**1. ชื่อโครงการ**  การพัฒนาแนวปฏิบัติเตรียมความพร้อมการเริ่มยาต้านไวรัสเพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอการกินยา

 ในเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

**2. สรุปผลงานโดยย่อ** การรวบรวมแนวคิด ประสบการณ์การทำงาน และหลักฐานเชิงประจักษ์ มาจัดเป็นข้อกำหนดที่เป็นระบบ ในการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ในเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อลดความหลากหลายในการปฏิบัติงาน ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน งานบริการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการรักษาในเรื่องความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (adherence) และ ระดับไวรัสในเลือด(Viral load) ผู้ใช้บริการพึงพอใจ และผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน

**3. เป้าหมาย**

* 1. เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เด็กติดเชื้อเอชวี/เอดส์ ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัส

ตามแนวทางปฏิบัติฯ มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (adherence) มากกว่า 95% ร้อยละ 80

* 1. เด็กติดเชื้อเอชวี/เอดส์ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัสตามแนวปฏิบัติฯมีระดับไวรัสใน

เลือดน้อยกว่า 50 copies/Ml ภายหลังการกินยานาน 12 เดือน มากกว่า ร้อยละ 80

* 1. บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามแนวทางปฏิบัติ ฯ ในการเตรียมความพร้อมก่อน

เริ่มยาต้านไวรัสในเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มากกว่า ร้อยละ 80

 3.4 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการมากกว่า ร้อยละ 80

**4. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ**

การศึกษาวิจัยเรื่องการรักษาล้มเหลวผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี 2551 พบว่า ผู้ป่วย มีผลการรักษาล้มเหลว ร้อยละ 23.5 วินิจฉัยเกณฑ์การรักษาล้มเหลว โดยพิจาณาจากระดับไวรัสในเลือดที่มากกว่า 1,000 copies/Ml หลังการกินยานาน 12 เดือน ปัจจัยเสี่ยงของความล้มเหลวทางการรักษาคือ ความสม่ำเสมอการกินยา (adherence) ที่น้อยกว่า ร้อยละ 95 เมื่อนำเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีผลการรักษาล้มเหลว มาทบทวนกิจกรรมการดูแลในปี 2552-2553 ทำให้พบปัญหา และความเสี่ยงสำคัญของกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ในเรื่อง สิทธิบริการตามหลักประกันสุขภาพ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับยาได้ต่อเนื่อง ที่อยู่อาศัยจริงไม่ตรงตามสำเนาทะเบียนบ้าน ทำให้ไม่สามารถติดต่อหรือติดตามเยี่ยมบ้านได้ ด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจพบปัญหาหลากหลาย เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา การมีผลเลือดต่าง บิดา/มารดามีคู่สมรสใหม่ ผู้ดูแลหลักเสียชีวิต ผู้ดูแลมีภาระมากต้องเลี้ยงดูเด็กหลายคนในบ้าน การปกปิดสภาวะการติดเชื้อ และ การถูกแบ่งแยกทางสังคม เป็นต้น ในส่วนของเจ้าหน้าที่พบปัญหา การคัดกรอง ประเมินสภาพ บันทึกข้อมูล ไม่ถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐาน ร้อยละ 52.5 เนื่องจากกิจกรรมการดูแลมีหลายกิจกรรม และผู้ปฏิบัติงานต้องดูแลโรคเรื้อรังในหลายคลินิก

**5. การเปลี่ยนแปลง/กิจกรรมการพัฒนา**

 5.1 ประชุม ทบทวน วิเคราะห์ กำหนดประเด็นปัญหาที่พบจากประสบการณ์การทำงาน และทบทวน

เวชระเบียนด้วยเครื่องมือ trigger tool เรื่องกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัส

 5.2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัส และการส่งเสริมการกินยาให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

 5.3 รวบรวมสรุปและ วิเคราะห์ปัญหาจากประสบการณ์การทำงาน การทบทวนเวชระเบียน การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน ทำได้ไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน ร้อยละ 52.5 ในเรื่องการประเมินลักษณะส่วนบุคคล และการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนกิจกรรมเปิดเผยผลเลือด และการเตรียมความพร้อมการเริ่มยาต้านไวรัส พยาบาลที่เคยได้รับการอบรมพัฒนาความรู้และทักษะ จำนวน 3 คน สามารถดำเนินกิจกรรมตามมาตรฐานได้ครบถ้วนเพียง 2 คน (ร้อยละ 66.7)

 5.4 สังเคราะห์ และ สร้างแนวปฏิบัติฯ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัส จากประสบการณ์การทำงาน วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทดสอบความเป็นไปได้และความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

 5.5 ประชุม เตรียมการ วางแผนเพื่อนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแกนนำผู้ติดเชื้อ โดยกำหนดวิธีการ รูปแบบ เนื้อหาและผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

 5.6 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้บุคลากรในคลินิก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ในมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งการประเมินผลการอบรมพบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้และเข้าใจการใช้แนวปฏิบัติ และมีการให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องการสร้างเครือข่ายการดูแลเพื่อช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจ

 5.7 ทำการศึกษา ทดลองใช้ในคลินิก ในส่วนของการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ และการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ในผู้ป่วยรายเก่า จำนวน 15 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้น เข้าใจความสำคัญของการกินยา และมีความสม่ำเสมอในการกินยาดีขึ้น ร้อยละ 100 ส่วนประเด็นการติดตามผลการรักษา พบว่า มีผู้ป่วย ร้อยละ 76.6 สามารถจดจำระดับ CD4 และ viral load ของตนเองเทียบเคียงค่าปกติ ในส่วนของเจ้าหน้าที่ พบว่า ทำงานได้เป็นระบบ มีแนวทางในการทำงานที่ทำให้เกิดความสะดวก รวดเร็วในมาตรฐานเดียวกัน และบรรยากาศการทำงานดีขึ้น

 5.8 ปรับปรุงแนวปฏิบัติและจัดทำเป็นคู่มือในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน พร้อมสร้างแบบฟอร์มการบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อให้การบันทึกข้อมูลการดูแลรักษามีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

 5.9 สรุปและวิเคราะห์ประเมินผลการใช้งาน เพื่อหาโอกาสพัฒนา ปรับปรุงให้เหมาะสมกับการใช้งาน

 5.10 เผยแพร่ และนำเสนอผลการดำเนินงาน ให้กับโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย และโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียงเพื่อนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัส .

 5.11 ทบทวนเวชระเบียน และกิจกรรมการดูแลด้วย Pediatric HIVQUAL และ trigger tool ของหน่วยงาน ดำเนินกิจกรรม pre-post conference , case conference และ ค้นหา ศึกษาแนวคิด วรรณกรรมใหม่ๆ มาปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ เพื่อให้ทันสมัยและมีความเหมาะสมเหมาะต่อการใช้งาน

**6. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง**

 6.1 เด็กติดเชื้อเอชวี/เอดส์ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัสตามแนวปฏิบัติฯ มีระดับไวรัสใน

เลือดน้อยกว่า 50 copies/Ml ภายหลังการกินยานาน 12 เดือน ในปี 2554-2556 ร้อยละ 82.4, ร้อยละ 87.5 และ

 ร้อยละ 60 ส่วนความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (adherence) พบว่า ปี 2554-2556 มี adherence มากกว่า 95% ร้อยละ 88.8, ร้อยละ 83.3และ ร้อยละ 80 ตามลำดับ



**เป้าหมาย>80%**

กราฟแสดงระดับ Viral load และ Adherence ปี 2554-2556

 **การอภิปรายผล**

1. จากกราฟในปี 2554 มีผู้ป่วยเริ่มยาใหม่ จำนวน 17 คน ผู้ป่วย 14 คน (ร้อยละ 82.4) กินยาต่อเนื่อง

สม่ำเสมอ adherence >95 % ระดับ viral load < 50 copies /Ml ผู้ป่วย 3 คน (ร้อยละ 17.6) มีadherence

< 95 % ระดับ viral load >1,000 copies/Ml ซึ่งจากการศึกษารายกรณี (case conference) อธิบายได้ ดังนี้

 - ผู้ป่วยรายที่ 1 และ 2 เป็นผู้ป่วยวัยรุ่น อายุ 12 ปี และ 13 ปี พักอาศัยอยู่ต่างอำเภอ ยายเป็นผู้ดูแลทั้งคู่

รายที่ 1 บิดา/มารดา เสียชีวิต ส่วนรายที่ 2 บิดามารดาแยกทางกันไม่ได้ดูแลผู้ป่วย ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาโรงพยาบาลได้พูดคุยให้คำปรึกษารายบุคคล และเข้ากิจกรรมกลุ่มวัยรุ่นเพื่อ empower พร้อมประสานเขตพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบปัญหาคล้ายคลึงกัน คือ พูดน้อย เก็บตัว ไม่มีเพื่อน ขาดเรียนบ่อย ไม่ชอบเรียนหนังสือ และขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วย สอดคล้องการศึกษาวิจัยในคลินิก1,2 และในหลายการศึกษา3,4,5 ที่พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสของผู้ป่วย

 - ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นผู้ป่วย Spastic CP อายุ 10 ปี ลักษณะเกร็ง แขนขางอ ปัญญาอ่อน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่งต่อจากโรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียง มารดาเป็นผู้ดูแลการกินยา ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ ทำให้ต้องบดยาก่อนป้อน หลังการกินยาผู้ป่วยจะอาเจียนบ่อยครั้ง ทำให้มารดาไม่สามารถคำนวณปริมาณยาที่สูญเสียไปจากการอาเจียนเพื่อป้อนยาซ้ำ

 2) จากกราฟในปี 2555 มีผู้ป่วยเริ่มยาใหม่ จำนวน 8 คน ผู้ป่วย 7 คน (ร้อยละ 87.5) ระดับ viral load

< 50 copies /ml ผู้ป่วยทั้ง 8 คน (ร้อยละ 100) มีadherence >95 % อธิบายได้ว่า

 - ผู้ป่วยรายนี้ มารับการรักษาและนอนโรงพยาบาลด้วย Pneumonia, TB และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลายโรค ระยะการดำเนินของโรค class C เริ่มยาอายุ 11 เดือน CD4 เริ่มยา 26 cell/mm3 / 6% สูตรยาที่ใช้คือ AZT+3TC+LPV/r มารดาดูแลการกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ แต่เนื่องจากเด็กเริ่มยาในระดับ CD4 ที่ต่ำ และ เจ็บป่วยหลายโรค เป็นไปตามการศึกษาวิจัยในคลินิก 1,5 ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ระดับ CD4 ต่ำกว่าเกณฑ์ และมีอาการแสดงของโรค (symptomatic) จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และการรักษาล้มเหลวมากกว่าเด็กที่ยังไม่มีอาการ และได้รับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์การรักษา1,5,6

1. จากกราฟในปี 2556 มีผู้ป่วยเริ่มยาใหม่ จำนวน 10 คน ผู้ป่วย 6 คน (ร้อยละ 60) มีระดับ viral

load < 50 copies /ml ผู้ป่วยมีadherence >95 % จำนวน 8 คน (ร้อยละ 80) อธิบายได้ ดังนี้

 -ผู้ป่วยรายที่ 1 มารดาให้ประวัติฝากท้องและกินยาต้านไวรัสป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกที่โรงพยาบาลชุมชน มารดามาขอรับการรักษาขณะผู้ป่วยอายุได้ 3 เดือน รักษาด้วยยาต้านฯ สูตร AZT+3TC+LPV/r เมื่ออายุ

6 เดือน หลังผล PCR positive มารดาดูแลการกินยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากต้องไปรับจ้างทำงาน เด็กจึงอยู่ในความดูแลของยาย ซึ่งมีเด็กหลายคนในบ้านที่ยายต้องดูแลเพราะเป็นบ้านเช่าอยู่รวมกันระหว่างญาติ ยายมักงดป้อนยาเมื่อเด็กงอแง/เจ็บป่วย ทีมงานได้ติดตามเยี่ยมบ้าน พูดคุย โทรศัพท์กระตุ้นเตือนการป้อนยาเด็ก และจัดหาผู้มีจิตศรัทธาผู้บริจาคตู้เย็น เพื่อใช้แช่ยา LPV/r มารดาไม่ยินยอมให้เปิดเผยผลเลือดของตนเองและบุตรให้ ยาย สามีและญาติคนอื่นๆรับรู้ และไม่ชอบให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน จึงทำให้เป็นปัญหา-อุปสรรค ต่อการส่งเสริมการกินยา เป็นไปตามหลายผลการศึกษาที่พบว่า 2,4 ปัจจัยด้านการเปิดเผยผลเลือดมีผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วย

 - ผู้ป่วยรายที่ 3 อายุ 7 เดือน ไม่มีประวัติการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ไม่มีสมุดฝากครรภ์ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นผู้ป่วยส่งต่อการรักษาจากจังหวัดใกล้เคียง เรื่อง Pneumonia เชื้อราในปากหลอดอาหาร และ Anemia Admit ICU ใส่ท่อช่วยหายใจ นอนโรงพยาบาลนาน 1 เดือน มารดาและยายดูแลการกินยาต้านไวรัส เริ่มยาต้านไวรัสขณะนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยในเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยา ภายหลังออกจากโรงพยาบาล มีการเตรียมความพร้อมและเน้นย้ำการกินยาใหม่ พร้อมประสานจังหวัดที่ส่งต่อให้ติดตามเยี่ยมบ้าน เด็กนอนโรงพยาบาลอีกหลายครั้ง ด้วยภาวะหอบ และปอดอักเสบ เด็กได้รับการป้อนยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมารดาป่วย ยายเป็นผู้ดูแล มารดาปกปิดสภาวะการติดเชื้อของเด็กและของตนเอง เนื่องจากกลัวยายเสียใจ สาเหตุการรักษาล้มเหลว ของผู้ป่วยรายนี้จึงประกอบไปด้วยหลายปัจจัย ซึงส่งผลต่อความสำเร็จของการดูแลรักษา และการใช้แนวทางปฏิบัติฯ

 - ผู้ป่วยรายที่ 3 เริ่มยาที่ อายุ 2 ปี 7 เดือน เข้ารับการรักษาและนอนโรงพยาบาลด้วย Anemia และ Pneumonia ระยะการดำเนินของโรค class B เริ่มยาที่ CD4 163 cell/mm3 สูตรยา AZT+3TC+LPV/r

มารดา/บิดา ดูแลการกินยา adherence > 95 % แต่เนื่องจากเด็กเริ่มยาในระดับ CD4 ที่ต่ำ และ เจ็บป่วยหลายโรค เป็นไปตามการศึกษาวิจัยในคลินิก1,5,6 ที่พบว่า เด็กที่มีอาการแสดงของโรค (symptomatic) และระดับ CD4 ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มักจะมีการพยากรณ์ของโรคที่เลวกว่าเด็กที่ยังไม่มีอาการ และมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการรักษาล้มเหลวมากกว่าเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์การรักษา1,5,6

* ผู้ป่วยรายที่ 4 อายุ 5 ปี 8 เดือน เป็นผู้ป่วยส่งต่อจากจังหวัดใกล้เคียง เคยมีประวัติการรักษาด้วยยา

ต้านไวรัสจากโรงพยาบาลเอกชน แต่กินยาไม่ต่อเนื่อง ภายหลังบิดามารดา เสียชีวิต มูลนิธิเอกชนเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยเริ่มยาที่รพศ. ด้วยสูตร AZT+3TC+LPV/r ไม่ได้เจาะ drug resistance ก่อนเริ่มยา ด้วยข้อกำหนดของสิทธิประโยชน์

มีเจ้าหน้าที่มูลนิธิดูแลการกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาจมีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วย มีภาวการณ์ดื้อยา จากการเคยรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่ไม่ทราบชนิดของยาที่ใช้ก่อนมาเริ่มยารพศ. เนื่องจากไม่มีประวัติการรักษา

* 1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามแนวทางปฏิบัติ ฯ ในการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่ม

ยาต้านไวรัส ความพึงพอใจในงาน ในปี 2554 ร้อยละ 50.0/81.2 ปี 2555 ร้อยละ 83.3/85.4 และ ปี 2556 ร้อยละ 83.3/91.1

 6.4 ความพึงพอใจของผู้บริการพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2554-2556 ร้อยละ 84.5, ร้อยละ 86.7 และ ร้อยละ94.5 ตามลำดับ

เป้าหมาย >80%

กราฟแสดงการปฏิบัติตามมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

 **การอภิปรายผล**

 ในปี 2554 ได้เริ่มนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อเด็ก เจ้าหน้าที่ทำงานได้รวดเร็วขึ้น แต่ยังไม่สามารถทำได้ครบถ้วนในทุกมาตรฐาน ในปี 2555 ได้เริ่มให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยตรวจทุกคน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งผู้ปฏิบัติสามารถทำได้ตามมาตรฐาน แต่ในบางกิจกรรม ได้แก่ การออกเลข nap number การเปิดเผยผลเลือด และการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยา ได้กำหนดเป็นข้อตกลงระหว่างหน่วยงาน ให้ส่งต่อพยาบาลประจำคลินิกที่ผ่านการอบรมเฉพาะสาขา

 ในปลายปี 2555 ได้มีการนำแนวปฏิบัติไปอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียง การประเมินผลการอบรมพบว่า เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจ แต่ไม่สามารถทำได้ในทุกกิจกรรมโดยเฉพาะกิจกรรมการเปิดเผยผลเลือด ส่วนในกิจกรรมอื่นๆ พบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล แต่ไม่ได้นำความรู้หรือประสบการณ์จากการทำงานมากำหนด หรือเขียนเป็นแนวปฏิบัติฯ ให้เป็นรูปธรรม

 ในส่วนของผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจในบริการ เพิ่มมากขึ้น อาจเป็นเพราะพยาบาลได้เปิดโอกาสให้พูดคุย ซักถามปัญหา และมีการเยียวยาช่วยเหลือทางสังคม แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยและญาติบางส่วนมีความไม่พึงพอใจกับการซักถามเชิงลึก การเข้าไปกระตุ้นเตือน เยี่ยมบ้าน หรือการติดตามการดูแลใกล้ชิดของเจ้าหน้าที่ อาจเป็นเพราะบุคลิกภาพที่ไม่เปิดเผย และปกปิดสภาวะการติดเชื้อ

**7. บทเรียนที่ได้รับ**

 7.1 แนวปฏิบัติฯ ในส่วนของการเปิดเผยผลเลือด และการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยา ไม่สามารถทำได้ครบถ้วน ถูกต้องตามกระบวนการและมาตรฐาน ในผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่มีปัญหาความบกพร่องทางการสื่อความหมาย และปัญหาด้านการรู้คิด (cognitive) โดยเฉพาะทางการรับรู้ (Perception) ดังนั้น อาจลดแลตัดขั้นตอน การประเมินความรู้และความเข้าใจโดยใช้เครื่องมือหรือแบบวัด แล้วปรับเปลี่ยนเป็นการพุดคุย สัมภาษณ์ ทบทวน/ย้ำความเข้าใจ ซ้ำๆแทน

* 1. ในผู้ป่วยที่สงสัยระดับสติปัญญาและการรับรู้ อาจต้องวัด IQ test ก่อน เพื่อเตรียมกิจกรรม ให้เหมาะสม

กับระดับสติปัญญาและพัฒนาการ

* 1. การปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติฯในเรื่องการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ (Disclosure) และ การเตรียม

ความพร้อมก่อนเริ่มยาฯ เป็นเรื่องที่ใช้ความรู้และทักษะเฉพาะทาง ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อบรมพัฒนา ความรู้และทักษะดังกล่าว

* 1. การนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านความรู้ ทักษะเฉพาะ

ทางและอื่นๆตามความจำเป็น เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ และให้ความร่วมมือการพัฒนางานประจำให้มีคุณภาพ

* 1. แนวปฏิบัติฯ เมื่อนำไปใช้จริงในหน่วยงาน ควรมีการประเมินกระบวนการวิจัยเชิงผลลัพธ์

(outcome research) เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสม

 7.6 การทบทวนปัญหาจากการการทำงาน การใช้ trigger tool ทบทวนเวชระเบียน การบอกเล่าพูดคุยประสบการณ์การทำงานร่วมกัน เช่น การทำ case conference, pre-post conference ตลอดจนการค้นหา ศึกษาแนวคิด วรรณกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ เป็นระยะๆ จะทำให้แนวปฏิบัติ มีความทันสมัยตามองค์ความรู้ งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นใหม่

**8. การติดต่อกับทีมงาน** นิภา ไกรเสวกวิสัย, เพียงธรรม ทวีสอน คลินิกโรคติดเชื้อเด็ก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

 โทรศัพท์ 045-244973 ต่อ 1529 opdnipa@hotmail.com

**10 เอกสารอ้างอิง**

1 ปราโมทย์ ศรีสำอางค์. การรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ HIV โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์., 2551

2 นิภา ไกรเสวกวิสัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย

 เอดส์ คลินิกโรคติดเชื้อเด็ก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี, 2552

3 กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง.

 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,2549.

1. วิลาวรรณ ประวิทย์ธนา. ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี, 2552

5 กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ:

 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2553.

6. Phillips AN, Leen C, Wilson A, Anderson J, Dunn D, Schwenk A, et al; UK Collaborative HIV Cohort

 (CHIC) Study. Risk of extensive virological failure to the three original antiretroviral drug

 classes over long-term follow-up from the start of therapy in patients with HIV infection: an observational cohort study, Lancet 2007; 370:1923-8.