**1. การพัฒนาคุณภาพและเครือข่ายระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในรพศ.สกลนคร**

**2. สรุปผลงานโดยย่อ**

การริเริ่มดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รพศ.สกลนคร ตั้งแต่ปี 2555 จัดระบบการดูแลครอบคลุมทุกช่วงวัยแบบ one stop service ตั้งแต่แรกคลอด(ที่คลินิกสานสัมพันธ์) วัยเด็กและวัยรุ่น(คลินิกยาต้านไวรัสเด็ก) วัยผู้ใหญ่และเมื่อตั้งครรภ์(คลินิกยาต้านไวรัสผู้ใหญ่) วิเคราะห์โอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยใช้การเทียบเคียงระดับคุณภาพตัวชี้วัดกับโปรแกรม HIV&PedHIV-QUAL-T กำหนดกิจกรรมการพัฒนาพร้อมเป้าหมายในแต่ละกระบวนการ Input Process Output/Outcome ใช้รูปแบบพัฒนาด้วยวงล้อคุณภาพ PDSA ภายหลังการพัฒนาต่อเนื่อง พบแนวโน้มที่ดีเข้าใกล้เป้าหมายผลลัพธ์ที่กำหนด กล่าวคือ จำนวนการผ่านเกณฑ์ของตัวชี้วัดหลัก(12ตัว)ที่คลินิกยาต้านฯผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น จากเดิมจำนวนการผ่านเกณฑ์ 7 ตัว ร้อยละ 58.33 ปี 2557 เพิ่มเป็น 9 ตัว คิดเป็นร้อยละ 75 ได้แก่ อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เดิมร้อยละ 63.4 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.3 รายที่ผลผิดปกติส่งรักษาต่อครบถ้วน อัตราการดื้อยา เดิมร้อยละ4.4 ลดลงเหลือร้อยละ 3.7 ค่ามัธยฐานCD4เมื่อเริ่มยาต้านฯ จากเดิมเท่ากับ 44 cell/mm3 ปรับสูงขึ้นเท่ากับ 139 cell/mm3 และจำนวนการผ่านเกณฑ์ของตัวชี้วัดหลัก(16ตัว)ที่คลินิกยาต้านฯเด็ก เพิ่มขึ้น จากเดิมจำนวนการผ่านเกณฑ์ 13 ตัว ร้อยละ 81.25 ปี 2557 เพิ่มเป็น 14 ตัว คิดเป็นร้อยละ 87.5 ได้แก่ อัตราการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อในเด็กอายุ 13 ปีขึ้นไป เดิมร้อยละ 28.5 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96 อัตราการดื้อยาในเด็ก เดิมร้อยละ 16.7 ลดลงเหลือร้อยละ 8.3 อัตราการตรวจคัดกรองPCRครบ 2 ครั้งภายใน 5 เดือนหลังเด็กคลอดจากมารดาติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 100 ไม่พบการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ความพึงพอใจต่อการบริการทุกคลินิกมากกว่าร้อยละ 85 เป็นไปตามเป้าหมาย

**3. เป้าหมาย**

3.1 จำนวนการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดหลัก(12ตัว)ที่คลินิกยาต้านฯผู้ใหญ่ มากกว่าร้อยละ 80

3.2 จำนวนการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดหลัก(16ตัว)ที่คลินิกยาต้านฯเด็ก มากกว่าร้อยละ 85

3.3 อัตราการเกิด VL failure ไม่เกินร้อยละ 5 และมีอัตราที่ลดลง

3.4 อัตราการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อในเด็กอายุ 13 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 90

3.5 อัตราความครบถ้วนของการตรวจPCR ในเด็กอายุไม่เกิน 5 เดือน ร้อยละ 100

3.6 อัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก เท่ากับ 0

3.7 ความพึงพอใจต่อการบริการ มากกว่าร้อยละ 85

**4. ปัญหาและสาเหตุ**

รพศ.สกลนคร ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตั้งแต่ ปี 2547 ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ(one stop service)โดยทีมสหสาขาร่วมกันวางระบบบริการ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่ไม่มีข้อมูลเชิงเปรียบเทียบเป้าหมายตัวชี้วัดว่าต้องอัตราเท่าไรที่เรียกว่าผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ ส่วนใหญ่จะเน้นที่ความพึงพอใจการบริการ เมื่อใช้โปรแกรม HIV&PedHIV-QUAL-T สามารถวิเคราะห์ผลลัพธ์การบริการชัดเจนว่าต้องแก้ไขปรับปรุงเรื่องใด

ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนครเป็นแม่ข่ายบริการระดับจังหวัด รับจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยในเขตและการรับส่งต่อมารักษา ในช่วงปี 2555 พบปัญหาบ่อยในด้านบริหารจัดการ ได้แก่ ไม่มีศูนย์กลางของการเชื่อมต่อ สืบค้นประวัติการรักษาเดิมของผู้ป่วย แพทย์ผู้ดูแลรักษาไม่ทราบข้อมูลสำคัญการรักษา และผู้ป่วยหลายรายไม่เปิดเผยข้อมูลเจ็บป่วยของตนให้ทีมรักษาทราบผู้ป่วยที่ผลเลือดเอชไอวีเป็นบวก ไม่ได้รับการส่งปรึกษาดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงระบบบริการ หลายครั้งที่พบว่าส่งตรวจCD4 Vl ซ้ำซ้อน ส่งตรวจซ้ำในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยเสียสิทธิในการตรวจเนื่องจากไม่มีศูนย์กลางการตรวจสอบข้อมูล ด้านคุณภาพบริการก็เช่นกัน เมื่อเทียบเคียงคุณภาพกับโปรแกรม HIV&PedHIV-QUAL-Tพบว่าตัวชี้วัดหลายตัวไม่เคยเก็บข้อมูลมาก่อน หลายตัวระดับคุณภาพต่ำกว่าเป้าหมาย

จึงเป็นความสำคัญที่ รพศ.สกลนคร จัดทำโครงการพัฒนาให้เกิดเครือข่ายบริการและพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพสูงขึ้น ดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน โดยใช้แนวคิดการพัฒนาระบบ Input Process Outcome ด้วยวงล้อการพัฒนา PDSA

**5. การเปลี่ยนแปลง/ กิจกรรมการพัฒนา**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ระดับ | โครงการย่อย(Plan) กิจกรรมการพัฒนา | กิจกรรมการพัฒนา(Plan&Do) |
| Input | 1.โครงการสร้างเครือข่ายการดูแลภายใน รพ. และเครือข่ายการดูแลระดับภายในจังหวัดสกลนคร  2. โครงการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิชาการอบรม เป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา จัดดูงานรูปแบบคลินิกบริการในเด็ก(ได้รับสนับสนุนงบจากสำนักโรคเอดส์ฯ)  3. กำหนดเป้าหมายพัฒนาคุณภาพโดยใช้โปรแกรม HIV&PedHIV-QUAL-T และล่าสุดจาก NAP+ | 1.กำหนดศูนย์กลางเครือข่ายการดูแลแบบสหสาขาต่อเนื่อง /เครือข่ายพยาบาลผู้ให้การปรึกษาในโรงพยาบาล จัดทำคำสั่งคณะทำงานด้านเอดส์ รพ.สกลนครและเครือข่ายพัฒนาคุณภาพบริการปรึกษาสุขภาพ จัดทำแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์  2.ร่วมประชุมและศึกษาดูงานการจัดบริการฯ ที่รพ.ศรีนครินทร์ และ รพ.ชุมแพ ขอนแก่น ใน ปี 2555  3.ประชุมวิชาการ “การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์”เป้าหมาย ทีมสหสาขาที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง“ในปี 2555 และทบทวนแนวทางการดูแลแบบสหสาขาภายในโรงพยาบาลสกลนคร ปีละ 1 ครั้ง ตั้งแต่ปี 2555-2557  4. อบรมฟื้นฟูทักษะการปรึกษาทางสุขภาพและการปรึกษาด้านเอดส์ สำหรับเครือข่ายพยาบาลให้การปรึกษาในโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่องทุกปีตั้งแต่ ปี 2555-2557  5.การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายพยาบาลฯ ทุก 3 เดือน การประชุมปรึกษาในทีมสหสาขาคลินิกเด็ก ล่วงหน้าก่อนวันบริการคลินิกยาต้านฯเด็กทุกเดือนเพื่อเตรียมพร้อมบริการ  6. ทำแนวทางการส่งต่อข้อมูลการดูแลระหว่างโรงพยาบาลภายในจังหวัด (ข้อมูลเพื่อปรึกษา AIDS Expert มีความครบถ้วนตรงตามความต้องการ และการส่งปรึกษาโดยผู้ป่วยไม่ต้องมาเอง)  7.จัดทำแฟ้มเอกสารรายบุคคลของผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการประสานสืบค้นข้อมูลการรักษาเดิม/การส่งต่อ/ลดการสูญหายของข้อมูล  8.ฝึกทักษะการใช้โปรแกรม HIV&PedHIV-QUAL-T และล่าสุดจาก NAP+ |
| Process | 1.โครงการ CQI ส่งเสริมความสม่ำเสมอการกินยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่  2.โครงการCQI เพิ่มการได้รับคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้ป่วยหญิง    3.โครงการ CQI นำ Best Practice Fully Disclosure มาใช้ ในเด็ก อายุ 13 ปีขึ้นไป  เพื่อเตรียมพร้อมผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเข้าสู่คลินิกยาต้านผู้ใหญ่  4.โครงการCQI ที่คลินิกสานสัมพันธ์(ดูแลทารกหลังคลอดจากมารดา/บิดาที่ติดเชื้อเอชไอวี)ได้รับการติดตามคัดกรองภาวะการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก จนถึงอายุ 18 เดือน | 1.1คลินิกยาต้านฯผู้ใหญ่เพิ่มบริการเป็นสัปดาห์ละ 2 วันและจำแนกกลุ่มเป็น  -วันจันทร์: กลุ่มผู้ป่วยที่ผล VL suppressed, โรคร่วมควบคุมได้, มาตามนัดสม่ำเสมอ, คงการใช้ยาสูตรพื้นฐาน, ไม่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา  -วันศุกร์: กลุ่มผู้ป่วยในช่วงแรกของการรับย้าย/เริ่มยาใหม่/ปรับสูตรดื้อยา/หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วย Recurrent-OI, แนวโน้มการกินยาไม่ดี VL แนวโน้มสูงขึ้น, อาการแสดงผลข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อการดูแลและการปรึกษาแบบเข้มข้นเพิ่มAdherance  1.2ให้สุขศึกษารายกลุ่มเรื่องยา การปฏิบัติและความร่วมมือของผู้ป่วยเพื่อผลการรักษาและสุขภาพที่ดี  1.3 ประเมินความสม่ำเสมอการกินยาตรงเวลาแบบ pt.self report พร้อมติดตามปัญหาอุปสรรคการกินยาทุกครั้งที่รับบริการ  2.1 ระยะก่อนตรวจจัดกลุ่มให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกทั้งผู้ป่วยหญิงและชาย(เพื่อให้สื่อสารต่อกับคู่/คู่สมรส)  2.2 ติดใบเตือนการตรวจแนบกับบัตรนัดในรายที่ครบกำหนดตรวจประจำปี พร้อมประสานส่งตรวจต่อให้ทันที  2.3 รายที่พบความผิดปกติส่งพบแพทย์ให้การรักษาต่อเนื่องทำการรักษา  3.1 ประชุมเตรียมทีมสหสาขาบริการผู้ป่วยเด็ก  3.2 ปี 2555 แบ่งเด็กเป็น 2 กลุ่มตามช่วงอายุเพื่อง่ายต่อการจัดกิจกรรมกลุ่มตามวัย  - เด็กเล็ก อายุตั้งแต่ 1-12 ปี(บริการตามปกติของคลินิก  - เด็กโต อายุ 13-19 ปีขึ้นไป( นำBest Practice Fully Disclosure จัดทำภาพพลิกประกอบในการเปิดเผยผลเลือดแก่เด็กโตพร้อมผู้ดูแล เริ่มตั้งแต่ ปี 2556-ปัจจุบัน  3.3 ติดตามผลหลังการเปิดเผยผลเลือดที่ระยะ 2 เดือน 6 เดือนในเด็กและผู้ดูแล  3.4 ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก  3.5 ประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเด็กโตถึงแนวทางการเตรียมส่งต่อวัยรุ่นอายุ 20 ปีขึ้นไป เข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ และจัดกิจกรรมเรียนรู้ทางสุขภาพ จะเริ่มดำเนินการในปี 2558  4.1 หอผู้ป่วยส่งต่อ มารดาหลังคลอดทุกรายเข้ารับการปรึกษาเพื่อดูแลต่อเนื่อง ที่งานบริการปรึกษาสุขภาพก่อนนัดเข้าคลินิกสานสัมพันธ์  4.2 รายที่นอกเขต อ.เมือง นัดติดตามดูแลจนกว่าผล PCR เป็นลบทั้งสองครั้ง จึงส่งกลับโรงพยาบาลชุมชน  4.3 จัดทำทะเบียนสรุปการส่งตรวจ/ผลตรวจPCR และ HIV-Ab ที่ 12, 18 เดือน เพื่อใช้ตรวจสอบความครบถ้วนและประเมินภาวะการติดเชื้อ  4.4 รายที่ผลบวก ติดตามทางโทรศัพท์ทันทีเพื่อการรักษา  4.5 จัดกลุ่มให้ความรู้การดูแลบุตร ความสำคัญการมาตรวจคัดกรองPCR สุขภาพและการตรวจCD4 ของมารดา/บิดา การตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด |
| Output | 1.ประเมินความพึงพอใจการจัดบริการคลินิก  2.ประเมินคุณภาพบริการโดยใช้วิธีเทียบเคียง(Benchmark)กับโปรแกรม HIV&PedHIV-QUAL-T และ NAP+ | 1 . ประเมินต่อเนื่องและเทียบเคียงผลลัพธ์ตัวชี้วัด ปีละ 1 ครั้งในทุกคลินิกบริการ |

**6. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง (Study&outcome)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เป้าหมายผลลัพธ์ | ปี 2554 | ปี 2555 | ปี 2556 | ปี 2557 |
| 1 | อัตราการดื้อยา(ทุกสิทธิ) ในคลินิกผู้ใหญ่\* | ไม่เกิน ร้อยละ 5 | 4.4 | 3.1 | 1.4 | 3.7 |
| 2 | อัตราการดื้อยา(ทุกสิทธิ) ในคลินิกยาต้านเด็ก\* | ไม่เกิน ร้อยละ 5 | NA | 16.7 | 11.5 | 8.3 |
| 3 | ค่ามัธยฐานระดับCD4ในผู้ป่วยที่เริ่มรับยาต้านฯคลินิกยาต้านผู้ใหญ่\* | แนวโน้มสูงขึ้น | NA | 44 | 23 | 139 |
| 4 | อัตราการเตรียมความพร้อมผู้ติดเชื้อเด็กและวัยรุ่นเข้าสู่ระบบบริการแบบผู้ใหญ่พร้อมเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อแก่เด็ก(เป้าหมายเด็ก อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 13 ปี ที่คลินิกยาต้านไวรัสเด็ก) | ร้อยละ 90 | 28.5 | 55.5 | 94.7 | 96.0 |
| 5 | อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้ป่วยเพศหญิงคลินิกยาต้านไวรัส | มากกว่าร้อยละ 80 | 63.4 | 67.8 ผิดปกติ 9 รายส่งรักษาครบ | 81.6 | 93.3  ผิดปกติ 12 ราย ส่งรักษาครบ |
| 6 | อัตราการตรวจPCRครบ 2 ครั้งในเด็กอายุไม่เกิน 5 เดือน | ร้อยละ 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 7 | อัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก | เท่ากับ 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | ความพึงพอใจต่อการให้บริการที่คลินิกยาต้านไวรัสผู้ใหญ่ | มากกว่าร้อยละ 85 | 85.4 | 84.8 | 86.1 | 86.6 |
| 9 | ความพึงพอใจต่อการให้บริการที่คลินิกยาต้านไวรัสเด็ก | มากกว่าร้อยละ 85 | 85.6 | 85.2 | 85.0 | 87.6 |
| 10 | ความพึงพอใจต่อการให้บริการที่คลินิกสานสัมพันธ์(ดูแลเด็กหลังคลอดจากมารดาหรือบิดาที่ติดเชื้อเอชไอวี) | มากกว่าร้อยละ 85 | NA | 88.8 | 85.7 | 89.5 |
| 11 | จำนวนการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดหลัก(12ตัว)ที่คลินิกยาต้านฯผู้ใหญ่ | มากกว่าร้อยละ 80 | NA | 58.3 | 66.7 | 75.0 |
| 12 | จำนวนการผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดหลัก(16ตัว)ที่คลินิกยาต้านฯเด็ก | มากกว่าร้อยละ 85 | NA | 81.3 | 81.3 | 87.5 |

หมายเหตุ: \* ที่มา จากผลวิเคราะห์ฐานข้อมูล NAP+ เมื่อ กค.2557

**7. บทเรียนที่ได้รับ** (สรุป เมื่อ กันยายน 2557)

* การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำงานเป็นทีมสหสาขา และสร้างเครือข่ายบริการดูแลต่อเนื่องภายในโรงพยาบาลและการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลระดับจังหวัดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพบริการดูแลรักษา
* การจัดวาระประชุมวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ทราบปัญหาอุปสรรค คาดการณ์ได้ถึงแนวโน้มประเมินความก้าวหน้า ความสำเร็จของการดำเนินงาน
* การ Benchmark คุณภาพบริการโดยอิงจากโปรแกรม HIVQUAL –T และPediatric HIVQUAL –T และล่าสุดจากโปรแกรมฐานข้อมูลNAP+ช่วยให้ทิศทางการพัฒนาสอดคล้องและตอบสนองนโยบายการดูแลรักษาด้านเอดส์ระดับประเทศ รวมถึงการนำ Best Practice ที่ได้รับการยอมรับและปรากฎในระบบสารสนเทศของส่วนกลางระดับกรมฯ มาประยุกต์ใช้ ช่วยให้การพัฒนาทำได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว นำสู่การใช้งานจริง ข้อมูลสามารถเชื่อถือได้เป็นที่ยอมรับ และรพศ.สกลนครได้พัฒนาเอกสารแนวทางการดูแลต่อเนื่องภายใน คู่มือประกอบการเปิดเผยผลเลือดในเด็ก

**อุปสรรค** : ขาดการนิเทศจากภายนอกโดยผู้นิเทศที่มีศักยภาพในการติดตามเยี่ยมระบบบริหาร และบริการ

**ข้อเสนอแนะและกิจกรรมที่จะพัฒนาคุณภาพในโอกาสต่อไป**

1. จากผลการพัฒนาตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุ คือ การเริ่มยาต้านฯ ในระดับ CD4 ที่ค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับค่ากลาง ยังต้องพัฒนาต่อเนื่อง วิเคราะห์หาช่องทางที่อาจสูญเสียผู้ป่วยออกจากระบบ ทบทวนการส่งต่อภายในเครือข่าย และประสานกันในระดับจังหวัด

2. เพิ่มการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเนื่องจากอัตราการดื้อยายังสูงมาก เพราะมีรายงานการศึกษาที่สนับสนุนว่าผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็ก เพื่อหาแนวทางสนับสนุนทางสังคมและให้เด็กยังคงอยู่ในระบบบริการ การกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. หาโอกาสพัฒนาการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชนโดยเน้นใน ระดับ รพ.สต.เครือข่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง การกินยาที่ดี และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน และที่สำคัญคือ ต้องคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยในชุมชน

4. รพศ.สกลนคร จัดบริการ same day result อยู่แล้ว จึงควรเพิ่มการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมาย 3 Zero ในประเด็น รณรงค์ปรับทัศนคติประชาชน ในการเข้าถึงการตรวจเอชไอวี(early access )ว่าเป็นเรื่องปกติที่ใครก็สามารถตรวจได้

**การติดต่อกับทีมงาน**: งานบริการปรึกษาทางสุขภาพ กลุ่มภารกิจการพยาบาล รพศ.สกลนคร โทร. 0 4271 1615 ต่อ 2318

นางทรงกลด เจริญศรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการปรึกษาทางสุขภาพและคลินิกบูรณาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี รพศ.สกลนคร อีเมล์: songsri2507@hotmail.com

นางจันทรา ทิพย์สุวรรณ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ประสานงานเอดส์ งานบริการปรึกษาทางสุขภาพและคลินิกบูรณาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี รพศ.สกลนคร

นางยุพาพร ศรีเรือง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการปรึกษาทางสุขภาพและคลินิกบูรณาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี รพศ.สกลนคร