**Clinical Tracer Highlight**

**การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.บริบท ผู้ป่วยเอดส์เป็นโรคติดต่อเชื้อที่เป็นปัญหาในการรักษาต่อเนื่องจากปัญหาเรื่องการเปิดเผยตัวเพื่อรับการรักษา ความต่อเนื่องและความเคร่งครัดในการทานยา รวมถึงการดื้อยาต้านไวรัส ในปี2558มีผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ของประเทศไทยจำนวน 14,201 คนและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เสียชีวิตจำนวน 3,223 คน คิดเป็น 22.69%ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ของจังหวัดสุรนทร์จำนวน 148 คนและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เสียชีวิตจำนวน 48 คน คิดเป็น32.48 % ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ของอำเภอท่าตูม4คนและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่เสียชีวิตจำนวน2คน คิดเป็น50 %“คลินิกพิเศษ” ให้บริการผู้ติดเชื้อHIV ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ในเขตอำเภอท่าตูม มีผู้ติดเชื้อเด็ก 12 คน ผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่ 275 คน โดยบริการผู้ติดเชื้อ HIV แบบ One Stop Service ทุกวันพุธที่ 2 และ 4 ของทุกเดือน จากการดำเนินงาน พบว่ามีค่ามัธยฐานCD4 ขณะเริ่มยาต้านไวรัส 43 cell/µ แสดงว่าผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาเมื่อสุขภาพอ่อนแอ ความครอบคลุมในการตรวจ CD4 และVL ไม่เป็นไม่ตามเกณฑ์ อัตราการขาดนัดสูง ส่งผลให้การรักษาล่าช้า และทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตได้2.ประเด็นสำคัญ การเข้าถึงบริการความครอบคลุมของการตรวจ CD4 และ VLการขาดนัด3.เป้าหมายการพัฒนาค่ามัธยฐานCD4 ขณะเริ่มยาต้านไวรัส ≥ 100 cell/µจำนวนผู้รับบริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อHIVเพิ่มมากขึ้นร้อยละของผู้ได้รับยาต้านไวรัสและมีผลการตรวจ VL 1 ครั้งในรอบ12เดือน ≥ 90ร้อยละของผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ CD4 อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ12เดือน≥ 85ร้อยละของผู้ที่ได้รับยา ARV ขาดการติดตามการรักษา < 104. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ-ประชุมทีมสหวิชาชีพ เพื่อค้นหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน-ส่งเสริมการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อHIVดังนี้1.คัดกรองในผู้ที่มีความเสี่ยงทุกราย2.ออกคัดกรองในวัยรุ่นตามสถานศึกษา โดยร่วมกับงานให้คำปรึกษา3.ออกคัดกรองในชุมชน โดยร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพ4.นัดตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อHIV ซ้ำอีก 3 เดือน5..ขอเบอร์โทรศัพท์ เพื่อติดตามหลังการตรวจ-ส่งเสริมความครอบคลุมความครอบคลุมของการตรวจ CD4 และ VL และลดอัตราการขาดนัด ดังนี้1. คำแนะนำการปฏิบัติตัว และแจ้งนัดหมายครั้งต่อไปทุกครั้งหลังตรวจเสร็จ2.จัดทำบัตรนัดเจาะเลือด และแจ้งผู้ติดเชื้อล่วงหน้า 1 visit3.ทำข้อตกลงร่วมกับผู้รับบริการว่า จะให้บริการผู้ที่มีนัดหมายเจาะเลือดก่อน ผู้มารับยาทั่วไป4.จัดเจ้าหน้าที่ ขึ้นปฏิบัติงานก่อนเวลาราชการ 1 ชม.เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ที่มีนัดหมายเจาะเลือด5.ขอเบอร์โทรศัพท์จากผู้ติดเชื้อ และบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติทุกราย6.ในวันที่นัดหมายรับยา หากพบว่ามีผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้มาตามนัดหมายในช่วงเช้า ให้โทรติดตามทางโทรศัพท์ทันที 7.ในกรณีที่ไม่สามารถติดตามได้ ให้โทรติดตามอีกครั้งในช่วงบ่ายวันนั้น8.ในกรณีที่ยังไม่สามารถติดตามได้ ให้โทรติดตามอีกครั้งในวันถัดไป9.บริการส่งยาทางไปรษณีย์ ถ้าผู้ติดเชื้อมีเหตุจำเป็น ทำให้ไม่สามารถมาตามนัดได้10.พัฒนาการลงข้อมูลใน NAP Program ให้ครอบคลุมขึ้น5.ผลการพัฒนาที่สำคัญ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 2556 | 2557 | 2558 | 2559 |
| ค่ามัธยฐานCD4 ขณะเริ่มยาต้านไวรัส | ≥100cell/µ | 173 | 43 | 211 | 129 |
| ร้อยละของผู้ได้รับยาต้านไวรัสและมีผลการตรวจ VL 1 ครั้งในรอบ12เดือน | ≥90 | 96.3 | 96.7 | 93.5 | 55.94 |
| ร้อยละของผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ CD4 อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ12เดือน | ≥85 | 100 | 100 | 85.7 | 64.33 |
| ร้อยละของผู้ที่ได้รับยา ARV ขาดการติดตามการรักษา  | < 10 | 9.1 | 18 | 9 | 12.3 |

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง 1.เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อรายใหม่2.ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ โดยชุมชนมีส่วนร่วม3.ลดจำนวนผู้ป่วยที่ขาดการติดตามการรักษาให้< 10%ได้ตามเกณฑ์  |