**ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติเตรียมความพร้อม**

**การเริ่มยาต้านไวรัสในเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์**

**……………………………………………………**

นิภา ไกรเสวกวิสัย

**บทคัดย่อ** การศึกษาวิจัยเรื่องการรักษาล้มเหลวผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี 2551 พบว่า ผู้ป่วยมีผลการรักษาล้มเหลว ร้อยละ 23.5 โดยใช้เกณฑ์ระดับไวรัสในเลือดที่มากกว่า 1,000 copies/Ml หลังการกินยานาน 12 เดือน ปัจจัยเสี่ยงของความล้มเหลวทางการรักษาคือ ความสม่ำเสมอการกินยา (adherence) ที่น้อยกว่า ร้อยละ 95 การทบทวนกิจกรรมการดูแล ทำให้พบปัญหาและความเสี่ยงสำคัญของกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัสในหลายปัจจัย เช่น การมีผลเลือดต่าง บิดาหรือมารดาแต่งงานใหม่ ผู้ดูแลหลักเสียชีวิต ผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็กหลายคนในบ้าน การปกปิดสภาวะการติดเชื้อ และ การถูกแบ่งแยกทางสังคม ในส่วนของผู้ให้บริการ พบปัญหาการปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน ร้อยละ 52.5

สภาพการณ์ดังกล่าว ทำให้มีการรวบรวมแนวคิด ประสบการณ์การทำงาน และหลักฐานเชิงประจักษ์ มาจัดเป็นข้อกำหนดที่เป็นระบบ เพื่อลดความหลากหลายในการปฏิบัติงาน ดังนั้น การศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติเริ่มยาต้านไวรัสของบุคลากร 2) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อความสม่ำเสมอในการกินยา (adherence) และ ระดับไวรัสในเลือดเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 ตุลาคม 2553 -30 กันยายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามแนวทางปฏิบัติ ฯ ในการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้าน

ไวรัส ในเรื่อง การประเมินลักษณะส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ในครอบครัว อาการ/อาการแสดงทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในปี 2554-2556 ร้อยละ 50.0, ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 83.3 ตามลำดับ ส่วนเรื่องการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ (Disclosure) และการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาฯ สามารถปฏิบัติได้เพียง ร้อยละ 66.7 เนื่องจากยังไม่ได้ผ่านการอบรมความรู้และทักษะเฉพาะทาง จึงใช้วิธีการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยทุกรายให้บุคลากรประจำคลินิก ที่มีความรู้และทักษะ ดำเนินกิจกรรม

2. เด็กติดเชื้อเอชวี/เอดส์ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยาต้านไวรัสตามแนวปฏิบัติฯ มีระดับไวรัสใน

เลือดน้อยกว่า 50 copies/Ml หลังกินยานาน 12 เดือน ในปี 2554-2556 ร้อยละ 82.4, ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 60 มี adherence >95% ร้อยละ 88.8, ร้อยละ 83.3และร้อยละ 80 ในปี 2554-2556

**การอภิปรายผล**

1. ในปี 2554 มีผู้ป่วยเริ่มยาใหม่ จำนวน 17 คน ผู้ป่วย 14 คน (ร้อยละ 82.4) มี 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) ในปี 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 เริ่มยา26 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

3) ในปี 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 2 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

4) 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

**ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้**

1. แนวปฏิบัติฯ ในส่วนของการเปิดเผยผลเลือด และการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยา ไม่สามารถทำได้

ครบถ้วน 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

1. การทบทวนปัญหาจากการการทำงาน การใช้ trigger tool ทบทวนเวชระเบียน การบอกเล่าพูดคุย

ประสบการณ์การทำงานร่วมกัน เช่น การทำ case conference, pre-post conference ตลอดจนการค้นหา ศึกษาแนวคิด วรรณกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ เป็นระยะๆ จะทำให้แนวปฏิบัติ มีความทันสมัยตามองค์ความรู้ งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นใหม่

**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.