)

2. สามารถระบุประเด็นที่สำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ไม่มาตามนัด/ขาดนัด
3. สามารถกำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เพื่อการป้องกันการขาดนัด และการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
4. มีการแสดงผลลัพธ์ของ 95-95-95 ที่เกิดจากการพัฒนาคุณภาพด้านการป้องกันการขาดนัด และ การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

## ขั้นตอนการโค้ช

การโค้ชคือการเข้าไปตามรอยการทำกิจกรรมป้องกันการขาดนัด และ การติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด โดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาล/หน่วยงานที่ได้รับการโค้ชมีการทำงานในประเด็นสำคัญดังนี้

1. การเก็บข้อมูล
2. การป้องกันการไม่มาตามนัด
3. การติดตามเมื่อไม่มาตามนัด

ขั้นตอนในการโค้ชแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน (ตามขั้นตอน PDCA) ดังนี้

1. ทบทวนสถานการณ์การขาดนัด/ไม่มาตามนัด ของคลินิก (Check ผลลัพธ์)
2. ทบทวนกิจกรรมการป้องกันการขาดนัด/การติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด ที่ผ่านมา (Check Do)
3. วิเคราะห์กิจกรรม/กระบวนการ เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา (Act)
4. วางแผนการปรับปรุง และแนวทางการติดตาม (Plan)

## กิจกรรมแนะนำการแก้ปัญหาการขาดนัด

กิจกรรมการแก้ปัญหาการขาดนัด	ประเด็นความสำเร็จ
<input type="checkbox"/> มีเกณฑ์สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังการขาดนัด	มีความเข้าใจในการจัดทำเกณฑ์ และปรับปรุงเกณฑ์ให้เหมาะสมการบริบทของหน่วยงาน
<input type="checkbox"/> มีรายชื่อ เบอร์โทรที่ติดต่อ ของผู้ติดเชื้อที่จะมารับบริการในแต่ละวัน มีบุคคลที่ต้องเฝ้าระวังการขาดนัด และ MSM&TG	มี list รายชื่อผู้ติดเชื้อที่มารับบริการในแต่ละวัน สามารถสรุปได้ในแต่ละวันเมื่อปิดคลินิก
<input type="checkbox"/> มีระบบการเตือนผู้ป่วยก่อนมารับบริการ โดยใช้ line SMS ด้วยประโยคที่ผู้ป่วยพึงพอใจ ไม่ Stigma)	ตรวจสอบระบบการรับส่งข้อความเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับข้อความ
<input type="checkbox"/> มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่รวดเร็ว ภายใน 1 วัน และ ติดต่อกัน 2 ครั้ง	ตรวจสอบระบบการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยกลับมาใช้บริการได้ทันไม่ขาดยา
<input type="checkbox"/> มีระบบประเมินผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอว่าผู้ป่วยรายใดมีความเสี่ยงต่อการขาดนัดและให้การปรึกษาเพื่อป้องกันการขาดนัด	ระบบประเมินที่เป็นตัว trigger ที่สำคัญในการเฝ้าระวังการ LTF
<input type="checkbox"/> มีระบบการติดตามผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Alert)	ระบบการเตือนในกรณีผู้ป่วยที่ขาดนัดมารับบริการที่หน่วยอื่นๆ ใน รพ.
<input type="checkbox"/> มีเจ้าหน้าที่ให้การปรึกษา และเสริมพลังสร้างสุขภาพป้องกันการขาดนัด	มีการให้บริการที่มั่นใจว่าผู้ที่ผ่านการให้การปรึกษาจะไม่ขาดนัด มีข้อมูลตรวจสอบ
<input type="checkbox"/> มีการตรวจสอบข้อมูลการขาดนัดในโปรแกรม NAP อย่างสม่ำเสมอ	สรุปข้อมูลการขาดนัดจากข้อมูล สปสช.
<input type="checkbox"/> มีระบบการประเมินหาสาเหตุของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด/ขาดนัด	สรุปผลการประเมินหาสาเหตุของการไม่มาตามนัด
<input type="checkbox"/> มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด และการติดตาม	มีการสรุปข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด ผู้ป่วยที่ติดตามได้ ผู้ป่วยที่ขาดนัด ค่าเฉลี่ยจำนวนวันของการไม่มาตามนัด อัตราการขาดนัด
<input type="checkbox"/> สรุปประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงของการขาดนัด	การทำ CQI จากการปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
<input type="checkbox"/> มีระบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย ประสพการณ์ที่รับจากรพ เช่น การรังเกียจ ตีตรา เลือกปฏิบัติ ที่อาจนำไปสู่การขาดนัด	ผู้ป่วยพึงพอใจในบริการและไม่มีรายงานการรังเกียจตีตราเลือกปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่



ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
<p>ทบทวนสถานการณ์การขาดนัด/ไม่มาตามนัด ใน 4 เรื่อง</p> <p>1) การนัดมาฟังผลเลือด เอชไอวีกรณีผลเลือดบวก</p> <p>2) การนัดมารับยาต้านไวรัสรายใหม่</p> <p>3) การนัดมารับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง</p> <p>การนัดมาตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด</p>	<p>รัฐสถานการณ์การขาดนัด (ในรอบเดือนที่ผ่านมา/หรือระยะเวลาที่ประเมินได้)</p>	<p>ให้ทบทวนสถานการณ์การ <b>ไม่มาตามนัดและการขาดนัดของคลินิก</b>ในแต่ละเรื่องโดยใช้คำถาม ดังนี้</p> <p>1. ในคลินิกมีผู้ป่วยมาตามนัดเท่าไร/ไม่มาเท่าไร</p> <p>2. ในเรื่องที่ 3 และ 4 คนที่ไม่มาตามนัดขาดยาหรือไม่</p>	<p>1. จำนวนและร้อยละของคนที่ไม่มาตามนัด และการขาดนัด ใน 4 เรื่อง</p> <p>2. จำนวนและร้อยละของการขาดนัด ในแต่ละเรื่อง (ข้อมูลปัจจุบันที่นำมาทำ rapid assessment ได้ เช่น ในรอบเดือนที่ผ่านมา ในสัปดาห์ที่ผ่านมา หรือล่าสุด เป็นต้น)</p> <p>3. อัตราการขาดนัด</p> <p>i. Pre ART</p> <p>ii. Post ART</p> <p>ก. 12 เดือน</p> <p>ข. 24 เดือน</p> <p>60 เดือน</p>	<p>1. ประเมินสถานการณ์ในแต่ละขั้นตอน ของการไม่มาตามนัดและขาดนัดของคลินิก</p> <p>เห็นความสำคัญของการเก็บข้อมูลการไม่มาตามนัด/ขาดนัด</p>
<p>ข้อเสนอแนะ</p>	<p>1. ควรประเมินสถานการณ์การขาดนัด ของคลินิกยาต้านไวรัส หรือแต่ละคลินิก ถ้ามีอัตรา LTF มากกว่า 2 % แนะนำให้รีบแก้ไขการขาดนัดโดยรีบด่วน โดยมีเป้าหมายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกรายควรมาตามนัดทุกครั้ง</p> <p>a. การไม่มาตามนัด เป็นตัวเตือนเบื้องต้นให้กับผู้ให้บริการได้บริหารจัดการก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาขาดยา และขาดนัดต่อไป</p> <p>b. อัตราการขาดนัด = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่มาตามนัดมากกว่า 28 วัน / จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งหมดที่นัดมารับบริการ (ราย) ในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>2. การถามข้อมูลการไม่มาตามนัด/การขาดนัด ในครั้งสุดท้ายของการให้บริการของคลินิกจะเห็นภาพของสถานการณ์และความตระหนักของเจ้าหน้าที่ในการจัดการแก้ไขปัญหาเชิงป้องกันที่ได้ผลดีที่สุด</p>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
	<p>3. คำถามเพื่อประเมินสถานการณ์ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ครึ่งสุดท้ายคลินิก ARV มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นัดมารับยาต่อเนื่อง ไม่มาตามนัดกี่ราย</li> <li>b. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่นัดมารับยา ไม่มาตามนัดกี่ราย</li> <li>c. การขาดนัด ให้ถามทั้ง 4 เรื่อง <ul style="list-style-type: none"> <li>i. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่เริ่มยาต้านไวรัส ขาดนัดเกิน 28 วันไปจำนวนกี่ราย ก็เปอร์เซ็นต์</li> <li>ii. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ที่เจาะเลือดพบผลเลือดเป็นบวก ไม่มาตามนัดเกิน 28 วันไปจำนวนกี่ราย ก็เปอร์เซ็นต์</li> </ul> </li> </ul> <p>4. การใช้คำถามควรชี้ให้เห็นวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการเก็บข้อมูลการ ไม่มาตามนัด/ขาดนัด และการนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อนำคำตอบที่ได้ไปวิเคราะห์หาสาเหตุต่อไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. จากสถานการณ์ การไม่มาตามนัด ต้องแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ ได้แก่ การขาดยา</li> </ul> <p>5. การ LTF มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทุกราย ดังนั้น ให้ดูว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้หรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pre ART</li> <li>b. Post ART <ul style="list-style-type: none"> <li>i. รับยาภายใน 1 ปี</li> <li>ii. หลังจากได้รับยามากกว่า 1 ปี</li> </ul> </li> </ul> <p>ค่าเฉลี่ยของ Post ART มีอัตรา LTF rate = 2%</p> <p>ควรตรวจสอบการเสียชีวิตของผู้ป่วยขาดนัด เพื่อจะได้ทราบสถานการณ์ที่แท้จริง</p>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเยี่ยม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่เล่าให้ฟังว่า “ผู้ป่วยไม่มาตามนัด อีกไม่กี่วันก็จะมาเอง” เมื่อกลับไปดูข้อมูลสถานการณ์จึงจะเห็นว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะเริ่มจากไม่มาตามนัด และ ขาดนัดในที่สุด</li> <li>2. จากการเยี่ยมโรงพยาบาล มักพบการไม่มาตามนัดที่ มากกว่า 2% เสมอ</li> </ol>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
ทบทวนกิจกรรมการป้องกันการไม่มาตามนัด/ขาดนัด/การติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด ใน 4 เรื่อง	มีการดำเนินงานการเฝ้าระวังและการติดตามการขาดนัดอย่างไร	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดการอย่างไรเพื่อป้องกันการไม่มาตามนัด/ขาดนัด/ติดตามผู้ที่ไม่มาตามนัด</li> <li>ถ้าไม่มาตามนัดแล้วทำอย่างไร</li> <li>มี ปัญหา อุปสรรค อะไรบ้าง แก้ไขอย่างไร ผลเป็นอย่างไร</li> <li>ข้อมูลที่แสดงคุณลักษณะกลุ่มผู้ป่วย ปัจจัย ที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสไม่มาตามนัดในครั้งต่อไป</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>แบบสำรวจปัจจัยการไม่มาตามนัด (เก็บข้อมูลปีละครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน)</li> <li>การปรับปรุงข้อมูลที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ การติดต่อผู้ป่วยให้ทันสมัย สามารถนำไปใช้ติดต่อได้จริง</li> <li>ดูข้อมูล PDCA ที่ผ่านมา</li> </ol>	เชื่อมโยงข้อมูลการไม่มาตามนัด/การขาดนัด/การติดตามผู้ที่ไม่มาตามนัด ที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากในขั้นตอนใด
ข้อเสนอแนะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลที่แสดงคุณลักษณะ กลุ่มผู้ป่วย ปัจจัย ที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสไม่มาตามนัดในครั้งต่อไป เช่น ย้ายบ้าน ย้ายที่ทำงาน เปลี่ยนสิทธิ์ แต่งงานใหม่ ติดคุก</li> <li>ขาดการทบทวนระบบการทำงาน/วิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ ไม่รู้/ไม่ทราบว่า เป็นปัญหา โค้ชควรใช้หลักการ 3P คือเป้าหมายของการบริการคือการมาตามนัดของผู้ป่วยทุกราย กระบวนการที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมาตามนัด/ไม่ขาดนัด ผลลัพธ์ คือการที่ผู้ป่วยมาตามนัดทุกราย สุดท้ายคือผู้ป่วยไม่ขาดยา มี VL suppression</li> <li>ระบบการจัดบริการที่มีผลต่อการนัดผู้ป่วยให้เข้ารับบริการได้ง่าย รวดเร็ว ไม่ซับซ้อน</li> <li>พาทามรอยกิจกรรมนัดผู้ป่วย โดยตามกระบวนการ เริ่มตั้งแต่วิธีนัดทำอย่างไร และถามผลลัพธ์ของการนัด</li> </ol>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้าน บริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
ตัวอย่างที่พบในระหว่าง การเยี่ยม	<p>1) การนัดมาฟังผลเลือดเอชไอวีกรณีผลเลือดบวก :</p> <p>ก. Testing HIV ไม่รอฟังผลเลือด นัดมาฟังผลวันรุ่งขึ้น ไม่มาฟังผล จะทำอย่างไร</p> <p>ข. SDR หรือไม่ หรือ SDR แล้วแต่ระยะเวลาในการรอคอยนานจนผู้ป่วยไม่รอ</p> <p>ค. การประเมิน Pre test ทำอย่างไร</p> <p>2) การนัดมารับยาต้านไวรัสสายใหม่</p> <p>3) มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะขาดนัด และ กลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ระบบการนัดผู้ป่วยของผู้ป่วยในเพื่อมารับการดูแลรักษาต่อเนื่อง ที่ยังไม่ ครอบคลุม ไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่มีการตรวจสอบผลลัพธ์ของการนัด เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. ผู้ป่วยใน ไม่นัดให้มารับการรักษาต่อเนื่อง หรือรับยาใหม่</li> <li>ข. นัดผู้ป่วยที่มีผลเลือดบวก เข้าสู่คลินิกยาต้าน ไม่ครอบคลุม</li> <li>ค. นัดผู้ป่วยไม่ตรงวันที่มีการให้บริการตรวจด้าน ARV</li> <li>ง. ระบบการจัดบริการที่มีผลต่อการนัดผู้ป่วยให้เข้ารับบริการได้ยาก ลำบาก และซับซ้อน</li> </ul> </li> <li>● การตีตราและเลือกปฏิบัติ <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. ผู้ป่วยมี Self Stigma</li> <li>ข. ระบบบริการและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิด S&amp;D</li> <li>ค. บุคลากรมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อ</li> </ul> </li> </ul> <p>4) การนัดมารับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง</p> <p>ก. เปลี่ยนสิทธิ ย้ายที่อยู่ เปลี่ยนคู่ เปลี่ยนผู้ดูแล</p> <p>ข. การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีโอกาสจะขาดนัด</p> <p>5) การนัดมาตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด</p>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ปัญหาจากการออกแบบระบบ               <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. นัดมา รพ. มากกว่า 1 ครั้งในรอบเดือน เช่น มาเจาะเลือด/มารับยา</li> <li>ข. มาไม่ตรงวันที่เจาะเลือด</li> </ul> </li> </ul> <p>4. ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัด</p> <p>1) ผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. สิทธิ : เปลี่ยนสิทธิ ย้ายที่อยู่ บัตรหมดอายุ</li> <li>ข. การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว : ย้ายที่อยู่ ย้ายงาน เปลี่ยนคู่ ปิดบังผลเลือด</li> <li>ค. ปัญหาเศรษฐกิจ : ตกงาน ไม่มีผู้ดูแล เดินทางลำบาก</li> </ul> <p>2) ระบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. ซ้ำซ้อน ยุ่งยาก เสียเวลา หลายขั้นตอน รอรับบริการนาน</li> <li>ข. สถานที่เสี่ยงต่อการเกิด S&amp;D</li> </ul> <p>3) เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม ไม่เป็นมิตร ไม่เห็นใจ กล่าวโทษ</li> <li>ข. มีการตีตรา และเลือกปฏิบัติ</li> </ul>			
วิเคราะห์กิจกรรม/กระบวนการ	ให้มีการวิเคราะห์ หา RCA ของการไม่มาตามนัด และการวางแผน ปรับปรุงการทำงาน รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ซ้ำ (PDCA รอบใหม่)	1. วิเคราะห์กระบวนการป้องกันการขาดนัดที่มีอยู่ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เกิดจากอะไร ทำไม่ถึงเป็นเช่นนั้น	1. ข้อมูลที่สนับสนุนการทำ RCA เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยการไม่มาตามนัด การปรับปรุงข้อมูล NAP (Refer in/out) เป็นต้น 2. การเลือกประเด็นมาทำ PDCA ควรเลือกประเด็นที่พบบ่อยมาแก้ไขก่อน	ประเด็นในการทำ PDCA รอบถัดไป

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
		2. จะวางแผนปรับปรุง/แก้ไขอย่างไร	โดยให้การแก้ไขประเด็นพบบ่อย ครอบคลุมปัญหามากกว่า 80%	
ข้อเสนอแนะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>การใช้ระบบส่งข้อความเตือนก่อนวันนัด มีระบบการเตือนผู้ป่วยก่อนมารับบริการ โดยใช้ line หรือ SMS ด้วยประโยคที่ผู้ป่วยฟังพอใจ ไม่ Stigma)</li> <li>ในกรณีการนัดพิเศษ ได้แก่ การตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด การนัดมาเปลี่ยนสูตรยาใหม่ และ การนัดในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ควรมีวิธีการและการสื่อสารให้ข้อมูลที่เหมาะสม ควรมีความแตกต่างจากการนัดทั่วไป (Key Message เช่น ครั้งหน้ามีการตรวจเลือด)</li> <li>การใช้ระบบโทรศัพท์ติดตามเมื่อไม่มาตามนัดทุก 0,3,7 และ 28 วัน</li> <li>กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวัง และให้ข้อมูลหรือสอดแทรกกิจกรรมที่สำคัญ เพื่อป้องกันเช่น กรณีผู้ป่วยย้ายที่อยู่/ที่ทำงาน ขาดแรงจูงใจในการกินยา เปลี่ยนสิทธิ เดินทางลำบาก มีประเด็นการตีตรา การเปลี่ยนแปลงในครอบครัว เป็นต้น นำประเด็นที่ได้ไปเป็น Trigger เพื่อการประเมินการมาตามนัดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ</li> <li>มีเจ้าหน้าที่ให้การปรึกษา และเสริมพลัง ป้องกันการขาดนัด</li> <li>โค้ชใช้คำถามโดยใช้ GROW Model <ul style="list-style-type: none"> <li>● Goal กลับมาทุกคน</li> <li>● Reality กลับมา 50%</li> <li>● Option มีวิธีการอะไรกันบ้าง</li> </ul> <p style="text-align: center;">Wrapped สรุปเราจะทำกันอย่างไร</p> </li> </ol>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเยี่ยม	<p>ปัญหาจากพื้นที่ : บางรายมาตามนัดเพื่อเจาะVL แต่มาพบบรรยากาศรอคิวเจาะเลือดนานเลยกลับ และไม่ได้เจาะเลือด</p> <p>แนวทางการตอบของโค้ช ใช้ GROW Model</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Goal ทุกคนได้รับการเจาะเลือด</li> </ul>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ข้อมูลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง)	ผลการโค้ช
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reality พบคนที่ไม่ได้รับการเจาะเลือด สาเหตุมาจากกรอคิวงาน เป็นปริมาณเท่าไร บ่อยแค่ไหน (เพื่อดูขนาดปัญหา)</li> <li>● Option มีใครเกี่ยวข้องบ้าง เคยคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้องหรือไม่ นัดเวลาคนไข้ใหม่ เพื่อให้คนไข้ไม่ต้องรอนาน ให้ใช้คำถาม why ต่อไปเรื่อยๆ อาจจะพบว่าเกิดจากระบบบริการ หรือปัญหาจากตัวคนไข้</li> <li>● Wrapped สรุปเราจะทำกันอย่างไร</li> </ul> <p>เมื่อมีคำตอบในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นให้ทบทวนกิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปก่อนหน้านี้ และหาแนวทางใหม่ร่วมกัน</p>			
วางแผนการปรับปรุง และแนวทางการติดตาม	ให้มีการนำสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ และสรุปในขั้นตอนของการทบทวน Act มาวางแผนการดำเนินงานในรอบต่อไป	1. กำหนด เขียนกิจกรรม ระยะเวลา และ ผู้รับผิดชอบที่สามารถทำได้จริง โดยใช้ตาราง What (ทำอะไร) who (ใครทำ) when (ทำเมื่อไร)	กำหนดข้อมูลที่ต้องจัดเก็บตามแผน/กิจกรรม ที่กำหนดไว้ เพื่อใช้ในการติดตาม	แผน/กิจกรรมที่เป็นไปได้จริงตามหลัก 3P ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>● Purpose</li> <li>● Process <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Process Owner</li> <li>○ Process Customer</li> </ul> </li> <li>● Performance</li> </ul>
ข้อเสนอแนะ/	ใช้คำถาม 3 P ในทุกๆ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผน โดยทั่วไปแล้วถ้าผู้ปฏิบัติรู้เข้าใจเป้าหมายในการให้บริการแล้วจะสามารถ คิดกระบวนการ ผู้รับผลงาน และการวัดผลกิจกรรมนั้นๆ ได้เองภายใต้บริบทของหน่วยงาน Rapid PDCA เน้นการเปลี่ยนแปลงภายใน 1 สัปดาห์ ประเด็นการติดตามการนัด ซึ่งสามารถดำเนินการได้ในทุกวันที่มีการนัด ผู้ป่วยมารับบริการ ผลลัพธ์ไม่รอนาน			
ตัวอย่างที่พบในระหว่าง การเยี่ยม	การจัดทำเบอร์โทรศัพท์ให้ทันสมัย การจัดทำไลน์			

## ไค้ชการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ผู้ติดเชื้อคงอยู่ในระบบการดูแลและสามารถกดเชื้อไวรัสได้สำเร็จ

### คำอธิบาย :

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ หมายถึง หลังการได้รับยาต้านไวรัส ตรวจพบปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 ตัว (ก๊อปปี) ต่อ 1 มิลลิลิตรของเลือด จะเรียกว่า “ตรวจไม่พบไวรัส (undetectable)”

Undetectable = Untransmittable หรือ U=U คือปรากฏการณ์ที่ ผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีกินยาต้านไวรัสและกินยาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ และตรงเวลา เพื่อการรักษาจนระดับของไวรัสต่ำกว่าระดับที่ตรวจพบหรือที่ เรียกว่า Undetectable ผู้ที่อยู่ในภาวะดังกล่าวจะไม่แพร่กระจายเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์หรือ Untransmittable

### วัตถุประสงค์การไค้ช :

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถจัดบริการ ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้อย่างมีคุณภาพ จนมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 ตัว (ก๊อปปี) ต่อ 1 มิลลิลิตรของเลือด

### ตัวชี้วัดของกิจกรรม :

1. ร้อยละ 95 ของคนไข้มีวินัยการกินยาที่มากกว่า 95%
2. ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อมี VL suppression

### ประเด็นการไค้ช :

1. การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มี VL  $\leq$  50 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มี VL  $>$  50 – 1000 และกลุ่มที่ 3 กลุ่มที่มี VL  $>$  1000 ร่วมกับการตรวจสอบ % adherence (อ้างอิงจากแนวทางการจัดบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในไทย - Diff-care)
2. การให้การปรึกษาการเสริมสร้างวินัยการกินยา ในกลุ่มต่างๆ (อ้างอิงจาก คู่มือการให้บริการปรึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและติดตามปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด : EAC)



3. การตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด
4. การส่งตรวจดีเอ็นเอ
5. การปรับเปลี่ยนสูตรยา

### กิจกรรมแนะนำการแก้ปัญหาการคงอยู่ในระบบ

กิจกรรม	สิ่งที่ควรมี	ตัวชี้วัดความสำเร็จ
การจัดเก็บข้อมูลสำคัญ	<input type="checkbox"/> การจัดทำข้อมูล Baseline เพื่อค้นหาจุดที่ทำให้เกิดช่องว่าง <input type="checkbox"/> ทบทวนข้อมูลปีที่ผ่านมา ทุก visit HN, Date visit, Date VL testing, VL, %Adherence <input type="checkbox"/> สรุปข้อมูล Baseline	มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบสามารถสะท้อนผลลัพธ์
ค้นหาปัญหา	<input type="checkbox"/> จัดทำ Flow การให้บริการ <input type="checkbox"/> ผลการวิเคราะห์กระบวนการแต่ละกระบวนการปัญหาคืออะไร จะปรับปรุงอะไร	ผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับบริการที่ปลอดภัย
ออกแบบกิจกรรม	<input type="checkbox"/> เขียนประเด็นกิจกรรมที่จะปรับปรุงและการวัดผลกิจกรรมนั้น	เอกสาร What who when
ปฏิบัติ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการและจัดเก็บข้อมูล	มีข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลที่สามารถติดตามได้
ผลการปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> สรุปผลเป็นรายวัน/รายสัปดาห์/รายเดือน/ไตรมาส	การทำ CQI จากการปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
	<input type="checkbox"/> นำเสนอ CQI ทุกไตรมาส	

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
Check เป็นการทวนสอบข้อมูลที่สำคัญในการดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยประเด็นการกินยาสม่ำเสมอ จนมีผลให้กดไวรัสได้สำเร็จ	สถานการณ์ของผู้ป่วยในประเด็นของวินัยการกินยา (Adherence )ของผู้ป่วยในคลินิก และการตรวจ VL	<u>Adherence</u> 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มี Adherence ดี (Adherence >95%) 2. มีการนำข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบวิเคราะห์หรือไม่ได้แก่ adherence กับ VL result และ Drug resistant และนำมาพัฒนาคุณภาพหรือไม่อย่างไร 3. ความครอบคลุมของการส่งตรวจหาปริมาณไวรัส จำแนกผู้ติดเชื้อที่เริ่มยาใหม่ และ รับประทาน 12 เดือน	1. การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลจากการประเมิน adherence ภาพรวม 2. การทบทวนผล ข้อมูล adherence โดยทวนสอบความสัมพันธ์กับ VL suppression และ Drug resistance 3. วิธีการจัดเก็บและรายงานผล VL	1. ผู้ให้บริการได้เรียนรู้ความสำคัญของการจัดเก็บข้อมูล 2. ได้มาทบทวนวัตถุประสงค์วิธีการจัดเก็บข้อมูล Adherence และการนำไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ให้บริการได้ประโยชน์สูงสุด 3. แนวทางการเก็บข้อมูล Adherence ที่นำมาใช้ได้จริง 4. ระบบการส่งตรวจและรายงานผล VL
ข้อเสนอแนะ	<p>1. การใช้ประโยชน์รายบุคคลแก้ปัญหาได้ทันที แต่ในภาพรวมถ้าจำแนกรายกลุ่ม สิทธิ สูตรยา จำนวนเม็ดยา วิธีการกินยา ช่วงเวลาในการรักษาของผู้ป่วย หรือคุณลักษณะที่สำคัญอื่นๆ จะสามารถนำมาวางแผน ปรับปรุงระบบการบริการในแต่ละกลุ่มผู้ป่วยได้</p> <p>2. วางแผนการตรวจหาปริมาณไวรัสอย่างไรในกลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่เริ่มยา (สุ่มเฉพาะเข็ญ 1-2 ราย) เนื่องจากการตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ในกลุ่มเริ่มที่เริ่มยาใหม่ ในช่วง 3-6 เดือนหลังเริ่มยาต้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>แพทย์ที่ทำการรักษา</li> <li>ผลการประเมิน Adherence</li> </ol> <p>ทั้งนี้เนื่องจากเป็นข้อกำหนดการตรวจ VL ของ สปสช. ในรายใหม่ ให้ตรวจได้ 2 ครั้งภายใน 1 ปี (ตามแนวทางประเทศฯ) ใน รพ.เอกชน ให้ศึกษาการ reimbursement จากประกันสังคม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ค่าตรวจ CD4 ครั้งละ 500 บ. ปีละไม่เกิน 1,000 บ.</li> </ul>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ค่าตรวจหาปริมาณไวรัส ครั้งละ 2,500 บ. ปีละไม่เกิน 5,000 บ.</li> <li>• ค่าตรวจหาเชื้อดื้อยา ครั้งละ 8,500 บ./ปี</li> </ul> <p>วัตถุประสงค์ของการพิจารณาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ในรายใหม่เพื่อพิจารณาการตอบสนองของยาและในรายเก่าเพื่อพิจารณาการดื้อยา ความเสี่ยงของการไม่ได้รับการตรวจ กรณีมาตามนัด เช่น ผล adherence &lt; 95% เลื่อนวันนัดไป ทำให้พลาดการตรวจเลือดไป</p>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่าง การเยี่ยม		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ หรือมีแต่มีการจัดเก็บไม่สม่ำเสมอ</li> <li>2. มีแยกการประเมินโดยวิชาชีพต่างๆ แยกการจัดเก็บข้อมูลโดยวิชาชีพต่างๆ แต่ไม่มีการนำมาสรุป วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์ข้อมูลร่วมกัน</li> <li>3. การลงข้อมูลใน NAP เป็นข้อมูลที่ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้จริง ขาดการตรวจสอบความถูกต้อง</li> </ol>		
Do เป็นการทวนสอบ การทำงานในประเด็น ของกิจกรรมการส่งเสริม วินัยการกินยาของผู้ป่วย ว่ามีการทำอะไร อย่างไร	3 P ของการประเมิน Adherence ใครเป็นคนทำ ทำอย่างไร ผลเป็นอย่างไร	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีใครเป็นผู้ประเมิน Adherence บ้าง</li> <li>2. แต่ละคนมีวัตถุประสงค์ในการประเมินอย่างไร</li> <li>3. มีวิธีการประเมินทำอย่างไร (การนับเม็ดยา นับจำนวนครั้งของการขาดยา สอบถามพูดคุยกะประมาณการ )</li> <li>4. Adherence เป็นอย่างไร และได้บันทึกไว้ที่ไหน</li> <li>5. ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ ของ adherence และผลการตรวจหาปริมาณไวรัส ในกระแสเลือด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบันทึกข้อมูลรายบุคคล(ส่ม เวชระเบียนมา 1-3 ราย)และในภาพรวม</li> <li>2. การนำ ข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบวิเคราะห์ ได้แก่ ผล adherence กับ VL result และ Drug resistant</li> <li>3. จำนวน/ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด</li> <li>4. สุ่มเวชระเบียนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เริ่มยาต้านเกิน 3 เดือนมาเพื่อดูการวางแผนการตรวจหาการติดเชื้อไวรัส</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่ได้ทบทวนและเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการประเมิน Adherence (3P)</li> <li>2. แนวทางการส่งตรวจและความเสี่ยงที่ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการตรวจ</li> </ol>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
		<p>เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าผล Adherence นำเชื่อถือหรือนำไปใช้ประโยชน์ได้</p> <p>6. ที่ผ่านมามีเทคนิคในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวินัยการกินยาอย่างไร ได้ผลเป็นอย่างไร มีอะไรที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้น</p> <p>7. วิธีการจัดเก็บข้อมูล เช่น logbook electronic</p> <p>8. มีการวิเคราะห์ และนำไปใช้ประโยชน์หรือไม่ อย่างไร</p> <p><u>Viral Load and result</u> แยกเป็น 2 กลุ่มคือ เริ่มยาใหม่ และ รับยามากกว่า 12 เดือน</p> <p>1. มีแนวทางการตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือดอย่างไร และได้ตรวจทุกคนหรือไม่</p> <p>2. มีระบบการนัดผู้ติดเชื้อมารับการตรวจหาปริมาณไวรัสอย่างไร มีผู้ติดเชื้อไม่มาตามนัดหรือไม่</p> <p>3. การส่งตรวจอย่างไร</p>	<p>5. ระยะเวลาและวิธีการรายงานผล</p> <p>6. จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง DR</p>	

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
		a. ความถี่ของการส่งตรวจ b. ส่งตรวจที่ไหน c. ความเสี่ยงที่ผู้ติดเชื้อจะไม่ได้รับ การตรวจและแนวทางการ จัดการส่งตรวจกรณีไม่ตรงนัด 4. การรายงานผลอย่างไร 5. มีระบบการดูรายงานผลอย่างไร ที่ ทำให้ทีมสหวิชาชีพ หรือ ผู้เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ทันเวลา ในการตัดสินใจให้การดูแลรักษา ต่อเนื่อง 6. ในกรณีผล VL>1,000 มีแนวทาง ปฏิบัติอย่างไร มีการเฝ้าระวังหรือ ป้องกันความเสี่ยง (ล่าช้าในการส่ง ตรวจ DR หรือ ล่าช้าในการ ปรับเปลี่ยนสูตรยา) อย่างไร 7. รายงานผล DR ทันเวลาต่อการ ปรับเปลี่ยนสูตรยาหรือไม่ แพทย์ สามารถให้การวินิจฉัยและวางแผน แผนการรักษาได้ทันเวลา (มี แนวทางกำหนดหรือไม่ว่าควรกี่วัน)		

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
		8. กรณีมีการปรับเปลี่ยนสูตรยา รพ.มีแนวทางปฏิบัติอย่างไร สามารถจ่ายยาได้เอง ยามีหรือไม่ หรือต้องส่งต่อ รพ.แม่ข่าย		
ข้อเสนอแนะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ประเมินควรรู้วัตถุประสงค์ของการประเมินและการจัดเก็บข้อมูล adherence ทั้งรายบุคคลและภาพรวม ในทุกขั้นตอน เช่น การบันทึกในระบบ NAP การบันทึกในระบบเวชระเบียน เป็นต้น</li> <li>2. ผู้เยี่ยมชนผู้ปฏิบัติงานเรียนรู้เรื่องความเชื่อมโยงของ 3P- SIPOC ในกระบวนการต่างๆ ของ Adherence ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการประเมิน adherence และนำไปสู่การทำ CQI</li> </ol>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเยี่ยม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จากการเยี่ยมพบว่าต่างคนต่างเก็บ ไม่มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน</li> <li>2. จากการเยี่ยมพบว่าไม่นำผลการประเมินไปใช้ในเชิงป้องกัน</li> <li>3. มีการส่ง DR โดยไม่คำนึงถึงผล Adherence (ส่ง DR ทันทีเมื่อ VL&gt;1,000) ทำให้มีการส่ง DR เกินความจำเป็น สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ดังนั้นควรส่ง DR เมื่อมั่นใจว่าผู้ติดเชื้อได้กินยาอย่างสม่ำเสมอจริง</li> <li>4. แนวทางการปฏิบัติในเรื่องการปรับเปลี่ยนสูตรยา ของกองทุนประกันสังคม พบว่า ในบางพื้นที่ยังไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ ต้องขออนุมัติการปรับเปลี่ยนสูตรยาจากผู้เชี่ยวชาญส่วนกลางทำให้เกิดความล่าช้า ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ติดเชื้อได้ยาทันเวลา และ ปลอดภัย</li> </ol>			
ACT เป็นการนำผลที่ได้จากการอภิปรายร่วมกัน มาสรุปหาแนวทางปรับปรุงพัฒนาต่อไป	ได้ประเด็นในการที่จะนำไปปรับปรุงในประเด็น <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การส่งเสริมวินัยการกินยา</li> <li>2. การตรวจหาปริมาณไวรัส</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ใน 4 ประเด็น มีขั้นตอนหรือกระบวนการใด ที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Purpose)</li> <li>2. ในประเด็นตามข้อ 1 จะแก้ปัญหาอย่างไร (Process)</li> </ol>	ใช้ข้อมูลผลการดำเนินงานในขั้นตอนก่อนหน้านี้ที่มีช่องว่างระหว่างเป้าหมาย (Goal)และสถานการณ์จริง (Reality)มาประกอบ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้ประเด็น ที่เป็นโอกาสพัฒนาการดูแลผู้ติดเชื้อให้มีวินัยการกินยาที่ดี ซึ่งจะทำให้มีการกดปริมาณไวรัสจนไม่สามารถแพร่เชื้อได้</li> <li>2. การเรียนรู้วิธีการทำ CQI</li> </ol>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
	3. การตรวจหาเชื้อดื้อยา 4. การเปลี่ยนสูตรยา หรือสิ่งดี ๆ ที่จะนำไปขยาย ผลต่อ	3. สรุประเด็นและวางแนวทางการ ปรับปรุงแก้ไข ซึ่งอาจมีหลาย ทางเลือก ควรเลือกแนวทางที่ สามารถทำได้เร็ว และมีผลกระทบ ในเชิงกว้าง เพื่อทำ PDCA (CQI ต่อไป)		
ข้อเสนอแนะ	<p>ใช้ GROW Model ในการโค้ช  <u>วินัยการกินยา</u>  วิธีการประเมิน (เชื่อถือได้ ถูกต้องเป็นความจริง)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ใช้วิธีการ (นับเม็ดยา ให้ผู้ป่วยประเมินการกินยา ให้คะแนนการกินยา/ความถูกต้องของการกินยาด้วยตนเอง) และเทคนิคอะไร ที่จะ ทำให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้เป็นความจริงในทิศทางเดียวกับผลลัพธ์ ดังนั้นควรสอบถามผู้ป่วยว่ารู้หรือไม่ในวัตถุประสงค์ของการ ประเมิน ทำไปเพื่ออะไร การบอกความจริงผู้ป่วยได้ประโยชน์อะไร หรือไม่บอกความจริงเกิดผลเสียอย่างไร นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่ ควรรู้วัตถุประสงค์และเข้าใจการประเมินวินัยการกินยาของผู้ป่วย</li> <li>การกำหนดบทบาทของสหสาขาวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วยใหม่/ ผู้ป่วยดื้อยา การให้ข้อมูลขณะเริ่มยาใหม่ เป็นต้น ใครจะเป็นผู้ประเมิน เพื่อ ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้และลดความซ้ำซ้อน</li> <li>การใช้เทคนิคต่างๆในการประเมิน Adherence ได้แก่ สัมภาษณ์ ให้คะแนนตัวเอง นับเม็ดยา โดยใช้การผสมผสาน</li> <li>หาแนวทาง/วิธีการ และ ออกแบบระบบคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ <b>เครื่องมือ EAC</b></li> </ol> <p>วิธีการส่งเสริมวินัยการกินยา (ผู้ป่วยมีวินัยการกินยา)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เสนอการใช้ประโยชน์จาก Differentiated care Model ในเรื่องการจัดกลุ่มผู้ป่วย</li> <li>การจัดบริการเรื่องการส่งเสริมวินัยการกินยา (EAC) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพโดยผ่านการอบรม EAC แล้วนำมาปรับปรุงการ จัดบริการ มีการใช้เครื่องมือ (Flipchart) ที่เป็นปัจจุบัน</li> </ol> <p>การจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์และใช้ประโยชน์ (บอกผลลัพธ์ได้)</p>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดเก็บข้อมูลทั้งรายบุคคล และภาพรวม ให้ชัดเจน</li> <li>การวางระบบการใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกัน</li> </ol> <u>VL suppression</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>ตรวจไวรัส (ตรวจทุกราย)</li> <li>ตรวจดีเอนเอ (เมื่อมีวินัยการกินยาดี VL &gt; 1,000)</li> <li>ปรับเปลี่ยนสูตรยา (การปรับเปลี่ยนสูตรยาในเวลาที่เหมาะสม)</li> </ol>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเยี่ยม	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจบทบาทของตนเองและวิธีการส่งเสริมวินัยการกินยา คิดว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเอง</li> <li>การไม่มีเวลาในการแก้ปัญหารายบุคคล</li> </ol>			
Plan	ให้มีการนำสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ และสรุปในขั้นตอนของการทบทวน Act มาวางแผนการดำเนินงานในรอบต่อไป	1. กำหนด เขียนกิจกรรม ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบที่สามารถทำได้จริง โดยใช้ตาราง What (ทำอะไร) who (ใครทำ) when (ทำเมื่อไร)	กำหนดข้อมูลที่ต้องจัดเก็บตามแผน/กิจกรรม ที่กำหนดไว้ เพื่อใช้ในการติดตาม	แผน/กิจกรรมที่เป็นไปได้จริงตามหลัก 3P ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>● Purpose</li> <li>● Process <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Process Owner</li> <li>○ Process Customer</li> </ul> </li> <li>● Performance</li> </ul>
ข้อเสนอแนะ	ใช้คำถาม 3P-SIPOC ในทุกๆ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผน โดยทั่วไปแล้วถ้าผู้ปฏิบัติรู้เข้าใจเป้าหมายในการให้บริการแล้วจะสามารถ คิด กระบวนการ ผู้รับผลงาน และการวัดผลกิจกรรมนั้นๆ ได้เองภายใต้บริบทของหน่วยงาน			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเยี่ยม				



## ไค้ชการพัฒนาคุณภาพการลดตีตราและเลือกปฏิบัติ

### คำอธิบาย :

**การตีตรา** หมายถึง เป็นกระบวนการทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความคิดและความเชื่อ ที่เชื่อมโยงปัญหาทางกาย (การมีเชื้อเอชไอวีและป่วยด้วยโรคเอดส์) เข้ากับพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลนั้นแบ่งแยกหรือถูกกีดกันออกไปจากคนกลุ่มใหญ่ในสังคม (Self-Stigma) ทั้งที่เกิดจากตนเอง หรือ ถูกกระทำจากบุคคลอื่น

**การเลือกปฏิบัติ** หมายถึง การงดเว้นกระทำการหรือการกำหนดปฏิบัติการที่แม้จะมีได้มุ่งหมายให้เป็นการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลโดยตรง แต่ผลการกระทำนั้น ทำให้ต้องเสียสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ หรือมีผลกระทบต่อสิทธิหรือประโยชน์อันชอบด้วยกฎหมาย ของบุคคลใดในลักษณะที่แตกต่างไปจากผู้อื่น อันเป็นผลหรือเกี่ยวเนื่องมาจากการตีตรา

**ทีมนำด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติ** หมายถึง ทีมที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อน เชื่อมโยง การแก้ปัญหาด้าน การตีตราและเลือกปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ โดยการนำวิสัยทัศน์และนโยบาย มาสู่แผนงานและการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งมีการติดตาม ประเมินผล ปรับปรุง ให้เป็นไปตามเป้าหมาย และรายงานผลสู่ทีมบริหาร/ผู้นำสูงสุดของโรงพยาบาล ซึ่งทีมนี้อาจเป็นทีมใหม่ ทีมนำด้านเอชไอวี หรือทีมนำคุณภาพด้านอื่นๆ โดยขึ้นอยู่กับบริบทของโรงพยาบาล

ชุดดำเนินงาน 3x4 หมายถึง ชุดบริการเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจาก S&D ที่ให้สถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล ดำเนินงานประกอบด้วย คณะกรรมการเพื่อสร้างความเข้าใจและลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ มีหน้าที่ กำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล และมีการประชุมติดตามความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานทุก 3-4 เดือน โรงพยาบาลแต่งตั้งหรือมีทีมคณะทำงาน/ทีมแชมป์เปี้ยน เพื่อทำหน้าที่ในการดำเนินงาน 3 มาตรการ ได้แก่



1) มาตรการเชื่อมประสานระหว่างสถานบริการสุขภาพกับชุมชน ที่มีกิจกรรมในประเด็นของ กลไกคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด โดยเน้นในเรื่องการส่งต่อและรับเรื่องร้องเรียนต่างๆ เชื่อมประสานกับสถานบริการสุขภาพ และการมีกิจกรรมร่วมกับชุมชน ผู้รับบริการ และ ประชากรหลักในการรับฟังความคิดเห็น การเสริมสร้างพลัง และ ลดการตีตราตนเอง (Self Stigma)

- 2) มาตรการเชิงโครงสร้าง/ระบบ ให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อปรับจัดระบบ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นและการวัด วิเคราะห์เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม การจัดทำแผนปฏิบัติการของสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล การจัดประชุมกรณีศึกษาเพื่อปรับปรุงระบบบริการ/การทำงาน การกำหนดแนวปฏิบัติเรื่องเอดส์ในที่ทำงาน และการให้บริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ เพื่อให้มาตรการนี้มีประสิทธิภาพ ให้มีการประชุมทีมน้อยๆ ทุก 2-3 เดือน
- 3) มาตรการเชิงบุคคล จัดให้มีกิจกรรมการเรียนรู้รายบุคคล โดย การจัดอบรมสร้างความเข้าใจเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึงการทบทวนแนวปฏิบัติ การจัดอบรมกลุ่มเล็กเฉพาะเรื่องหรือเฉพาะกลุ่ม (บางแผนก) การอบรมหรือฟื้นฟู การอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ และการเรียนรู้ผ่าน E-learning

#### เครื่องมือในการติดตามและประเมินการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

**หมายถึง** เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อทราบสถานการณ์ทราบสถานการณ์พื้นฐานก่อนเริ่มโครงการ ข้อมูลจะช่วยชี้จุดที่เป็นประเด็นปัญหาเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นตัวช่วยระหว่างการจัดกิจกรรม ติดตามความก้าวหน้าระหว่างการดำเนินงาน ใช้เป็นข้อมูลในการประเมินความสำเร็จของงาน ช่วยให้เห็นโอกาสในการปรับปรุงการทำงาน พัฒนาระบบบริการและ เป็นเครื่องมือสำหรับการรณรงค์เชิงนโยบายต่อผู้บริหาร ออกแบบมาเพื่อทราบสถานการณ์ของแต่ละสถานพยาบาล โดยสำรวจใน 2 กลุ่ม คือบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล และผู้ป่วยเอชไอวี ซึ่งแบ่งการสำรวจ 3 ระยะ คือ ก่อนดำเนินการ (ทราบสถานการณ์เบื้องต้นชี้จุดเน้นสำหรับหารองกิจกรรมเฉพาะ) ระหว่างดำเนินการ (ติดตามการเปลี่ยนแปลงชี้จุดที่ควรเน้นเพิ่มเติมในการดำเนินการ ระยะต่อไป) และสิ้นสุดโครงการ (ประเมินผลสำเร็จของการดำเนินการ ร่วมกับการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ % first CD4<200 , % Retention 12 เดือน, และ % Undetectable viral load) โดยคำถามในแบบสอบถามครอบคลุมประเด็นสำคัญๆ ที่ต้องทราบไว้แล้ว เป็นการนำระบบ IT ที่ทันสมัยมาใช้ เก็บข้อมูลด้วย smartphone, tablet, หรือ PC ผ่านทาง internet และวิเคราะห์ผล ช่วยให้ทราบผลการสำรวจทันที และสามารถนำผลไปใช้ประโยชน์อย่างทันทีทันใด

#### E-Learning

**หมายถึง** หลักสูตร การส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ (S & D E-Learning) <http://203.157.41.116/> เป็นหลักสูตรอบรมออนไลน์ที่ใช้โปรแกรมอย่างง่ายที่จะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์และกลุ่มประชากรหลักในหน่วยบริการสุขภาพ กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กะเทย ผู้ใช้สารเสพติด พนักงานบริการทางเพศ และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ผลลัพธ์ของการเรียนรู้ ผู้เรียนสามารถบอกได้ถึงผลกระทบที่เกิดจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักในหน่วยบริการสุขภาพ บอกความหมายของการตีตราและระบุสาเหตุของการตีตราและเลือกปฏิบัติ ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วยหลักการ QOR และ บอกแนวทางการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบคลุม (Universal precaution/Standard precaution) โดยกลุ่มเป้าหมาย และระยะเวลาในการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้ใช้เวลาประมาณ 1 ชม.10 นาที สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประมาณ 60 นาทีสำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนบริการ

## วัตถุประสงค์การโค้ช :

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถพัฒนาระบบบริการไม่ให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D) เป็นปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ตั้งแต่ตรวจเลือดหาการติดเชื้อ เอชไอวี ทราบผลเลือด เริ่มยาต้านไวรัส จนถึงติดตามการดูแลรักษาต่อเนื่อง

## ตัวชี้วัดของกิจกรรม :

1. มีนโยบาย และแผนงาน/กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ
2. สามารถระบุประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีผลกระทบกับกลยุทธ์ RRTTR หรือ 95-95-95
3. มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ของการตีตราและเลือกปฏิบัติตามบริบทและปัญหาของโรงพยาบาล
4. มีการแสดงผลลัพธ์ ของ 95-95-95 ที่เกิดจากการพัฒนาคุณภาพด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติ

## ขั้นตอนการโค้ช :

1. การค้นหาข้อมูลเบื้องต้น : ร่วมกันทีมโรงพยาบาล โดยการทบทวนกิจกรรมและข้อมูล (แบบประเมินผู้รับบริการและผู้ให้บริการ กลยุทธ์3x4 ผลลัพธ์การประเมินองค์กรห่วงใยใส่ใจเอ็ดส์) ที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติที่ผ่านมา ตามรอยหน่วยงาน และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง
2. พบทีมบริหารโรงพยาบาล : การพบผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลเพื่อทำความเข้าใจ นโยบายการตีตราและเลือกปฏิบัติของประเทศ และ พิจารณาบริบทของโรงพยาบาลเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ นโยบาย และเป้าหมายของโรงพยาบาล ให้เป็นไปเพื่อการยุติปัญหาเอ็ดส์
3. พบทีมนำด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติ : เพื่อสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนในโรงพยาบาล และทิศทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
4. พบทีมผู้ปฏิบัติงาน : เพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติของหน่วยงาน และการทำ CQI

## ตัวอย่างการโค้ช :

ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลนำเสนอ

- การประเมิน Baseline- Endline
- ผลของการทำ Training ทุกเรื่องที่โรงพยาบาลดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมาย ( เจ้าหน้าที่ หรือ/และ ผู้รับบริการ จนท.)

ขั้นตอนที่ 2 โค้ชแสดงตัวอย่างกิจกรรมที่ รพ.ทำเชื่อมโยงกับ 3 x4 package อยู่ตรงไหน

ขั้นตอนที่ 3 ให้โรงพยาบาลหา GAP ที่เหลือของ Package (โค้ช ใช้ GROW Model โดยใช้ 3 x4 package เป็นเนื้อหาในการเดินเรื่อง)

- สิ่งที่ยังไม่ได้ทำใน ถาุมกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ใน ทำอะไรในแต่ละข้อ
- ประเมินผลสำเร็จของการดำเนินการ ร่วมกับการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ % first CD4<200 , % Retention 12 เดือน, และ % Undetectable viral load

ขั้นตอนที่ 4 โค้ชนำเสนอโยงเข้ากับ 95-95-95 และ/หรือ Baseline- Endline

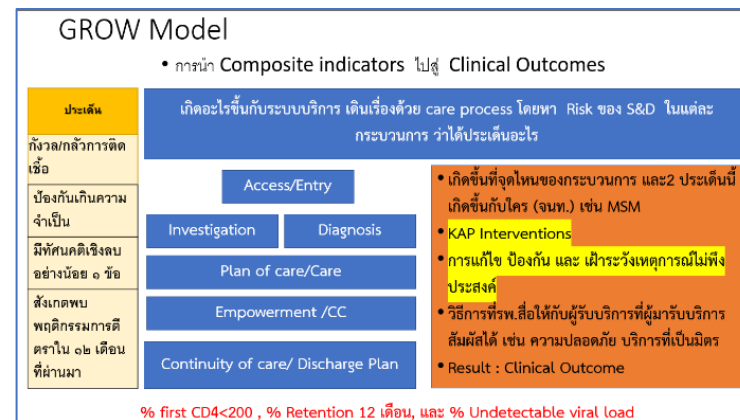
ขั้นตอนที่ 5 โค้ชสรุป แนวคิด, 3 x4 package

**คำถาม**

• ในประเด็น Composite indicators ถ้าเรากับประเด็นไหนที่จะนำไปสู่ ผลลัพธ์เชิง Clinical

	Data Type		P value
	Baseline	Endline	
กังวลกลัวการติดเชื้อ	80.7%	59.0%	$\chi^2=93.18, P=0.000$
ป้องกันเกินความจำเป็น	67.4%	38.8%	$\chi^2=108.93, P=0.000$
มีทัศนคติเชิงลบอย่างน้อย ๑ ข้อ	85.4%	64.5%	$\chi^2=125.41, P=0.000$
สังเกตพบพฤติกรรมมารติตราใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา	15.2%	12.4%	$\chi^2=3.64, P=0.032$

% first CD4<200 , % Retention 12 เดือน, และ % Undetectable viral load



ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
การค้นหาข้อมูลเบื้องต้น	เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นและบริบทของโรงพยาบาลในประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นำผลสำรวจการประเมินด้าน S&amp;D ที่โรงพยาบาลเคยทำ มาโยงเข้ากับเป้าหมาย 95-95-95</li> <li>2. ปัญหาของ S&amp;D มีอะไรบ้าง (รวบรวมปัญหา S&amp;D ใน บริบทของ รพ. เช่น ผลการประเมินหนังสือร้องเรียน การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ)</li> <li>3. ประเด็นปัญหาอะไรที่มีผลกระทบต่อกลยุทธ์ RRTRR และเป้าหมาย 95-95-95 (วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องและส่งผลถึงเป้าหมายการยุติปัญหาเอ็ดส์และ 95-95-95)</li> <li>4. ประเมินกิจกรรมที่มีโอกาสเกิด S&amp;D และตั้งมุมมองผู้ให้บริการผู้รับบริการ และ ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ <ol style="list-style-type: none"> <li>a. พิจารณา Flow การให้บริการแต่ละจุดบริการ</li> <li>b. พิจารณาว่าในแต่ละจุดบริการมี S&amp;D ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่</li> </ol> </li> </ol>	<p>พิจารณาข้อมูลดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานที่ดูแลในแต่ละกลยุทธ์ RRTRR</li> <li>● Cascade 95-95-95</li> <li>● ผลสำรวจการประเมินด้านS&amp;D ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>● ผลการประเมินภายหลังการจัดอบรมด้านS&amp;D</li> <li>● ขั้ร้องเรียนต่างๆ</li> <li>● รายงานอุบัติการณ์ต่างๆ</li> </ul>	สามารถระบุปัญหา ขั้นตอนผลลัพธ์ และหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
		<p>หรือไม่ เคยมีการป้องกัน/แก้ไขอย่างไร</p> <p>c. จำนวนเจ้าหน้าที่ บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องในแต่ละจุด</p> <p>d. มีการประเมินเรื่อง S&amp;D กับเจ้าหน้าที่ในข้อ C ในประเด็นใดบ้างและผลเป็นอย่างไร มีการแก้ไขอย่างไร</p> <p>e. ท่านคิดว่าตัวเอง หน่วยงาน หรือโรงพยาบาลควรมีบทบาทอย่างไรในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในรายปัญหา และภาพรวมของการติดตามและเลือกปฏิบัติ</p>		
ข้อเสนอแนะ	<p>1) โค้ชศึกษาแบบคำถาม และ ข้อเสนอของการประเมิน</p> <p>2) โค้ชสรุปผลสำรวจการประเมินด้าน S&amp;D ที่โรงพยาบาลเคยทำ โยงเข้ากับเป้าหมาย 95-95-95 อภิปรายร่วมกับโรงพยาบาล</p> <p>3) (ทางเลือก) ให้ทีมโรงพยาบาลสรุปจากการค้นหาข้อมูลเบื้องต้น โดยคัดเลือกข้อมูล ประเด็นสำคัญในเรื่อง S&amp;D ที่มีผลกระทบต่อการยุติปัญหาเอดส์ เพื่อเตรียมนำเสนอทีมบริหารโรงพยาบาลโดยพิจารณาจาก</p>			

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ขนาดของปัญหามีผลกระทบในวงกว้าง ได้แก่ ผู้ป่วย และ ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล เช่น การลดจำนวนการใช้ถุงมือที่ไม่จำเป็นทำให้ค่าใช้จ่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ การขาดนัดทำให้โรงพยาบาลอาจได้รับค่าชดเชยจาก สปสช.ลดลง การพบผู้ติดเชื้อป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีโอกาสทำให้ภาพพจน์ในการดูแลผู้ป่วยไม่มีคุณภาพ</li> <li>นำเสนอผลลัพธ์จากการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ และ ผู้ป่วย จากแบบประเมินตามกลยุทธ์ 3x4 เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายทีมในโรงพยาบาล โดยมีผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าต้องอาศัยการสนับสนุนจากระดับบริหารในเชิงนโยบาย การสั่งการ</li> </ul>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเรียนรู้	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานเกี่ยวกับ S&amp;D มานานเท่าไร พบประเด็นปัญหาอะไรบ้าง และแก้ปัญหาอะไรบ้าง เหลืออะไรอีกบ้างที่ยังไม่ได้ทำ</li> <li>2. ทีมนำทางธรรมชาติคือคนทำงาน HIV ที่เป็นเจ้าของปัญหาเช่น ทบทวนคนไข้ที่ขาดนัด พบ CD4&lt;100 พร้อมกับทำแบบสอบถามผู้ป่วยทำไมขาดนัด ทำไมมาไม่ตรงนัด</li> <li>3. ปัญหาของผู้รับบริการที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการบริการ เช่น การขาดนัด การทบทวนความรู้เรื่อง HIV เบื้องต้น พบว่า เจ้าหน้าที่ไม่รู้ เช่น ช่องทางการติดต่อ ทำให้เกิด S&amp;D ตัวอย่างเช่น แพทย์เลือกไม่ตรวจคนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น</li> <li>4. การให้ความรู้โดยให้แพทย์ในโรงพยาบาลเป็น วิทยากร</li> <li>5. โรงพยาบาลสามารถพัฒนาแบบสอบถามของตนเองภายใต้ปัญหาและบริบทของโรงพยาบาลทำให้ แปรความได้ตรงกับปัญหาของโรงพยาบาล</li> <li>6. ผลการประเมินส่วนใหญ่พบว่ากังวลเมื่อเจาะเลือด ทำแผล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอาจต้องสวมถุงมือสองชั้น</li> <li>7. S&amp;D แทรกอยู่ในทุกขั้นตอนของการให้บริการ และ กระบวนการใดบ้าง</li> </ol>			
พบทีมบริหารโรงพยาบาล	ทำความเข้าใจด้านนโยบายกับระดับทีมนำ หรือทีมบริหาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ปัญหาของ S&amp;D มีอะไรบ้าง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● รวบรวมปัญหา S&amp;D ใน บริบทของ รพ. เช่น ผลการประเมิน</li> </ul>	รพ.กำหนด นโยบาย S&D ที่สอดคล้องกับทิศทางของประเทศ มีการกำหนดกลยุทธ์



ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
		<ul style="list-style-type: none"> <li>ประเด็นปัญหาอะไรที่มีผลกระทบต่อ กลยุทธ์ RRTTR และ เป้าหมาย 95-95-95</li> <li>ในการแก้ปัญหาดังกล่าว ควรมี วิสัยทัศน์ นโยบายระดับ รพ. อย่างไรบ้าง</li> </ul>	<p>หนังสือร้องเรียน การสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องและ ส่งผลถึงเป้าหมายการยุติปัญหา เอตส์และ 95-95-95</li> </ul>	และผู้รับผิดชอบ/ ทีมนำด้านการติดตามและเลือกปฏิบัติ
<b>ข้อเสนอแนะ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ทีมโรงพยาบาลนำเสนอผลสรุปจากการค้นหาข้อมูลเบื้องต้น โดยคัดเลือกข้อมูล ประเด็นสำคัญในเรื่อง S&amp;D ที่มีผลกระทบต่อ การยุติ ปัญหาเอตส์</li> <li>2. นโยบายเอชไอวีและมีเรื่องการติดตามและการเลือกปฏิบัติประมาณ 2 ข้อ ติดไว้ทุกแห่ง และเขียนไว้ชัดเจนกรณีพบเห็นให้สามารถติดต่อ โทรศัพท แจ้ง..... เช่น การนำข้อมูล แสดงกิริยาที่รังเกียจผู้ป่วย มีการกำหนดระเบียบการลงโทษ</li> </ol>			
<b>ตัวอย่างที่พบใน ระหว่างการเยี่ยม</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเด็นสำคัญของ S&amp;D ที่ส่งผลให้ผู้บริหารให้ความสนใจ</li> <li>2. ทศนคติของเจ้าหน้าที่ที่มาจากความไม่รู้ ความกลัว (Over Protection เปรียบเทียบออกมาให้เห็นเป็นตัวเงิน ใช้ถุงมือสองชั้น/ใช้ถุงมือ ชั้นเดียว)</li> </ol>			
ทีมนำด้านการติดตามและ เลือกปฏิบัติ	รู้ เข้าใจ บทบาท และ ทิศทางในการดำเนินงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ทีมนำควรประกอบด้วยใคร มี หน้าที่ อะไร และกำหนดบทบาทที่ ชัดเจน</li> <li>● วางระบบการสื่อสารเป้าหมายและ วิสัยทัศน์ สู่การปฏิบัติอย่างไร</li> <li>● มีการกำหนดแผนงาน กิจกรรม อะไร และมีการสื่อสารให้เกิดการ ปฏิบัติอย่างไร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนงาน</li> <li>● ผลสำรวจต่างๆ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ S&amp;D</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● นำวิสัยทัศน์ กลยุทธ์สู่การ ปฏิบัติ</li> <li>● วาง เป้าหมาย และ ระยะเวลาที่ชัดเจน</li> <li>● กำหนดแผนงานและวิธี ปฏิบัติ</li> </ul>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
		<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการกำหนดการติดตาม ตัวชี้วัด และการประเมินผลอย่างไร</li> <li>มีการวางแผนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำ CQI ของ S&amp;D อย่างไร</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>ติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของงานบริการ</li> <li>รายงานผลงาน ความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค และเสนอแนะแนวทางแก้ไขแก่ทีมบริหาร</li> </ul>
ข้อเสนอแนะ				<ol style="list-style-type: none"> <li>ทีมงานจะเกิดการเปลี่ยนแปลงให้มีผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามาทุกแผนกเมื่อผู้บริหารโรงพยาบาลมีนโยบายและทิศทางชัดเจน</li> <li>การสร้างทีมงานจากผู้ปฏิบัติ ที่มองเห็นปัญหา S&amp;D และสื่อสารถึงผู้บริหารกำหนด นโยบาย ทิศทางการทำงาน ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง มีตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตามที่ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของหน่วยงาน ชุมชนแต่ละจุดที่พบปัญหา</li> <li>มีความเข้าใจการยุติปัญหาเอดส์ ต้องเป็นการนำ 3 Zero เชื่อมโยงกับ 95-95-95</li> </ol>
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเยี่ยม				<ol style="list-style-type: none"> <li>ถ้าโรงพยาบาลขอการรับรองเฉพาะรายโรค เรื่องของ S&amp;D จะเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมงาน</li> <li>ตัวอย่างปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ S&amp;D ของโรงพยาบาลที่นำไปสู่การกำหนดนโยบาย : <ul style="list-style-type: none"> <li>ปัญหาจากเจ้าหน้าที่ : ความตระหนัก ทักษะคนดี ความกลัว การเข้าถึงผลเลือดของผู้รับบริการ (การรักษาความลับ) ที่ส่งผลต่อความยุ่งยากในการดูแลรักษา การเยี่ยมบ้าน/การโทรติดตาม/การส่ง Message เตือนการกลับมาใช้บริการต่อเนื่อง</li> <li>การออกแบบระบบบริการ : สิ่งแวดล้อม ชุมชน</li> <li>การรักษาความลับที่มีผลต่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง โดยใช้เรื่องของจรรยาบรรณวิชาชีพเข้ามากำกับเกี่ยวข้องในการดูแลรักษา</li> <li>การตรวจเลือดเพิ่มขึ้นในชุมชน/ ในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญและการให้บริการตามบทบาทหน้าที่ของแผนกต่างๆ</li> <li>เยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อรายใหม่ OI ปัญหาที่ซับซ้อน ได้โดยแผนกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมเยี่ยมบ้านของงานอนามัยชุมชน</li> <li>ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน มี setting ที่แตกต่างกันอย่างไร ในจุดบริการและเจ้าหน้าที่</li> </ul> </li> </ol>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
ทีมผู้ปฏิบัติงาน	รู้ เข้าใจขอบเขตของ หน่วยงาน บทบาทของ ตนเอง ในการดำเนินงาน ด้าน S&D ที่สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปัญหาของ S&amp;D มีอะไรบ้าง</li> <li>2. ประเด็นปัญหาอะไรที่มีผลกระทบต่อ กลยุทธ์ RRTTR และ เป้าหมาย 95-95-95</li> <li>3. ประเมินกิจกรรมที่มีโอกาสเกิด S&amp;D และตั้งมุมมองผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และ ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ <ol style="list-style-type: none"> <li>a. พิจารณา Flow การให้บริการ แต่ละจุดบริการ</li> <li>b. พิจารณาว่าในแต่ละจุดบริการมี S&amp;D ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่/ สิ่งแวดล้อม หรือไม่ เคยมีการ ป้องกัน/แก้ไขอย่างไร</li> <li>c. จำนวนเจ้าหน้าที่ บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องในแต่ละจุด</li> <li>d. มีการประเมินเรื่อง S&amp;D กับ เจ้าหน้าที่ในข้อ C ในประเด็น ไตบ้างและผลเป็นอย่างไร มี การแก้ไขอย่างไร</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รวบรวมปัญหา S&amp;D ใน บริบท ของ รพ. เช่น ผลการประเมิน หนังสือร้องเรียน การสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ</li> <li>2. วิเคราะห์ ประเด็นปัญหาที่ เกี่ยวข้องและส่งผลถึงเป้าหมาย การยุติปัญหาเอดส์และ 95-95-95)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รู้ปัญหาและ บทบาทในเชิง แก้ไขและป้องกัน</li> <li>2. มีแนวคิดและความสามารถ ในการทำ CQI ในประเด็น สำคัญที่มีผลกระทบต่อ การยุติปัญหาเอดส์ และ 95-95-95</li> </ol>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
		3. สรุปปัญหา S&D ของหน่วยงานที่สำคัญ เพื่อเลือกมาทำการพัฒนา (CQI)		
ข้อเสนอแนะ	<p>Approach ทีมผู้ปฏิบัติงานให้เข้าใจปัญหา S&amp;D ด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การวิเคราะห์ความเสี่ยงและความรู้สึกปลอดภัย เช่น มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะไม่เข้าสู่บริการจากการที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตนเข้าสู่บริการแล้วจะไม่รับยา รับยาแล้วแต่ไม่มีวินัยการกินยา</li> <li>2. 90-3 ตัวอย่าง การรับยาของผู้ป่วยแต่ละครั้งมีความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่ หรือจุดบริการไหนบ้างที่ทำให้เกิด S&amp;D เช่น การชำระเงินหลังการรับบริการ มีความเสี่ยงหรือไม่ทั้งกรณีเจ้าหน้าที่แสดง หรือ ผู้ป่วยรู้สึกเอง และ รพ. มีแนวทางการป้องกันอย่างไร เช่นการนัดยาหน้าห้องยา การมีการตรวจสอบวินัยการกินยาที่หน้าห้องยา เป็นต้น</li> <li>3. โค้ชต้องมีความรู้ความเข้าใจในการชวนใช้คำถามเพื่อนำไปสู่ RCA</li> </ol> <p><b>คำถามที่ค้นหาประเด็นการโค้ช เช่น</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตีตราและเลือกปฏิบัติที่ผู้ติดเชื้อพบคืออะไร ถ้ามีการสำรวจ ประเด็นที่เกี่ยวข้องจะมีผลการประเมินอย่างไร หรือถ้ามีประเด็น S&amp;D ที่เกี่ยวข้องคืออะไร ชวนคัดเลือหรือจัดลำดับความสำคัญเพื่อนำเสนอผู้บริหาร</li> <li>2. ในแต่ละประเด็นของ S&amp;D ที่คัดเลือกมาเพื่อพัฒนาคุณภาพ มีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดกี่คน และมีทัศนคติ ต่อ S&amp;D อย่างไร</li> <li>3. ข้อจำกัด นโยบายของโรงพยาบาลหรือพื้นที่ที่ไม่สอดคล้องกับของประเทศ (จำกัดสิทธิการตรวจเฉพาะพื้นที่) มีหรือไม่ คืออะไร</li> </ol>			
ตัวอย่างที่พบในระหว่างการเยี่ยม	<p><b>ตัวอย่างกิจกรรมสำคัญ:</b> การใช้คลิป การทำแบบสำรวจ โปสเตอร์ติดนโยบายด้านเอชไอวีที่มีประเด็น S&amp;D</p> <p>การทำงานในชุมชนโดยใช้กิจกรรม และการประเมินความรู้ : ค้นหาประเด็นของชุมชน เช่น การถูกออกจากงานจากการมีผลเลือดบวก (ลูกบิดสามสี) ชุมชนไม่ให้ผู้ติดเชื้ออาศัยในชุมชน (ประเมินความรู้ชุมชน และ ให้ความรู้ในชุมชนร่วมกับ อบต อปท อย่างสม่ำเสมอเมื่อผู้ติดเชื้อได้รับผลกระทบ (50-100 คน/ หมู่บ้าน) แกนนำผู้ติดเชื้อในทุกชุมชนช่วยเฝ้าระวังในชุมชนประเด็นการตีตรา</p> <p>การเปิดพื้นที่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขายสินค้า</p>			

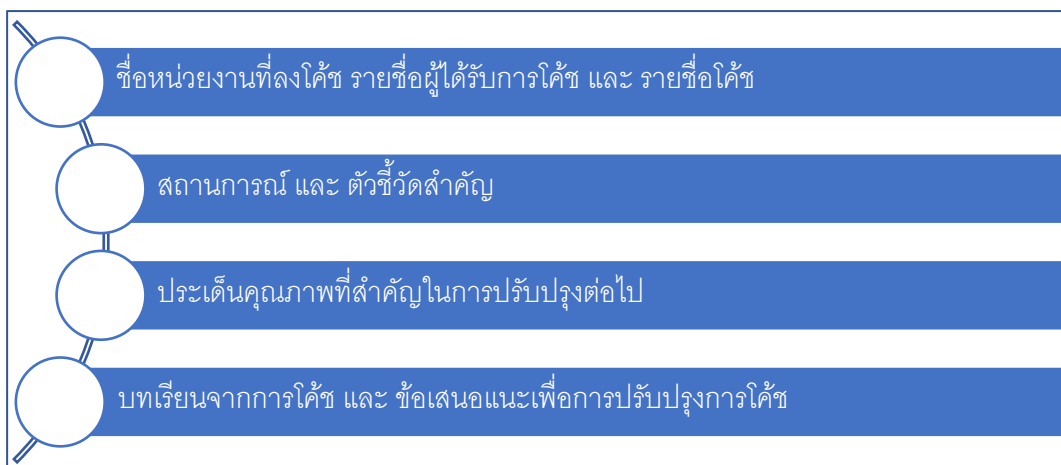
ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
				<p><i>ตัวอย่างข้อมูลสำคัญที่สามารถนำมาเป็นจุดเริ่มต้นในการโค้ช เช่น</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• จากการประเมินหรือเก็บข้อมูลผู้รับบริการ พบว่า 34% ของผู้ป่วยที่ไม่มาโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติของแผนกผู้ป่วยนอก</li> <li>• การขาดความรู้ทำให้เกิดความกลัว ส่งผลให้เกิดการป้องกันตนเองเกินความจำเป็น</li> <li>• การใช้ VL monitoring ในเรื่องของการ empowerment และการเปิดเผยผลเลือดของผู้ติดเชื้อมีกับคนอื่นๆ เพื่อช่วยในเรื่องของการไม่ขาดนัดและการกินยาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการลดการตีตรา</li> </ul> <p><i>ตัวอย่างขั้นตอนการดำเนินงานในแผนกผู้ป่วยนอก</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการกำหนดนโยบาย และตัวชี้วัด เช่น Opt-Out ตรวจสอบทุกที่ ตรวจสอบทุกรายทุกคนไม่จำกัดสิทธิ กำหนดให้การตรวจเอชไอวีเป็น Standing Order</li> <li>2. การประชาสัมพันธ์ เชิญชวนตรวจเลือด สั้น กระชับ เข้าใจง่าย แคเดินผ่านก็รู้แล้วได้ใจความ</li> <li>3. จุดประชาสัมพันธ์ คำพูดที่ควรพูด เช่น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนี้ตรวจเลือดทุกคนแล้ว (Normalization) รพ.ตระหนักในความกังวลของผู้รับบริการโดยเฉพาะในเรื่องการรักษาความลับ ทศนคติดต่อผู้ติดเชื้อ และได้เตรียมความพร้อมในเรื่องนี้ไว้แล้ว ผู้ที่มีผลเลือดบวกเจอทั่วไปในทุกวิชาชีพ การตรวจเลือดที่มีแนวทางการปฏิบัติเช่นเดียวกันกับการตรวจเลือดอื่นๆ เจ้าหน้าที่ได้สื่อสารผู้รับบริการจะส่งผลระยะยาวต่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นต้น</li> <li>4. ห้องบัตร</li> <li>5. ห้องให้การปรึกษา ผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันดีมากคือการใช้ชีวิตได้ตามปกติเมื่อรับประทานยาได้ต่อเนื่องตรงเวลาจนสามารถงดไวรัสในกระแสเลือดได้สำเร็จ (U=U) ซึ่งดีกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ไตวาย มะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น</li> <li>6. เจาะเลือด ห้อง LAB</li> </ol>

ขั้นตอน	ผลลัพธ์	ประเด็นการโค้ช: ด้านบริการ	ประเด็นการโค้ช: ด้านข้อมูล (ควรไปดูข้อมูลอะไรบ้าง)	ผลการโค้ช
				<p>7. การแจ้งผลเลือด มีระบบบริการที่สนับสนุนให้ผู้รับบริการกลับมาฟังผลเลือดและสู่การรักษา : มีประเด็นที่ทำให้เกิดการตีตรา เช่น การได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ไม่เข้าใจสิทธิ</p> <p><b>การแสดงของเจ้าหน้าที่ที่แสดงถึงการไม่มี S&amp;D</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กำหนดจุดบริการการขอตรวจเอชไอวีที่ชัดเจน</li> <li>2. มีการสำรวจ S&amp;D เป็น ปีละครั้ง พบว่ามีบางประเด็นที่ตัวเลข swing จะให้ประเด็นนั้นเป็นตัว monitor</li> <li>3. การ empowerment หรือให้การปรึกษากับผู้ติดเชื้อที่มีประเด็น Self-Stigma เป็นรายๆ ไป</li> <li>4. จุดบริการต่างๆ ใน รพ. มีความเข้าใจในบริการของเอชไอวีเพิ่มขึ้น เช่น การเริ่มยาเร็วในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (Same day ART)</li> </ol> <p><b>ผลลัพธ์ของการไม่มี S&amp;D คือ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาจากที่อื่นๆ มาใช้บริการเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มข้าราชการ กลุ่มที่ไม่เปิดเผยตนเอง</li> <li>2. ประกาศสมัครงานให้โอกาสผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการคัดเลือกเป็นลำดับแรก</li> <li>3. การพบผู้ติดเชื้อเร็วขึ้น CD4 สูง</li> <li>4. Met 95-95-95</li> <li>5. อปท รพสต ผู้ติดเชื้ออยู่ร่วมกันได้ เช่น ผู้ติดเชื้อเป็น อสม. ทำงานในหน่วยงานท้องถิ่น</li> </ol>

## บทที่ 4 การเขียนรายงาน และ เครื่องมือการติดตามการไค้ช

การเขียนรายงานการไค้ชเป็นส่วนประกอบสำคัญของการไค้ชที่จะแสดงให้เห็นถึง สถานการณ์ของการไค้ช/การดำเนินงานของหน่วยงาน ประเด็นสำคัญที่ไค้ช เทคนิคการไค้ช ข้อเสนอแนะของไค้ช แผนการไค้ชในครั้งต่อไป และความท้าทายในการไค้ช ซึ่งไค้ชสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานและพัฒนาปรับปรุงในครั้งต่อไป

องค์ประกอบของการเขียนรายงานประกอบด้วย



รายละเอียด ขอบเขตในการเขียนแต่ละหัวข้อ

1. สถานการณ์ และตัวชี้วัดสำคัญ: เป็นการเขียนที่แสดงให้เห็นถึงภาพรวมและโครงการสร้างของหน่วยบริการหรืองานที่เราทำการไค้ช โดยเริ่มจาก
  - a. ผลลัพธ์ ข้อมูลของหน่วยงานหรืองานนั้นๆ ว่าเป็นอย่างไร
  - b. หน่วยงานหรืองานนั้นมีเป้าหมายอะไร เช่น คลินิกยาด้านไวรัส มีเป้าหมายอะไร หรืองานให้การศึกษา(VCT) มีเป้าหมายอะไร ขึ้นอยู่กับการไค้ชในครั้งนั้นว่าเป็นการไค้ชหน่วยงานหรืองาน/ประเด็น
  - c. จากผลลัพธ์ ปัญหาคืออะไร โดยบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน (ที่เราทำการไค้ช) เพื่อแก้ปัญหานี้ มีอะไรบ้าง
  - d. ทิศทางการพัฒนาควรทำอย่างไร
2. ประเด็นคุณภาพที่จะปรับปรุง มีอะไรบ้าง (ไค้ช ชักชวนให้หน่วยงาน อภิปรายประเด็นคุณภาพที่จะปรับปรุง และเขียน 3P และ SIPOC ไว้ที่หน่วยงาน)  
ประเด็นคุณภาพ/เป้าหมาย .....

ผู้เกี่ยวข้อง/หน่วยสนับสนุน	ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต	ลูกค้า
Stakeholders/Supplies	Input	Process	Output	Customer
		กระบวนการที่ 1		
		กระบวนการที่ 2		
		กระบวนการที่ 3		

โดยใช้คำถาม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

คำถาม	ตัวอย่าง
<b>ประเด็นคุณภาพ/เป้าหมาย</b>	ผู้ที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกทุกรายได้รับการลงทะเบียนที่คลินิกยาต้านไวรัส
1. ต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (หา Process)	กระบวนการที่ 1 การลงทะเบียนที่หน่วยลงทะเบียน ARV
2. สิ่งที่ต้องทำมีใครเกี่ยวข้อง (หา Stakeholders)	ห้อง LAB
3. ห้อง LAB ต้องทำอะไรบ้างและอย่างไรที่จะทำให้ผลเลือดที่positive ถูกส่งมายังหน่วยลงทะเบียน ARV ทุก ราย และ หน่วยลงทะเบียนมีความพึงพอใจกับการส่งมอบ (หา Input)	ห้อง LAB ต้องแจ้งผลเลือดที่positive มายัง ARV คลินิกทุกราย โดยหน่วยลงทะเบียน ARV ควรปรึกษาร่วมกับห้อง LAB กำหนดคุณลักษณะ รายงานผลเลือดที่จะต้องส่งมายังหน่วยลงทะเบียนฯ เช่น HN ชื่อ นามสกุล หน่วยงานที่ส่งตรวจ วัน/เวลาที่ส่งตรวจและรายงานผล เป็นต้น
4. กระบวนการ	หน่วยลงทะเบียนติดตามให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาลงทะเบียน
5. ผลผลิต หรือผลลัพธ์ จากกระบวนการ ที่ได้จากการที่มีข้อมูลรายงานเข้ามา	หน่วยลงทะเบียน สามารถติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีในรายงานทุกรายมาลงทะเบียนที่คลินิก ARV
6. ลูกค้าคือใคร	หน่วยลงทะเบียน

การร่วมกัน วิเคราะห์ ออกแบบ และเขียนกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และ มีการติดตามผลการดำเนินงานได้ สิ่งที่ได้ควรนำมาเขียนในรายงานคือ

1. ประเด็นคุณภาพสำคัญที่ค้นพบคืออะไร
2. หัวข้อที่จะทำการปรับปรุงในครั้งนี่คืออะไร
3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน และระยะเวลา
4. สรุปการดำเนินงานปรับปรุงคุณภาพ ให้อยู่ในหัวข้อ ใคร ทำอะไร เมื่อไร



ตัวอย่าง :

รายงานการโค้ช งานบริการให้การปรึกษา HIV (VCT)  
โรงพยาบาลXXXX จังหวัดXXXX วันที่ 29 มีนาคม 2561

### รายชื่อ และโค้ช

ผู้รับการโค้ช/ตำแหน่ง/แผนก	โค้ช

จากการศึกษาข้อมูลและทบทวนเอกสารของโรงพยาบาล การสัมภาษณ์ทีม และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับระบบงานบริการให้การปรึกษา ขอสรุปประเด็นสำคัญเพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนา ดังนี้

VCT :

### สถานการณ์

โรงพยาบาลมีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการในปี 2560 เฉพาะในหน่วยบริการที่มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 380,319 ราย (ER,Med,Surg,Ortho) พบว่า มีการให้การปรึกษา 9,395 ราย (2%)และตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี 9,088 ราย( 96.73%) ซึ่งพบผลเลือดติดเชื้อเอชไอวี 237 ราย( 2.6%) ทั้งหมดได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา อย่างไรก็ตามเมื่อแบ่งตามกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ยังไม่มีกลุ่มเสี่ยงกลุ่มใดได้รับการ VCT และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ถึง 90% (สไลด์ประกอบการบรรยาย)

**ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ** มีหน่วยบริการที่สามารถให้ VCT ได้ในหลายๆ แผนกแต่ยังไม่มีกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนส่งผลให้ความครอบคลุมยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

“ความครอบคลุมของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการ VCT”

### ตัวชี้วัดที่สำคัญ

ตัวชี้วัดหลักที่ 1 ร้อยละ90 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวชี้วัดหลักที่ 2 ร้อยละ 90 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี

ตัวชี้วัดหลักที่ 3 ร้อยละของผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปีที่ประเมิน ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา

### สรุปผลการโค้ช

What	Who	When
1. กำหนดกลุ่มเสี่ยงของโรงพยาบาลให้ชัดเจน	คุณ..... เป็นหัวหน้าทีมร่วมกับทีมงานป้องกัน และงาน OPD	แจ้งผลสรุปคำจำกัดความของกลุ่มเสี่ยงในวันประชุมประจำเดือน เม.ย. 61 ของทีม PCT Med
2. ทีมนำควรทบทวนกระบวนการติดตามและประเมินผล	คุณ..... ตัวแทนทีมนำ คัดเลือกทีมและวางแผนในการทบทวนฯ	นำเสนอรายชื่อทีมทบทวนและแผนการทบทวน ให้ทีม

What	Who	When
กระบวนการ VCT ในทุกจุดบริการ เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงเพื่อเพิ่มครอบคลุม และกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานนั้นๆ	คุณ.....เป็นหัวหน้าทีมในการทบทวนฯ ดำเนินการทบทวนกระบวนการติดตาม และประเมินผล VCT ในทุกจุดบริการ	นำในการประชุมประจำเดือน เม.ย. 61  นำเสนอผลการทบทวน ให้ทีม นำในการประชุมประจำเดือน พ.ค. 61
3. ออกแบบรายงานที่สนับสนุนการติดตามผลลัพธ์ของการทำงาน	คุณ.....งาน VCT ร่วมกับ คุณ.....งานสารสนเทศ	นำเสนอตัวอย่างรายงาน ให้ทีม นำ ในการ ประชุม ประจำเดือน เม.ย. 61

### แผนการโค้ชครั้งต่อไป

ติดตามการก้าวหน้าของการดำเนินงานร่วมกับศูนย์คุณภาพฯ ของโรงพยาบาลจากการประชุมที่มนำ โดย teleconference

### สิ่งดีๆ ตัวอย่างที่ดีจากการทำงาน (ถ้ามี)

.....

.....

.....

### บทเรียนและ ความท้าทายจากการโค้ช

1. โค้ชสามารถใช้กระบวนการโค้ชงานให้ผู้รับการโค้ชสามารถ“ค้นหาทางออกได้ด้วยตนเอง”
2. โค้ชสามารถชักชวน สนับสนุนให้ผู้รับการโค้ชสามารถค้นหาประเด็นความเสี่ยงของหน่วยงานได้ด้วยตนเอง
3. ความสามารถของโค้ชในการโค้ชผู้นำสูงสุดของโรงพยาบาลให้มีเป้าหมายและทิศทางของงาน VCT ในโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการโค้ช (ถ้ามี)

.....

.....

.....

**รายชื่อผู้ร่วมจัดทำคู่มือ**  
**การโค้ชการพัฒนาคุณภาพงานด้านการดูแลรักษาเอชไอวีเฉพาะกิจกรรมสำคัญ**

**ที่ปรึกษา**

นายแพทย์อนุวัฒน์	ศุภชุตีกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพฯ
แพทย์หญิงรวิวรรณ	หาญสุทธิเวชกุล	นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพฯ
นายแพทย์อร่าม	ลิ้มตระกูล	นักวิชาการอิสระ ที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพฯ
แพทย์หญิงรังสิมา	โล่เลขา	ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข

**คณะผู้เรียบเรียง**

1. นางชลลดา	นันทวิสัย	ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข
2. นางสาวรวรรณ	ไผ่กระโทก	ศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐฯ ด้านสาธารณสุข
3. นางสาวลาวัลย์	สันติชินกุล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค