

รายงานฉบับสมบูรณ์
ทุนเพิ่มขีดความสามารถด้านการวิจัยของอาจารย์รุ่นกลาง
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

โครงการ การพัฒนาประสิทธิภาพของขบวนการส่งต่อผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นติดเชื้อ
เอชไอวีจากมารดาไปยังคลินิกผู้ใหญ่ (RMU5080027)

โดย
รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงเพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยนี้ และขอขอบคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิรัต ศิริสันธนะ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอรวรรณ เล่าห์เรณู รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชวรัตน์ ชาญศิลปี และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรณี ศิริวรรณภา ที่ให้คำแนะนำในการวิจัย ขอขอบคุณทีมเภสัชกร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทีมสัมภาษณ์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มูลนิธิรักภัยไทย ที่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมของโครงการวิจัย และขอขอบคุณคุณนงเยาว์ วงศ์นุ่ม พยาบาลประจำคลินิก นางสาววรรณ วงษ์จักร์ ผู้ประสานงานโครงการ จัดพิมพ์รายงาน และผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดีมาโดยตลอด

บทคัดย่อ

(บทคัดย่อ 1: การประเมินข้อมูลพื้นฐาน)

ขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่

เพณินาห์ โอเบอร์คอร์เฟอร์¹, ชวนันท์ ชาญศิลป์², อรวรรณ เล่าห์เรณู¹, พรรณี ศิริวรรณภา³, วิรัตน์ สิริสันธนะ¹

¹ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ³ภาควิชาสูติศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมา

ในปัจจุบันนี้จำนวนเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รับเชื้อจากมารดา ได้เติบโตเข้าสู่วัยรุ่นมากขึ้น จำเป็นจะต้องมีการส่งต่อเด็กวัยรุ่นเหล่านี้เข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ ในการศึกษาวิจัยทำการสำรวจความต้องการและลักษณะคลินิกที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบตัดขวาง ทำการสำรวจเด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผลการศึกษา

จำนวนเด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี 73 ราย (ผู้ชาย 44 (53%) อายุเฉลี่ย 13 ปี (ตั้งแต่ 9-19 ปี) เข้าร่วมในการศึกษานี้ โดยทุกคนได้รับการบอกผลการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว เด็กวัยรุ่นจำนวนร้อยละ 20 ทราบว่าจะต้องถูกส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่ในเวลาอันใกล้ เด็กวัยรุ่นจำนวนร้อยละ 89 รายงานว่า มีความต้องการอยากอยู่ที่คลินิกเด็ก เพราะรู้สึกพึงพอใจกับกุมารแพทย์ที่ดูแล (ร้อยละ 89) ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51) ไม่รู้สึกสบายใจที่จะพบกับทีมผู้ดูแลใหม่ และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 92) ยอมรับว่าควรจะได้มีการฝึกทักษะในการพูดคุยและบอกเล่าอาการของการเจ็บป่วยกับแพทย์ที่คลินิกผู้ใหญ่ เมื่อถูกถามความเห็นเกี่ยวกับลักษณะคลินิกผู้ใหญ่ที่เด็กวัยรุ่นต้องการ จำนวนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) มีความปรารถนาที่จะถูกส่งต่อไปยังคลินิกสำหรับวัยรุ่นที่ถูกจัดแยกต่างหากมากกว่าการถูกส่งต่อจากคลินิกเด็กไปยังคลินิกผู้ใหญ่ (ร้อยละ 24) หรือลักษณะคลินิกที่เป็นแบบรวม (ร้อยละ 21)

สรุป

กุมารแพทย์ที่ดูแลเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีควรมีความรู้ความเข้าใจและเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กวัยรุ่นเหล่านี้เพื่อให้เข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดกิจกรรมเสริม เช่น ทักษะในการพูดคุยและการดูแลตนเองน่าจะมีประโยชน์ก่อนที่เด็กวัยรุ่นจะถูกส่งต่อ

Abstract

(Abstract 1: Database evaluation)

The transition process of adolescents with perinatally acquired HIV from pediatric to adult care.

Oberdorfer, P.^{1*}, Charnsil, C.², Louthrenoo, O.¹, Sirivatanapa, P.³, Sirisanthana, V.¹.

¹Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand,

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand,

³Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

Abstract

Background: Today, many perinatally HIV-infected children on HAART are becoming adolescents. Eventually they will be transferred to adult clinics. We examined what such adolescents think and feel about moving to an adult HIV-clinic.

Methods: A cross-sectional study was conducted among perinatally HIV-infected adolescents at the Chiang Mai University Hospital.

Results: Eighty-three HIV-infected adolescents (males: 44 (53%), average age 13 years (range: 9-19 years) participated in the study. All had been informed of their HIV status. Only one-fifth (20%) were aware that they would have to move to an adult clinic in the near future. Almost all (89%) reported that they would like to stay at the pediatric clinic because they (98%) felt satisfied with the pediatricians. About half (51%) did not feel comfortable to talk with new doctors, and almost all (92%) accepted that they needed more communication skills so that they would be able to talk with the doctors at the adult clinic. When asked which transferring model they would prefer, more participants (55%) preferred a 'separate youth clinic' over a 'handing over clinic' (24%) or an 'integrating clinic' (21%).

Conclusions: Pediatricians should help HIV-infected adolescents, who have been taken care at a pediatric clinic for long, to be ready for moving to an adult clinic. Such adolescents should have sufficient communication and self-management skills.

Keywords: HIV-infected adolescents, transition process, transferring model, adult HIV-clinic

Outputs

1. Oberdorfer, P.¹, Charnsil, C.², Louthrenoo, O.¹, Sirivatanapa, P.³, Sirisanthana, V. *What HIV-infected adolescents think and feel about moving to an adult HIV-clinic*. Poster presentation at The 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, 19-22 July 2009.

บทคัดย่อ

(บทคัดย่อ 2: การพัฒนาขบวนการส่งต่อ)

การพัฒนาขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่

ความเป็นมา

ในปัจจุบันเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเติบโตเป็นผู้ใหญ่มากขึ้นหลังจากได้รับยาต้านไวรัส และถึงเวลาต้องถูกส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่ แต่ในปัจจุบันการศึกษาในลักษณะนี้ยังมีอยู่น้อย ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาวิธีการที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมเด็กวัยรุ่นเหล่านี้ให้เข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

วิธีการเตรียมความพร้อมในการศึกษานี้ อาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขา

- การพูดคุยกับเด็กและผู้ปกครองถึงความจำเป็นและความสำคัญของการส่งต่อเด็กวัยรุ่นเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่
- การฝึกวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยเภสัชกร
- การฝึกเด็กวัยรุ่นให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะเรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พร้อม
- การฝึกเด็กวัยรุ่นให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงและการดูแลตนเองด้านจิตสังคม
- การเตรียมความพร้อมทางด้านวุฒิภาวะ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน อารมณ์ พร้อมทั้งให้มีความรู้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้น
- การเตรียมความพร้อมร่วมกับทีมคลินิกผู้ใหญ่
- การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในการรักษา

ลักษณะคลินิก

เนื่องจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลใหญ่ ที่มีคลินิกเด็กและคลินิกผู้ใหญ่ แยกออกจากกันอย่างชัดเจน รวมทั้งคลินิกผู้ใหญ่ต้องการรับเด็กวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป รวมทั้งเด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ต้องเข้าสู่ระบบการรับยาของ สปสช. ดังนั้น การจัดคลินิกที่เป็นไปได้มากที่สุดคือ จัดทำคลินิกวัยรุ่นที่มีลักษณะโครงสร้างอยู่ในส่วนของคลินิกผู้ใหญ่ และเด็กวัยรุ่นเหล่านี้ได้รับการดูแลรักษาโดยอายุรแพทย์และพยาบาลคลินิกผู้ใหญ่เป็นแกนหลัก โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ทางคลินิกเด็กเป็นแกนเสริม แต่เด็กวัยรุ่นเหล่านี้ต้องเข้าสู่ระบบการรับยา เจาะเลือด แบบคลินิกผู้ใหญ่

สรุป

ผู้วิจัยเห็นว่าการเตรียมความพร้อมทางด้านเด็กวัยรุ่น ผู้ปกครอง และบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาขบวนการส่งต่อ เพื่อให้เด็กวัยรุ่นเหล่านี้ได้รับการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นเหล่านี้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์แบบต่อไป อย่างไรก็ตาม รูปแบบที่เหมาะสมควรมีการประยุกต์ให้เหมาะสมในแต่ละโรงพยาบาล และทีมบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่

Abstract

(Abstract 2: Development of transfer clinic)

The development of an appropriate strategy for the transition process of adolescents with perinatally acquired HIV from pediatric to adult care.

Background: Nowadays, adolescents with perinatally acquired HIV on HAART are becoming adults and needed to be transitioned to adult care. At the moment, there are few studies that investigated in this topic so the investigators would like to develop an appropriate strategy to effectively prepare these adolescents for the transition.

Methods: The preparation in this study relies on the interdisciplinary work.

- Have a conversation with children and their parents or legal guardians to explain the significant of transitioning the adolescents to adult care.
- Receive training for self-discipline in taking the medicines from pharmacist.
- Teach the adolescents on the topics of sex education, contraception, family planning, and how to decline having premature sexual intercourse.
- Make the children understand risk behaviors how to take care of themselves in term of psychosocial.
- Prepare the children for maturity, changes in hormones and emotions, and how to deal with these emotions.
- Make the preparation together with the adult care unit.
- Make preparation that concerns with the patients' right.

Clinic's characteristics

Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital is a major hospital that distinctly separates the child care from adult care. Children above 15 years are admitted into the adult care. Moreover, these HIV-infected children are in the system of NHSO. So, the most possible clinic is adolescent clinic that has the same structure as adult care. These children will mainly be under the care of physicians and nurses from adult care, with the support from medical officers of pediatric ward. These adolescents need to be under dispense and venipuncture systems of adult care.

Conclusion

The investigators realize that the preparation for the adolescents, their parents or guardians, and the medical officers is vital for the development of transition system that allows the children to continually receive the treatment and become decent adults in the future. However, the appropriate form of the preparation should be adapted according to the characteristics of each hospital, their medical staffs and resources.

บทคัดย่อ

(บทคัดย่อ 3: การประเมินผลขบวนการส่งต่อ)

ประสิทธิภาพของขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่

ความเป็นมา

ขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ มีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาใดที่แสดงถึงประสิทธิภาพของขบวนการส่งต่อนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่
2. เพื่อศึกษาผลของขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่
3. เพื่อเรียนรู้ถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ไข

วิธีการศึกษา

ประเมินขบวนการส่งต่อ

เนื่องจากคลินิกทางทีมวิจัยได้จัดขึ้นเป็นคลินิกวัยรุ่นซึ่งอยู่ภายใต้คลินิกผู้ใหญ่และเด็กวัยรุ่นเหล่านี้ได้รับการตรวจรักษาโดยอายุรแพทย์และทีมพยาบาลจากคลินิกผู้ใหญ่เป็นหลัก เนื่องจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีนโยบายให้เด็กวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเป็นส่วน of คลินิกผู้ใหญ่ ดังนั้น เด็กวัยรุ่นเหล่านี้เมื่อเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่จะรู้สึกไม่คุ้นเคยกับทีมใหม่ และระบบการตรวจรักษา ปรึกษา และติดตามแบบใหม่ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นข้อจำกัดของการจัดคลินิกวัยรุ่นภายใต้โรงพยาบาลใหญ่

ข้อเสนอแนะ

1. คลินิกวัยรุ่นอาจมีการประยุกต์ให้เป็นส่วนหนึ่งของคลินิกเด็ก
2. เด็กวัยรุ่นเหล่านี้ควรได้รับการดูแลรักษาโดยกุมารแพทย์และพยาบาลจากคลินิกเด็ก เนื่องจากเด็กวัยรุ่นมีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่
3. เมื่อเด็กมีความพร้อมมากขึ้น เช่น มีงานทำแล้ว อาจจะย้ายเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ได้
4. คลินิกวัยรุ่นควรเป็นคลินิกที่เด็กรู้สึกเป็นกันเอง ไม่ยุ่งยากในการมาตรวจรักษา และปรึกษา

ผลของขบวนการส่งต่อ

เด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปและครอบครัว มีความพร้อมในการส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่เข้ารับการฝึกทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ โดยเด็กวัยรุ่นเหล่านี้ได้รับการประเมินผลหลังจากถูกส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่ประมาณ 6 เดือน

ผลการศึกษา

จำนวนเด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีที่มีความพร้อมในการถูกส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่จำนวนทั้งหมด 9 คน ผู้ชาย 4 ราย ผู้หญิง 5 ราย อายุเฉลี่ยขณะย้าย 18.0 ปี (ต่ำสุด 15.0 ปี สูงสุด 19.6 ปี) ขณะนี้ยังเรียนอยู่จำนวน 5 คน และจำนวน 4 คน มีงานทำแล้ว โดยเด็กเหล่านี้มีความเห็นต่อคลินิกคือ จำนวน 6 คน ไม่ชอบคลินิกใหม่ และจำนวน 3 คน ไม่มีความเห็น สิ่งที่เด็กวัยรุ่นไม่ชอบมีดังนี้ รอนาน เจ้าหน้าที่พูดไม่เพราะ ผู้ป่วยจำนวนมาก เสียเวลาเรียน คุณแลคนไข้ไม่ทั่วถึง เสร็จขบวนการที่คลินิกผู้ใหญ่แล้วกลับไปบ้านเครียดทุกครั้ง ถูกแพทย์ดุเรื่อง CD4 ต่ำ ยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาต้านไวรัสต้องจ่ายเงินเอง (ในขณะที่คลินิกเด็กจะเขียนใบสั่งยาให้ไปรับยาจากต้นสังกัด) เมื่อถามความเห็นว่าคุณวัยรุ่นเหล่านี้อยากกลับมาคลินิกเดิมหรือไม่ มีเด็กจำนวน 7 คน อยากกลับมาที่เดิม

ข้อเสนอแนะ

1. เด็กไม่พึงพอใจกับคลินิกผู้ใหญ่ จะได้รับการพูดคุยให้คำปรึกษาโดยทีมวิจัย(กุมารแพทย์) และเด็กวัยรุ่นเหล่านี้สามารถกลับมายังคลินิกเดิมได้หากต้องการ
2. เด็กที่ต้องการจะอยู่ที่คลินิกผู้ใหญ่ต่อไป จะได้รับการดูแลจากทางทีมวิจัยในการติดตามผล และช่วยเหลือต่อไป

การจัดการประชุมกลุ่มสหสาขาเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ต่อไป

Abstract

(Abstract 3: Evaluation of transfer clinic)

Effectiveness of transition process of adolescents with perinatally acquired HIV from pediatric to adult care.

Background:

The transition process of adolescents with perinatally acquired HIV from pediatric to adult care is different in each country. In Thailand, there is no study that investigates effectiveness of the process.

Objectives:

1. To evaluate the transition process of adolescents with perinatally acquired HIV from pediatric to adult care.
2. To study effect of the transition process of adolescents with perinatally acquired HIV from pediatric to adult care.
3. To find out and solve a problem.

Study Methods:

The clinic established by the investigators is adolescent clinic, which are under the child and adult care. These children mainly receive the treatment from physicians and medical offices of adult care. Since Maharaj Nakhon Chiang Mai hospital has a policy to admit 15 years old and above children to adult care so, these children will feel uncomfortable with the new medical team and new examination, dispense, and follow up systems. The investigators consider this as the limitation of adolescent clinic in major hospital.

Suggestion:

1. Adolescent clinic might be integrated with pediatrics ward.
2. These adolescences should receive treatment from pediatrician and nurses from pediatric ward because they are familiar with these officers.
3. When the children are more ready, such as when they have a job, they might be transited to adult care.
4. The adolescent clinic make the children feel comfortable, the examination and dispense system is simple.

Effect of the transition:

Adolescents with perinatally acquired HIV age 15 years and above and their family are ready to receive training and preparation before transiting to the adult care. These children are also evaluated after transiting to the adult care for 6 months.

Study results:

A total of 9 HIV-infected children are ready for the transition to adult care, 4 of them are male and 5 are female. The average age during the transition is 18 (minimum 15 years, maximum 19.6 years). 5 of them are studying and the rest already have a job. Their attitudes towards this clinic are; 6 are dislikes the new clinic and 3 have no comment. The things that they don't like are; long waiting time, the staffs don't speak to them nicely, too many patients, the appointment is overlapped with their study time, lack of good patient management, feel stress after leaving the adult care, physician blames them for lower CD4, need to pay for other medicine beside HAART (while in pediatric ward, the prescribe can be used to get the medicine from original affiliation), and when asking whether they want to be transited back to the pediatrics or not, 7 of them want to go back.

Suggestion:

1. The children are not satisfied with the adult care. They can have counseling with the investigators (pediatricians) and they can go back if they want.
2. The children that want to stay in adult care will be taken care by the investigators in term of follow-up and providing help.

The interdisciplinary meeting will be held to find an appropriate strategy for developing the transition process of adolescents with perinatally acquired HIV from pediatric to adult care.

Executive summary

ความเป็นมา:

เด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา อย่างเข้าสู่วัยรุ่นมากขึ้น เนื่องจากมีการใช้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพในประเทศไทย เด็กวัยรุ่นเหล่านี้ต้องถูกส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่ ซึ่งในปัจจุบันมีการศึกษาน้อยในประเทศไทยถึงรูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมเด็กวัยรุ่นเหล่านี้ รูปแบบของการส่งต่อ และผลของการส่งต่อ

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อพัฒนากระบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการส่งต่อโดยประเมินจาก
 - 2.1 เด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี: ผลทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมเสี่ยง และทักษะในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี วินัยในการกินยา และความต่อเนื่องของการตรวจรักษาที่คลินิก รวมถึงความพึงพอใจต่อกระบวนการส่งต่อ
 - 2.2 ผู้ปกครอง: อุปสรรคและความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อกระบวนการส่งต่อ
 - 2.3 ทีมบุคลากรทางการแพทย์: อุปสรรคและความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อกระบวนการส่งต่อ

ระเบียบวิธีวิจัย:

เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเป็นเวลา 3 ปี ที่คลินิกโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษาในกลุ่มเด็กอายุตั้งแต่ 9 ปีขึ้นไป พร้อมผู้ดูแลหลักที่ยินยอมเข้ารับการการศึกษา

ผลการศึกษา:

ข้อมูลพื้นฐาน

จำนวนเด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี 73 ราย (ผู้ชาย 44 (53%) อายุเฉลี่ย 13 ปี (ตั้งแต่ 9-19 ปี) เข้าร่วมในการศึกษานี้ โดยทุกคนได้รับการบอกผลการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว เด็กวัยรุ่นจำนวนร้อยละ 20 ทราบว่าต้องถูกส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่ในเวลาอันใกล้ เด็กวัยรุ่นจำนวนร้อยละ 89 รายงานว่า มีความต้องการอยากจะอยู่ที่คลินิกเด็ก เพราะรู้สึกพึงพอใจกับกุมารแพทย์ที่ดูแล (ร้อยละ 89) ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51) ไม่รู้สึกสบายใจที่จะพบกับทีมผู้ดูแลใหม่ และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 92) ยอมรับว่าควรจะได้มีการฝึกทักษะในการพูดคุยและบอกเล่าอาการของการเจ็บป่วยกับแพทย์ที่คลินิกผู้ใหญ่

การพัฒนาระบบส่งต่อ

วิธีการเตรียมความพร้อมในการศึกษานี้ อาศัยการทำงานเป็นทีมสหสาขา

- การพูดคุยกับเด็กและผู้ปกครองถึงความจำเป็นและความสำคัญของการส่งต่อเด็กวัยรุ่นเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่
- การฝึกวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยเภสัชกร

- การฝึกเด็กวัยรุ่นให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะเรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พร้อม
- การฝึกเด็กวัยรุ่นให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงและการดูแลตนเองด้านจิตสังคม
- การเตรียมความพร้อมทางด้านวุฒิภาวะ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน อารมณ์ พร้อมทั้งให้มีความรู้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้น
- การเตรียมความพร้อมร่วมกับทีมคลินิกผู้ใหญ่
- การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยในการรักษา

ผลของขบวนการส่งต่อ

จำนวนเด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวีที่มีความพร้อมในการถูกส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่จำนวนทั้งหมด 9 คน ผู้ชาย 4 ราย ผู้หญิง 5 ราย อายุเฉลี่ยขณะย้าย 18.0 ปี (ต่ำสุด 15.0 ปี สูงสุด 19.6 ปี) ขณะนี้ยังเรียนอยู่ จำนวน 5 คน และจำนวน 4 คน มีงานทำแล้ว โดยเด็กเหล่านี้มีความเห็นต่อคลินิกคือ จำนวน 6 คน ไม่ชอบคลินิกใหม่ และจำนวน 3 คน ไม่มีความเห็น สิ่งที่เด็กวัยรุ่นไม่ชอบมีดังนี้ รอนาน เจ้าหน้าที่พูดไม่เพราะ ผู้ป่วยจำนวนมาก เสียเวลาเรียน คุณแลคนไข้ไม่ทั่วถึง เสร็จขบวนการที่คลินิกผู้ใหญ่แล้วกลับไปบ้านเครียดทุกครั้ง ถูกแพทย์ดุเรื่อง CD4 ต่ำ ยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาต้านไวรัสต้องจ่ายเงินเอง (ในขณะที่คลินิกเด็กจะเขียนใบสั่งยาให้ไปรับยาจากต้นสังกัด) เมื่อถามความเห็นว่าคุณแลวัยรุ่นเหล่านี้อยากกลับมาคลินิกเดิมหรือไม่ มีเด็กจำนวน 7 คน อยากกลับมาที่เดิม

สรุปและข้อเสนอแนะ:

การส่งต่อเด็กวัยรุ่นเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่จัดเป็นขบวนการต่อเนื่องที่ควรมีการเตรียมตัวทีมผู้ดูแลให้มีความเข้าใจถึงความสำคัญของการส่งต่อ พร้อมทั้งควรมีการพูดคุยกันระหว่างทีมผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นเหล่านี้ เพื่อจะได้มีการจัดเตรียมเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครองเพื่อการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ รูปแบบของการส่งต่ออาจมีหลายรูปแบบตามลักษณะของสังคม ครอบครัว การจัดคลินิกในโรงพยาบาล รวมทั้งทรัพยากรบุคคลในแต่ละที่ โดยทั้งนี้การส่งต่อควรจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และควรจะมีการประเมินติดตามหลังจากที่เด็กได้ย้ายไปสู่คลินิกผู้ใหญ่แล้ว เพื่อจะได้ช่วยเหลือเด็กและผู้ปกครองให้สามารถรับยาต้านไวรัสและปรับตัวเองต่อไป

เนื้อหางานวิจัย

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ในปัจจุบันเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่รับเชื้อจากมารดา อย่างก้าวเข้าสู่วัยรุ่นมากขึ้น เนื่องจากเด็กเหล่านี้ได้รับยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพเป็นอย่างดี ซึ่งเด็กวัยรุ่นเหล่านี้ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย การพัฒนาทางด้านการเปลี่ยนแปลงทางระบบสืบพันธุ์ รวมทั้งทางด้านพฤติกรรม เด็กต้องการเป็นอิสระมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เด็กเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศ และการติดเชื้อจากโรคทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งสารเสพติดมากขึ้น⁵⁻¹⁰ ดังนั้น เมื่อเด็กเหล่านี้เจริญเติบโตถึงวัยที่จะต้องส่งไปยังคลินิกผู้ใหญ่ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวเป็นอย่างดี รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลเด็กวัยรุ่นควรมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีระวิทยา จิตสังคม และพฤติกรรม ขบวนการส่งต่อเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่วัยรุ่นจึงมีความสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องเริ่มมีการพูดคุยกับผู้ปกครองและทำความเข้าใจกับเด็กวัยรุ่น รวมทั้งเปิดโอกาสให้เด็กรับทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง รวมทั้งให้มีความพร้อมในด้านการดูแลตัวเอง วินัยในการกินยา การลดความเสี่ยงทางพฤติกรรม รวมถึงทักษะชีวิต เนื่องจากเด็กติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้รับเชื้อจากมารดา และเคยมารับยาต้านไวรัสอยู่เป็นประจำ ภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง แต่เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นและเป็นวัยรุ่นผู้ใหญ่ เด็กเหล่านี้จำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงการมาคลินิกด้วยตนเอง ดังนั้น การที่จะช่วยเหลือเด็กเหล่านี้ให้ผ่านพ้นระยะการส่งต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่กุมารแพทย์และอายุรแพทย์ จิตแพทย์ สูตินรีแพทย์ พยาบาลให้คำปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์ ควรจะมีการประสานงานกันเพื่อจัดคลินิกสำหรับเด็กเหล่านี้ที่เหมาะสม

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ¹⁻³ ได้มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นเหล่านี้ไว้อย่างชัดเจน โดยมีหลักการคือ การเตรียมความพร้อมและการดูแลเด็ก รวมทั้งการจัดลักษณะคลินิกให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรในแต่ละที่ รวมทั้งมีการจัดการขบวนการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของเด็กที่จะต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ ขบวนการส่งต่อผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัยรุ่นเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ ควรเป็นขบวนการแบบบูรณาการ^{1-3,11}

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางใด ๆ ที่ชัดเจน เนื่องจากเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเพิ่งได้รับยาต้านไวรัสเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา และกำลังอยู่ในวัยที่เจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่น และดำเนินเป็นผู้ใหญ่ต่อไป ทีมวิจัยจึงเห็นประโยชน์ของการพัฒนาระบบการส่งต่อนี้ พร้อมทั้งการประเมินประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถานะสังคมของประเทศไทย และผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวีในที่อื่น ๆ ของประเทศได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการ

3. เพื่อพัฒนาขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่
4. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของขบวนการส่งต่อโดยประเมินจาก
 - 4.1 เด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี: ผลทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมเสี่ยง และทักษะในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี วินัยในการกินยา และความต่อเนื่องของการตรวจรักษาที่คลินิก รวมถึงความพึงพอใจต่อขบวนการส่งต่อ
 - 4.2 ผู้ปกครอง: อุปสรรคและความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อขบวนการส่งต่อ
 - 4.3 ทีมบุคลากรทางการแพทย์: อุปสรรคและความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อขบวนการส่งต่อ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษา: The prospective cohort study และมีการทำ cross-sectional survey เป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งมีการติดตามระยะยาว

ประชากร:

1. เด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จากมารดา ที่รักษาอยู่ในคลินิกโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีข้อบ่งชี้ดังนี้ขณะเริ่มเข้าการศึกษา

1. มีอายุตั้งแต่ 9 ปีขึ้นไป
 2. มีระดับของไอคิวปกติตาม The Wechsler Intelligence Scale for Children-IV (WISC-IV)
 3. ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการศึกษา
2. ผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี
3. ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องและมีข้อบ่งชี้เพิ่มเติมเพื่อการส่งต่อยังคลินิกผู้ใหญ่คือ
- 3.1 ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี โดยบุคลากรทางการแพทย์ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
 - 3.2 ไม่มีสถานะความผิดปกติทางด้านจิตสังคม

จำนวนประชากร: เด็กวัยรุ่นที่รักษาอยู่ในคลินิกโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสันป่าตอง ที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น จะได้รับเชิญเข้าร่วมในการศึกษา โดยจำนวนที่คาดว่าจะมีทั้งหมดประมาณ 100 ราย โดยในขณะนี้จำนวนเด็กที่มีอยู่เพียงพอสำหรับการศึกษา จำนวนทั้งหมดประมาณ 129 คน แบ่งตามกลุ่มอายุดังนี้

อายุ 10-12 ปี	75 ราย
อายุ 13-14 ปี	30 ราย
อายุ 15 ปีขึ้นไป	24 ราย

⁺หมายเหตุ: ในโครงการย่อยการประเมินภาวะเข้าสู่วัยรุ่นจะรวบรวมเด็กตั้งแต่อายุ 7 ปี

วิธีการวิจัย:

ส่วนที่ 1: การพัฒนาขบวนการส่งต่อ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ทางทีมผู้วิจัยจะเชิญบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี (กุมารแพทย์ จิตแพทย์ อายุรแพทย์ สูตินรีแพทย์ พยาบาลให้คำปรึกษา เภสัชกรและสังคมสงเคราะห์) เข้าร่วมประชุมเพื่อปรึกษาหารือในการจัดตั้งขบวนการส่งต่อที่เหมาะสมกับเด็กไทย โดยมีความสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ในโรงพยาบาล และความเหมาะสมในการจัดตั้งคลินิก โดยอาศัยความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยการศึกษาทำเป็นลักษณะ Focus group interview และมีการประเมินอุปสรรคและความสำเร็จในระหว่างการพัฒนาขบวนการส่งต่อนี้เป็นระยะ เพื่อให้ได้รูปแบบของขบวนการส่งต่อที่เหมาะสมมากที่สุด

ส่วนที่ 2: การเตรียมเด็กและผู้ปกครองเพื่อเข้าสู่ขบวนการส่งต่อ

ในขบวนการนี้จะมีการแบ่งกลุ่มเด็กออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน ในการเตรียมความพร้อมให้เหมาะสมตามวัย รวมทั้งการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของเด็กเหล่านี้ เพื่อการเข้าสู่ขบวนการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม โดยมีการแบ่งกลุ่มเด็กดังต่อไปนี้

เด็กกลุ่มที่ 1 : วัยรุ่นตอนต้น (อายุ 10-14 ปี) ในกลุ่มนี้จะเน้นให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี และเริ่มขบวนการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีในกรณีที่เด็กยังไม่ทราบ พร้อมทั้งมีการอธิบายให้เด็กเข้าใจเกี่ยวกับวินัยในการกินยา

เด็กกลุ่มที่ 2 : วัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 12-16 ปี) โดยกลุ่มนี้จะมีการเน้นในเรื่องของเพศสัมพันธ์และการมีเพศสัมพันธ์ปลอดภัย รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

เด็กกลุ่มที่ 3 : วัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) โดยกลุ่มนี้จะมีการเน้นในส่วนของการสนับสนุนขบวนการส่งต่อ สำหรับขบวนการส่งต่อจะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1: Pre-transition ทีมผู้วิจัยจัดเตรียมเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครอง ให้ความพร้อมสำหรับขบวนการส่งต่อ โดยที่จะมีการศึกษา

- ความต้องการต่อขบวนการส่งต่อ
- ข้อมูลพื้นฐานของเด็กและผู้ปกครอง (เช่น ข้อมูลทั่วไป การรักษา โรคฉวยโอกาส ภาวะทางจิตสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศ และการใช้สารเสพติด)
- มีการประเมินภาวะจิตสังคมและส่งต่อและรักษาต่อเนื่องในรายที่มีปัญหา
- การให้ความรู้เกี่ยวกับขบวนการส่งต่อและการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีให้กับเด็ก
- แนะนำให้เด็กและผู้ปกครองได้รู้จักบุคลากรที่อยู่ในคลินิกผู้ใหญ่

ขั้นตอนที่ 2: Transition ในขั้นตอนนี้ทีมผู้ดูแลจะพูดคุยกับวัยรุ่นและผู้ปกครองเกี่ยวกับขบวนการส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่ โดยที่จะมีขบวนการดังนี้

- ประเมินความพร้อมของเด็กวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง
- ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี วินัยในการกินยา การลดพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์และสารเสพติด รวมถึงทักษะชีวิตและการวางแผนในอนาคต
- มีการประเมินภาวะจิตสังคมและส่งต่อและรักษาต่อเนื่องในรายที่มีปัญหา
- ส่งต่อเด็กวัยรุ่นเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่เมื่อมีความพร้อม

ขั้นตอนที่ 3: Post-transition เป็นขบวนการหลังจากที่เด็กวัยรุ่นได้ถูกส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่จะมีการประเมินประสิทธิภาพของขบวนการส่งต่ออีกครั้งหนึ่ง ซึ่งทีมวิจัยจะมีการวัดผลทางด้านร่างกาย โรคฉวยโอกาส วินัยในการกินยา ภาวะทางจิตสังคม และความพึงพอใจต่อขบวนการส่งต่อ (ดังแสดง)

เด็ก.....ผู้ใหญ่			
10 ปี-----วัยรุ่น-----20 ปี			
ภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง---มีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น---ดูแลตัวเองได้			
ขบวนการการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี			
เปิดเผยบางส่วน-----เปิดเผยทั้งหมด+ให้ความรู้เพิ่มเติม			
คลินิกเด็ก	เตรียมความพร้อม	ขบวนการส่งต่อ	คลินิกผู้ใหญ่

ดัดแปลงจาก: British HIV Infection. Guidance on transition and long term follow up services

www.bhiva.org/chiva/worddocs/2006/transition.doc

ส่วนที่ 3: การประเมินผลขบวนการส่งต่อ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1)

3.1 ประเมินจากเด็กวัยรุ่น ทีมวิจัยจะได้มีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานของเด็กก่อนขบวนการส่งต่อ เช่น ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป อาการแสดงทางคลินิก สภาวะจิตสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้ความเข้าใจของโรคและวินัยในการกินยา รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมทางเพศ และการใช้สารเสพติด ในระหว่างขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นเหล่านี้จะได้รับการให้ความรู้ความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี วินัยในการกินยา การลดความเสี่ยงพฤติกรรมทางเพศ และสารเสพติด รวมทั้งให้มีการพัฒนาทักษะชีวิตและหลังขบวนการส่งต่อจะมีการประเมินอีกครั้งหนึ่งเช่นเดียวกับก่อนขบวนการส่งต่อ รวมทั้งจะมีการประเมินความพึงพอใจต่อขบวนการส่งต่อและอัตราการมาตรวจรักษาที่คลินิกผู้ใหญ่

3.2 ประเมินจากผู้ปกครอง ทีมวิจัยจะได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง เด็กวัยรุ่น ต่อขบวนการส่งต่อ เมื่อเด็กวัยรุ่นได้ถูกส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่แล้ว

3.3 ประเมินจากทีมผู้ดูแลรักษา โดยจะแบ่งเป็นระยะ ๆ คือ

ระยะแรก ในระหว่างการพัฒนาขบวนการส่งต่อจะมีการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการจัดตั้งคลินิกและขบวนการส่งต่อ โดยให้เหมาะสมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ในโรงพยาบาล โดยจะมีการประเมินอุปสรรคที่เกิดขึ้น และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหา

ระยะที่สอง หลังจากขบวนการพัฒนาการส่งต่อและเมื่อมีเด็กวัยรุ่นได้ถูกส่งต่อไปยังคลินิกผู้ใหญ่ไปแล้ว ทีมวิจัยจะได้ประเมินอุปสรรคและความพึงพอใจต่อขบวนการส่งต่อจากทีมผู้ดูแลรักษา เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาระบบต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

ตามวัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยคือ การพัฒนารูปแบบของขบวนการส่งต่อที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ โดยให้มีการจัดตั้งรูปแบบของคลินิกส่งต่อพร้อมทั้งมีการเตรียมความพร้อมของเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครอง และหลังจากนั้นมีการประเมินประสิทธิภาพของขบวนการส่งต่อ โดยเปรียบเทียบสถานะต่าง ๆ ของเด็กก่อนขบวนการส่งต่อ เช่น ภาวะร่างกาย จิตสังคม ความซึมเศร้า ความเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการใช้สารเสพติด รวมทั้งทักษะชีวิตก่อนและหลังขบวนการส่งต่อ พร้อมทั้งดูความพึงพอใจของเด็กและผู้ปกครองต่อขบวนการส่งต่อ

ในการคำนวณขนาดของประชากรโดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความชุกของภาวะจิตสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของเด็กวัยรุ่นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 30⁸⁻⁹ โดยทีมวิจัยตั้งสมมุติฐานว่าความแตกต่างของภาวะจิตสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดเป็นตัวแปรหลักไม่มีความแตกต่างหรือมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น หลังขบวนการส่งต่อในระดับร้อยละ 20 ณ ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($\alpha = 0.05$) และที่ power ร้อยละ 80 จะได้ประชากรสำหรับการศึกษาอยู่ที่ประมาณ 60 คน และถ้าประมาณว่าประชากรให้ความร่วมมือร้อยละ 80 ดังนั้น จำนวนประชากรทั้งหมดที่จะต้องรวบรวมโดยผู้วิจัยน่าจะเป็นประมาณ 72 คน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจำนวนเด็กวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีจำนวนเพียงพอที่จะทำการศึกษานี้ได้ โดยการศึกษานี้ผู้วิจัยจะได้เชิญเด็กวัยรุ่นทุกคนที่รับยาต้านไวรัสเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งมีอยู่ทั้งหมดประมาณ 129 คน โดยคิดว่าเด็กประมาณ 100 คน จะยินยอมและมีความพร้อมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะช่วยให้เพิ่ม power ของการวิจัยถึงร้อยละ 90

ขอบเขตของตัววัดที่สนใจ คือ

1. รูปแบบที่เหมาะสมของขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่
2. เด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.1 สถานะทางด้านร่างกาย สุขภาพทั่วไป โรคฉวยโอกาส การนอนโรงพยาบาล
 - 2.2 สถานะทางจิตสังคม ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความเชื่อมั่นในตัวเอง
 - 2.3 ความรู้และเจตคติต่อการติดเชื้อเอชไอวี การลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศและสารเสพติด
 - 2.4 ความพึงพอใจต่อขบวนการส่งต่อ

2. ผู้ปกครอง

2.1 อุปสรรคและความพึงพอใจต่อขบวนการส่งต่อ

3. ทีมผู้ดูแลรักษา

3.1 อุปสรรคและความพึงพอใจต่อขบวนการส่งต่อ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสามารถใช้อุปกรณ์และแบบสอบถามที่เคยพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยก่อนและจะได้พัฒนาอุปกรณ์บางอย่างที่จำเป็นสำหรับงานวิจัยนี้โดยเฉพาะ ดังได้แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: แสดงอุปกรณ์ที่ใช้ในงานวิจัย

ระยะ	แบบทดสอบและตัววัด	ประชากร	อุปกรณ์ที่ใช้
1.Pre-transition	1.1 History taking	Children/caregivers	ใช้ชุดแบบสอบถามที่มีอยู่แล้ว
	1.2 Clinical assessment และการประเมินภาวะเข้าสู่วัยรุ่น*	Children	ใช้แบบฟอร์มที่มีอยู่แล้วของโรงพยาบาล และคลินิกโรคติดเชื้อ และพัฒนาแบบฟอร์มการประเมินภาวะเข้าสู่วัยรุ่นโดยหน่วยต่อมไร้ท่อ
	1.3 Knowledge of HIV	Children	ใช้ชุดแบบสอบถามที่มีอยู่แล้ว จำนวน 10 ข้อ
	1.4 Adherence	Children	ใช้แบบทดสอบที่มีอยู่แล้ว และแบบฟอร์มการนับยาที่คลินิกโรคติดเชื้อ
	1.5 Psychosocial	Children	- ใช้แบบฟอร์มประเมินภาวะซึมเศร้าของเด็ก (The children's depression inventory) จำนวน 27 ข้อ - แบบประเมินความกังวลของเด็ก (The children's anxiety inventory) จำนวน 39 ข้อ - แบบประเมินความเชื่อมั่นของตัวเอง (Cultural-free self-esteem inventory Third Edition) จำนวน 64 ข้อ สำหรับเด็กอายุ 9-12 ปี จำนวน 67 ข้อ สำหรับเด็กอายุ 13-18 ปี
	1.6 Cognitive level	Children	IQ test โดยทีมจิตแพทย์
(audit)	1.7 Barriers/problems	Care team	พัฒนาขึ้นใหม่และใช้วิธีวิจัยคุณภาพ
	1.8 Stigma*	Children	พัฒนาขึ้นใหม่
	1.9 Social support*	Children	พัฒนาขึ้นใหม่
2. Transition	2.1 Sex education	Children	ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ร่วมกับพัฒนาคู่มือขึ้นใหม่
	2.2 Adherence	Children	ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ร่วมกับพัฒนาคู่มือขึ้นใหม่
	2.3 Risk taking behavior	Children	ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ร่วมกับพัฒนาคู่มือขึ้นใหม่
	2.4 Life skills	Children	ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ร่วมกับพัฒนาคู่มือขึ้นใหม่
(audit)	2.5 Barriers/problems	Care team	พัฒนาขึ้นใหม่และใช้วิธีวิจัยคุณภาพ
3. Post-transition	3.1 Repeat การทดสอบ	1.1-1.9	1.1-1.9
	Continuation of care	Children	ใช้แบบบันทึกทางการแพทย์
	Satisfaction	Children, caregivers, care team	พัฒนาขึ้นใหม่และใช้งานวิจัยคุณภาพร่วมกับงานวิจัยเชิงปริมาณ

*หมายเหตุ: โครงการวิจัยย่อยจะส่งรายละเอียดคู่มือแบบนี้อีกครั้งหนึ่ง

แผนการดำเนินงานตลอดโครงการ

แผนงานปีแรกของการศึกษา

1. จัดประชุม Advisory group ซึ่งประกอบด้วยกุมารแพทย์ อายุรแพทย์ สูตินรีแพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล ให้คำปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อเตรียมวางแผนโครงการวิจัย พร้อมทั้งหาที่ปรึกษาในการจัดทำคู่มือการวิจัยและจัดให้มีการประชุมเป็นระยะ ๆ
2. รวบรวมบทความทางวิชาการเกี่ยวกับหัวข้อที่จะทำการศึกษา
3. เตรียมจัดกลุ่มประชากร รวบรวมข้อมูลและความพร้อมของประชากรเด็กที่มารับการศึกษา และผู้ดูแลเด็ก
4. จัดประชุมทีมวิจัย เพื่อปรึกษาหารือในการพัฒนาขบวนการส่งต่อที่เหมาะสมสำหรับเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี
5. จัดทำอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้สำหรับงานวิจัยรวมทั้งคู่มือที่ใช้สอนวัยรุ่น เพื่อใช้ในงานวิจัย
6. ฝึกอบรมผู้ที่จะช่วยทำการสัมภาษณ์/และทำแบบทดสอบประเมินภาวะจิตสังคมของประชากรที่จะทำการศึกษา
7. ทำการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของเด็กวัยรุ่นที่ถูกรวบรวมเข้าในงานวิจัย โดยประเมินภาวะการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็กจากผู้ดูแลที่เข้าร่วมในงานวิจัย พร้อมทั้งเก็บข้อมูลพื้นฐานของเด็กและครอบครัว
8. ทำการประเมินภาวะจิตสังคม (Depression, Anxiety, Self-esteem) และความรู้และเจตคติต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเด็ก และทำการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ และการใช้สารเสพติด
9. นำแบบแผนขบวนการส่งต่อที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นใช้กับเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความพร้อม โดยจัดทำในรูปของงานวิจัยนำร่อง (Pilot study)
10. ประเมินอุปสรรคและความสำเร็จของขบวนการส่งต่อจากทีมวิจัยและปรับพัฒนาให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

แผนงานในปีที่สองของการศึกษา

1. เตรียมความพร้อมของเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครองเพื่อให้มีความพร้อมต่อขบวนการส่งต่อ
2. ให้ความรู้และฝึกทักษะชีวิตให้กับเด็กวัยรุ่น
3. ส่งต่อเด็กวัยรุ่นที่มีความพร้อมเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่
4. ประเมินอุปสรรคและความพึงพอใจเป็นระยะ ๆ ต่อขบวนการส่งต่อจากบุคลากรทางการแพทย์ เด็กวัยรุ่นและผู้ปกครอง
5. เขียนรายงานให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง

แผนงานในปีที่สามของการศึกษา

1. เตรียมความพร้อมของเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครองเพื่อให้มีความพร้อมต่อขบวนการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง
2. ประเมินผลของการส่งต่อในกลุ่มเด็กวัยรุ่นเช่นเดียวกับตอนเก็บข้อมูลพื้นฐาน
3. ประเมินอุปสรรคและความพึงพอใจเป็นระยะ ๆ ต่อขบวนการส่งต่อจากบุคลากรทางการแพทย์ เด็กวัยรุ่นและผู้ปกครอง
4. วิเคราะห์ข้อมูล
5. เขียนรายงานให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้องและผู้ให้ทุน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach 2006. [cited 2006 Nov 30]. Available from URL:<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/art/en/index.html>.
2. Lyall H. Growing up, gaining independence principles for transition of HIV care. [cited 2006 Nov 10]. Available from URL: <http://www.bhiva.org/chiva/protocols/adolescent.html>.
3. Pavia AT. Management of pediatric/adolescent HIV and transition to adulthood. [cited 2006 Nov 10]. Available from URL: [http://www.clinicaloptions.com/HIV/Annual%20Updates/2006%20Annual%](http://www.clinicaloptions.com/HIV/Annual%20Updates/2006%20Annual%20Update.pdf)
4. Palella FJ Jr, Delaney K, Moorman A, Loveless M, Fuhrer J, Satten G, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med 1998; 338(13):853-60.
5. Battles H, Wiener L. From adolescence through young adulthood: psychosocial adjustment associated with long-term survival of HIV. J Adolesc Health 2002; 30(3):161-8.
6. Frederick T, Thomas P, Mascola L, Hsu H, Rakusan T, Mapson C, et al. Human immunodeficiency virus-infected adolescents: a descriptive study of older children in New York City, Los Angeles County, Massachusetts and Washington, DC. Pediatr Infect Dis J 2000; 19(6):551-5.
7. Gaughan D, Hughes M, Oleske J, Malee K, Gore C, Nachman S. Psychiatric hospitalizations among children and youths with human immunodeficiency virus infection. Pediatrics 2004; 113(6):e544-51.
8. van Griensven F, Supawitkul S, Kilmarx P, Limpakarnjanarat K, Young N, Manopaiboon C, et al. Rapid assessment of sexual behavior, drug use, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted diseases in northern Thai youth using audio-computer-assisted self-interviewing and noninvasive specimen collection. Pediatrics 2001; 108(1):E13.
9. Ruangchanasetr S, Plitponkarnpim A, Hetrakul P, Kongsakon R. Youth risk taking behavior survey: Bangkok, Thailand. J Adolesc Health 2005; 36(3):227-35.
10. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Prevalence and risk factors for depression in children: an outpatient pediatric sample. J Med Assoc Thai 1997; 80(5):303-10.
11. British HIV Association (BHIVA). Guidance on transition and long term follow up services for adolescents with HIV infection acquired in infancy. [cited 2006 Nov 10]. Available from URL: <http://www.bhiva.org/chiva/worddocs/2006/transition.doc>

ผลการศึกษา

I. การสัมภาษณ์เด็กวัยรุ่นติดเชื้อเอชไอวี

จากการสัมภาษณ์เด็กทั้งหมดจำนวน 87 ราย

ตารางที่ 1: ความคิดเห็นเรื่องการย้ายเด็กเพื่อไปรับการดูแลรักษาต่อที่คลินิกผู้ใหญ่

ประโยค	เห็นด้วย (1)	ไม่เห็นด้วย (2)
	n = 87	
1. หนูอยากรักษาที่คลินิกเด็กโรคติดเชื้อเอชไอวี	67 (77.9)	19 (22.1)
2. หนูคิดว่ากุมารแพทย์ (หมอเด็ก) ที่คลินิกโรคติดเชื้อสามารถดูแลหนูได้เมื่อเป็นวัยรุ่น	70 (81.4)	16 (18.6)
3. หนูคิดว่าเมื่อถึงเวลาหนูควรจะถูกย้ายไปรักษาที่คลินิกผู้ใหญ่เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่	62 (72.1)	24 (27.9)
4. หนูคิดว่าใครก็ได้สามารถดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีได้	56 (65.9)	29 (34.1)
5. หนูคิดว่าไม่อยากให้เด็กเปลี่ยนหมอบ่อย ๆ	65 (76.5)	20 (23.5)
6. หนูรู้สึกพอใจที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อ	71 (83.5)	14 (16.5)
7. หนูรู้สึกไม่แน่ใจว่าหมอผู้ใหญ่จะรักษาดูแลหนูได้ดี	49 (57.6)	36 (42.4)
8. หนูไม่อยากให้หมอผู้ใหญ่ดูแลรักษาหนูในอนาคต	35 (41.2)	50 (58.8)
9. หนูรู้สึกกลัวที่จะถูกย้ายไปรักษาที่คลินิกผู้ใหญ่	43 (51.2)	41 (48.8)
10. หนูรู้สึกกลัวที่จะพูดคุยกับหมอด้วยตัวเอง	33 (38.8)	52 (61.2)
11. หนูคิดว่าควรจะมีการฝึกทักษะการพูดคุยกับหมอด้วยตัวเอง โดยที่ไม่ต้องมีผู้ปกครองอยู่ด้วย	67 (81.4)	18 (21.2)

ตารางที่ 2 : ความคิดเห็นเกี่ยวกับคลินิก

2.1 หนูทราบหรือไม่ว่าโดยทั่วไปเด็กจะต้องถูกย้ายไปดูแลรักษาที่คลินิกผู้ใหญ่

n = 87		
ทราบ	ไม่ทราบ	ไม่แน่ใจ
17 (20.0)	50 (58.8)	18 (21.2)

2.2 ลักษณะของคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเด็ก เมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่นก่อนที่จะเข้าสู่ผู้ใหญ่ ควรจะเป็นอย่างไร

n = 87		
1. เป็นคลินิกรวม	2. เป็นคลินิกแยก	3. เป็นคลินิกสำหรับวัยรุ่นต่างหาก
18 (21.4)	20 (23.8)	46 (54.8)

ตารางที่ 2.3 หนูคิดว่าใครควรจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

	n = 87	
	ใช่	ไม่ใช่
หมอโรคเด็ก	74 (87.1)	11 (12.9)
หมอโรคผู้ใหญ่	56 (65.9)	29 (33.7)
หมอสูติรีแพทย์	44 (51.8)	41 (48.2)
หมอจิตแพทย์	45 (52.9)	40 (47.1)
เภสัชกร	48 (56.5)	37 (43.5)
ผู้ให้คำปรึกษา	72 (84.7)	13 (15.3)

ตารางที่ 3: การทดสอบความรู้ในเด็ก

ตารางที่ 3.1: หมวดความรู้ทั่วไป

ประโยค	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (2)	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (3)
	n = 88		
1. คนป่วยโรคเอดส์กับคนติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะอาการเหมือนกัน	47 (53.4)	22 (25.0)	19 (21.6)
2. คนติดเชื้อเอชไอวีอาจมองดูแข็งแรงอยู่	58 (65.9)	14 (15.9)	16 (18.2)
3. โรคเอดส์สามารถรักษาให้หายขาดได้	22 (25.3)	37 (42.5)	28 (32.2)
4. คนที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอจะทำให้เกิดการดื้อยาได้	66 (75.0)	10 (11.4)	12 (13.6)
5. แพทย์ใช้ระดับซีดีโฟร์/สี่ เพื่อติดตามการรักษา	43 (48.9)	6 (6.8)	39 (44.3)

ตารางที่ 3.2: หมวดการติดต่อ: โรคเอดส์สามารถติดต่อทางใดได้บ้าง

การติดต่อ	ได้ (1)	ไม่ได้ (2)	ไม่รู้/ไม่แน่ใจ (3)
	n = 88		
1. รับเลือดที่มีเชื้อ	63 (71.6)	11 (12.5)	14 (15.9)
2. เพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง	61 (69.3)	17 (19.3)	10 (11.4)
3. เพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย	36 (40.9)	28 (31.8)	24 (27.3)
4. ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน	56 (63.6)	25 (28.4)	7 (8.0)
5. หายใจรดกัน/ไอ จามใส่กัน	19 (21.8)	50 (57.5)	18 (20.7)
6. กินอาหารร่วมกัน / ใช้ของใช้ร่วมกัน เช่น จาน ชาม ช้อน	23 (26.1)	48 (54.5)	17 (19.3)
7. อยู่บ้านเดียวกัน	27 (30.7)	50 (56.8)	11 (12.5)
8. จากแม่ไปสู่ลูกในครรภ์	60 (68.2)	7 (8.0)	21 (23.9)
9. ใช้ห้องน้ำร่วมกัน	34 (38.6)	44 (50.0)	10 (11.4)
10. เรียนห้องเดียวกัน	36 (40.9)	47 (53.4)	5 (5.7)
11. ยุงกัด	27 (30.7)	42 (47.7)	19 (21.6)
12. บริจาเลือด	45 (51.1)	19 (21.6)	24 (27.3)
13. แม่สู่ลูกโดยการดูดนมแม่ที่ติดเชื้อ	47 (53.4)	18 (20.5)	23 (26.1)

ตารางที่ 4 : หมวดเจตคติของเด็ก

หนูเห็นด้วยกับประโยคต่อไปนี้หรือไม่	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย (3)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4)
	N = 88			
1. โรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่น่ากลัวอีกต่อไป	18 (20.5)	46 (52.3)	17 (19.3)	7 (8.0)
2. ข้าราชการโรคเอดส์มีประสิทธิภาพดีในปัจจุบัน	39 (44.3)	37 (42.0)	8 (9.1)	4 (4.5)
3. โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความหวัง	17 (19.3)	42 (47.7)	18 (20.5)	11 (12.5)
4. เด็กติดเชื้อเอดส์ไม่ควรเล่นกับเด็กอื่น	3 (3.4)	13 (14.8)	42 (47.7)	30 (34.1)
5. โรคเอดส์ เป็นโรคที่อาจตายได้ ถ้าไม่กินยา	31 (35.6)	42 (48.3)	11 (12.6)	3 (3.4)
6. หนูรู้สึกสงสารคนเป็นโรคเอดส์	38 (43.2)	41 (46.6)	3 (3.4)	6 (6.8)
7. หนูรู้สึกรังเกียจคนเป็นโรคเอดส์	6 (6.8)	11 (12.5)	40 (45.5)	31 (35.2)
8. หนูรู้สึกกลัวคนเป็นโรคเอดส์	5 (5.7)	19 (21.6)	40 (45.5)	24 (27.3)
9. เด็กที่ติดเชื้อเอดส์เป็นภาระกับครอบครัว	7 (8.0)	18 (20.5)	38 (43.2)	25 (28.4)
10. เด็กที่ติดเชื้อเอดส์ สามารถดำรงชีวิตเป็นปกติเหมือนเด็กอื่น ๆ ได้	38 (43.2)	34 (38.6)	9 (10.2)	7 (8.0)

ตารางที่ 5 : การทดสอบภาวะ Depression ในเด็ก

ภาวะ Depression	N (%)
1. ไม่มีภาวะ Depression	58 (65.9)
2. มีภาวะ Depression	30 (34.1)

ตารางที่ 6: Self-esteem

Very Low	Low	Below Average	Average	Above Average
2 (4.0)	10 (20.4)	9 (18.3)	25 (50.8)	3 (6.0)

ตารางที่ 7: ความคาดหวังของเด็ก

ความคาดหวัง	n = 87	
	ใช่	ไม่ใช่
มีแฟน	32 (37.6)	53 (62.4)
แต่งงาน	24 (28.2)	61 (71.8)
มีลูก	23 (27.1)	62 (72.9)
เรียนจบมัธยมศึกษาปีที่ 3	63 (75.1)	21 (25.0)
เรียนจบมัธยมศึกษาปีที่ 6	68 (80.0)	17 (20.0)
มีงานทำ	83 (97.6)	2 (2.4)

II. การสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของเด็กติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 1: การทดสอบภาวะ Depression ในผู้ใหญ่

ภาวะ Depression	N (%)
1. No depression	73 (86.9)
2. Mild depression	7 (8.3)
3. Less than major depression	4 (4.8)

ตารางที่ 2: ความคิดเห็นเรื่องการย้ายเด็กเพื่อไปรับการดูแลรักษาต่อที่คลินิกผู้ใหญ่

ประโยค	เห็นด้วย (1)	ไม่เห็นด้วย (2)
1. ท่านอยากให้เด็กรักษาที่คลินิกเด็กโรคติดเชื้อตลอดไป	74 (88.1)	10 (11.9)
2. ท่านคิดว่ากุมารแพทย์ที่คลินิกโรคติดเชื้อสามารถดูแลเด็กได้เมื่อเด็กเป็นวัยรุ่น	79 (94.0)	5 (6.0)
3. ท่านคิดว่าเมื่อถึงเวลาเด็กควรจะถูกย้ายไปรักษาที่คลินิกผู้ใหญ่	61 (72.6)	23 (27.4)
4. ท่านคิดว่าใครก็ได้สามารถดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีได้	52 (61.9)	32 (38.1)
5. ท่านคิดว่าไม่อยากจะให้เด็กเปลี่ยนหมอบ่อย ๆ	64 (76.2)	20 (23.8)
6. ท่านรู้สึกพอใจที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคติดเชื้อ	82 (97.6)	2 (2.4)
7. ท่านรู้สึกไม่แน่ใจว่าหมอผู้ใหญ่จะรักษาดูแลเด็กของท่านได้ดี	44 (52.4)	40 (47.6)
8. ท่านไม่อยากจะให้หมอผู้ใหญ่ดูแลรักษาเด็กของท่านในอนาคต	34 (40.5)	50 (59.5)
9. เด็กของท่านรู้สึกกลัวที่จะพูดคุยกับหมอด้วยตัวเอง	43 (51.2)	41 (48.8)
10. ท่านคิดว่าควรมีการฝึกทักษะให้เด็กในการพูดคุยกับหมอด้วยตัวเอง โดยที่ไม่ต้องมีผู้ปกครองอยู่ด้วย	77 (91.7)	7 (8.3)

ตารางที่ 3: ท่านทราบหรือไม่ว่าโดยทั่วไปเด็กจะต้องถูกย้ายไปดูแลรักษาที่คลินิกผู้ใหญ่

n = 84		
ทราบ	ไม่ทราบ	ไม่แน่ใจ
56 (66.7)	20 (23.8)	8 (9.5)

ตารางที่ 4: ลักษณะของคลินิก

n = 84		
1. เป็นคลินิกรวม	2. เป็นคลินิกแยก	3. เป็นคลินิกสำหรับวัยรุ่นต่างหาก
18 (21.4)	12 (14.3)	54 (64.3)

ตารางที่ 5: ท่านคิดว่าใครควรมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของท่านที่ติดเชื้อเอชไอวี

	n = 84	
	ใช่	ไม่ใช่
หมอโรคเด็ก	77 (91.7)	7 (8.3)
หมอโรคผู้ใหญ่	66 (78.6)	18 (21.4)
หมอสูติรีแพทย์	47 (56.0)	37 (44.0)
หมอจิตแพทย์	59 (70.2)	25 (29.8)
เภสัชกร	54 (64.3)	30 (35.7)
ผู้ให้คำปรึกษา	74 (88.1)	10 (11.9)

ผลการประเมินหลังจากเด็กวัยรุ่นย้ายไปคลินิกผู้ใหญ่

จำนวนเด็กทั้งหมดที่มีในคลินิก 173 คน จำนวนเด็กที่ย้าย 9 คน

ข้อมูลพื้นฐานของเด็กวัยรุ่นที่ย้าย จำนวน 9 คน มีดังนี้

- ผู้ชาย 4 ราย ผู้หญิง 5 ราย
- อายุเฉลี่ยขณะย้าย 18.0 ปี (ต่ำสุด 15.0 ปี สูงสุด 19.6 ปี)
- รับยาครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 11.4 ปี
- ที่ยังเรียนอยู่จำนวน 5 คน
- เด็กที่ทำงานแล้ว 4 คน

ความเห็นเกี่ยวกับคลินิกใหม่โดยการสำรวจจากเด็กวัยรุ่น

- เด็กวัยรุ่นที่ชอบคลินิกใหม่มีจำนวน 0 คน
- เด็กวัยรุ่นที่ไม่ชอบคลินิกใหม่มีจำนวน 6 คน
- เด็กวัยรุ่นที่ไม่มีความเห็นจำนวน 3 คน

สิ่งที่เด็กวัยรุ่นไม่ชอบมีดังนี้

- รอนาน
- เจ้าหน้าที่พูดไม่เพราะ (ยกเว้นเจ้าหน้าที่จ่ายยาแนะนำดี)
- ผู้ป่วยจำนวนมาก
- เสียเวลาเรียน
- คุณแลคนไข้ไม่ทั่วถึง
- เสร็จจบวนการที่คลินิกผู้ใหญ่แล้วกลับไปบ้านเครียดทุกครั้ง
- ถูกแพทย์ดูเรื่อง CD4 ต่ำ
- ยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาต้านไวรัสต้องจ่ายเงินเอง (ในขณะที่คลินิกเด็กจะเขียนใบสั่งยาให้ไปรับยาจากต้นสังกัด)

อายุที่เหมาะสมที่จะย้ายไปคลินิกผู้ใหญ่

20 ปีขึ้นไปหรือทำงานแล้ว

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

อยากย้ายกลับมาที่คลินิกเดิม จำนวน 7 คน

Output ที่ได้จากโครงการวิจัย

บทความทางวิชาการ

1. Oberdorfer P, Louthrenoo O, Puthanakit T, Sirisanthana V, Sirisanthana T. Quality of life among HIV-infected children in Thailand. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill) 2008; 7:141-7.
2. เพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. การดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่เข้าสู่วัยรุ่น. ใน: คุณิต สถาวร ฤทธิวิไล สามโกเศศ สมศักดิ์ โลหะโสหา. Advances in Pediatrics. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; หน้า: 205-213.
3. Lee B, Oberdorfer P. Risk-Taking Behaviors Among Vertically HIV Infected Adolescents in Northern Thailand. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill) 2009; 8:221-8.
4. เพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่เข้าสู่วัยรุ่นและการส่งต่อสู่คลินิกผู้ใหญ่. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2553; 49: 10-14.
5. เพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นและการส่งต่อ. ใน: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553. (In press).
6. Prapai Dejkharnon, Kevallee Unachak, Manik Chhabra, Peninnah Oberdorfer. A HIV-infected adolescent with polycystic ovary syndrome Running, 2010 (In press).
7. C.H. Washington, P. Oberdorfer. Stigma in perinatally HIV-infected adolescents, 2010. (manuscript in preparation)

การเสนอผลงาน ประชุมวิชาการ

1. The 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. July 24-27, 2007 Sydney, Australia. เพื่อรับฟังผลงานวิจัยใหม่ เกี่ยวกับการดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากต่างประเทศ และได้เข้าร่วมอบรมการให้คำปรึกษากับเด็กกลุ่มนี้ในด้านจิตสังคม และการดูแลระยะยาว
2. 5th World Congress of the World Society for Pediatric Infectious Diseases. Bangkok, Thailand, Nov 15-18, 2007 เพื่อศึกษาการดูแลเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในด้านโรคที่พบบ่อย และโรคติดเชื้ออื่น ๆ ในเด็กกลุ่มนี้ เช่น โรคฉวยโอกาส และวัณโรค เป็นต้น
3. การประชุมวิชาการ The 10th International Congress of Behavioral Medicine. วันที่ 27-30 สิงหาคม 2551 ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น
4. การประชุมวิชาการ The 8th annual TREAT Asia network meeting. วันที่ 17-20 ตุลาคม 2551 ณ Shangri-La Hotel, Chiang Mai

5. ประชุมวิชาการ Continuing the HIV Care in 2009: How to deal with multi-drug resistance and long-term treatment complications? ในวันที่ 26 มกราคม 2552 เวลา 08.30-12.00 น. ณ โรงแรมระรินจินดา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
6. ประชุมวิชาการ The 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis Treatment and Prevention 2009, Cape Town, South Africa วันที่ 19-22 กรกฎาคม 2552
7. ประชุมวิชาการ “นักวิจัยรุ่นใหม่...พบ...เมธีวิจัยอาวุโส สกว.” วันที่ 15-17 ตุลาคม 2552 ณ โรงแรม สอติเคย์อินน์ รีสอร์ท รีเจนท์ บีช ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี
8. Dejckhamron, K. Unachak, C. Washington, P. Oberdorfer. Growth and pubertal development in perinatally HIV- infected children, 2010. (in press)

วิทยานิพนธ์

1. Joanne Hendry, Peninnah Oberdorfer. Adherence to highly active anti retroviral therapy in HIV-infected children receiving treatment at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. วิทยานิพนธ์สำหรับนักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.

วิทยากรในประเทศและต่างประเทศ

1. การฝึกอบรมนานาชาติหลักสูตร HIV/AIDS Prevention and care for children and vulnerable young people. วันที่ 14-25 กรกฎาคม 2551 ณ ห้องเจียงคำ ชั้น 3 โรงแรมเดอะปาร์ค จังหวัดเชียงใหม่
2. การฝึกอบรมเรื่อง "ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้อ่อนด้อย" วันที่ 14 พฤศจิกายน 2551 ณ ห้องประชุมชั้น 4 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. วิทยากรเรื่อง “การถ่ายโอนคลินิกเอชไอวีและการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยวัยรุ่น” วันที่ 17-18 กันยายน 2552 ณ โรงแรมเชียงใหม่ฮิลล์ จังหวัดเชียงใหม่ จัดโดย PHPT เชียงใหม่
4. วิทยากรเรื่อง “การดูแลและให้การปรึกษาเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี และกรณีศึกษา” วันที่ 2 ตุลาคม 2552 ณ ห้องกาญจนาภิเษก ชั้น 3 โรงแรมโฟร์วีกส์ ซอยสุขุมวิท 26 กรุงเทพฯ โดย สำนักโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข
5. วิทยากรเรื่อง “Care of HIV adolescents: Challenges”. At the “8th annual TREAT Asia Network Meeting” TREAT Asia, at the Four-season Hotel. 9th-12th October, 2009.
6. วิทยากรเรื่อง “HIV infection 2009: Where are we?” วันที่ 29 ตุลาคม 2552 ณ โรงแรม Centara Grand at Central World ปทุมวัน กรุงเทพฯ โดยสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

7. วิทยากรเรื่อง “การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้ป่วยเด็ก” วันที่ 20 พฤศจิกายน 2552 ณ ห้องประชุมเบญจรัตน์ ชั้น 5 อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ โรงพยาบาลนครปฐม จัดโดย โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม
8. วิทยากรเรื่อง “Disclosure of HIV status to children and adolescents”, “Challenges of children/adolescent HIV care in Thailand: Lessons learned”, “Disclosure of HIV status: Why and how? How good?” ในการประชุมวิชาการ The 6th Australian update on HIV in children and families เมื่อวันที่ 25-26 กุมภาพันธ์ 2553 ณ ประเทศออสเตรเลีย

จากรายงานผลการปฏิบัติงานทำให้เกิดความคิดที่มีประโยชน์หรือสร้างสรรค์ดังต่อไปนี้

1. ได้มีโอกาสทำงานร่วมกับทีมสาขาวิชาอื่นแบบสหสาขา โดยมีการประสานงานและทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งที่ประโยชน์ของเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้เป็นหลัก และให้ได้วิธีการดำเนินงานที่น่าจะเป็นแบบอย่างให้กับคลินิกเด็กและวัยรุ่นในที่ต่าง ๆ ของประเทศไทย
2. สามารถจัดดำเนินการย้ายเด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ตามความเหมาะสมในสถานการณ์ของประเทศไทย พร้อมทั้งมีการประเมินความพร้อมก่อนที่เด็กเหล่านี้จะได้ย้ายเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ในด้านต่าง ๆ รวมทั้งวินัยในการกินยาและปัญหาทางด้านจิตสังคม
3. มีการดำเนินงานต่อเนื่องและเป็นระบบ ซึ่งจะส่งผลให้มีความคงทนของการดำเนินงานต่อไปในอนาคต โดยมีทีมทำงานประสานกันอย่างใกล้ชิด
4. ได้เรียนรู้ถึงผลของการย้ายเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากคลินิกเด็กไปยังคลินิกผู้ใหญ่ว่าเด็กส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคยกับคลินิกใหม่ และรู้สึกไม่ชอบ เนื่องจากเห็นผลหลายประการ เช่น รอนาน เจ้าหน้าที่มีเวลาน้อย ไปโรงเรียนไม่ทัน และระบบมีความยุ่งยาก พร้อมทั้งแสดงความรู้สึกที่อยากกลับมาคลินิกเด็กอย่างเดิม
5. ทางทีมได้นำความรู้จากการศึกษานี้พร้อมทั้งข้อคิดเห็นที่มีประโยชน์ของเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครองมาปรับปรุงขบวนการส่งต่อเด็กวัยรุ่นเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ ซึ่งควรพิจารณาอยู่หลายปัจจัย ดังนี้
 1. ลักษณะโรงพยาบาลที่ดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี ว่ามีการจัดคลินิกเด็กหรือคลินิกผู้ใหญ่เป็นอย่างไร หากว่ามีการรวมคลินิกเข้าด้วยกันอยู่แล้ว อาจจะทำให้ได้ง่าย เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาตั้งแต่แรก รวมทั้งเด็กมีความคุ้นเคยกับแพทย์และทีมตั้งแต่แรกเริ่มที่ให้ยาต้านไวรัส หากคลินิกเด็กแยกออกจากคลินิกผู้ใหญ่อย่างชัดเจน และเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่ใช่ทีมเดียวกัน ทำให้เด็กมีความรู้สึกไม่คุ้นเคยในการที่จะพบกับทีมผู้ดูแลใหม่ ในกรณีเช่นนี้อาจจะต้องรอให้เด็กมีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ขึ้น และมีการปรับตัวที่ดีก่อนที่จะย้ายไปสู่คลินิกผู้ใหญ่
 2. อายุของเด็ก บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญถึงอายุสมองและระดับสติปัญญาของเด็กกลุ่มนี้ในการประมาณอายุของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากเด็กติดเชื้อเอชไอวี

ในประเทศไทย ได้รับยาต้านไวรัสค่อนข้างช้าในอดีต ทำให้เด็กเหล่านี้ป่วยเป็นโรคฉวยโอกาสและมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และส่งผลให้การพัฒนาของสมองเป็นไปได้ช้า บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรจะใช้อายุจริงเป็นการประเมินในการย้ายเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ ควรจะมีการประเมินอายุสมองไอคิว การปรับตัว และการเรียน เพื่อประกอบ

3. **การเตรียมความพร้อม** จากการศึกษานี้ ผู้วิจัยพบว่า การเตรียมความพร้อมเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งควรจะครอบคลุมในสิ่งเหล่านี้

1. การพูดคุยกับเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครอง
2. วินัยในการกินยา
3. ความเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม เช่น การใช้ยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์
4. ภาวะทางจิตสังคม ภาวะซึมเศร้า
5. การส่งต่อระหว่างกุมารแพทย์และอายุรแพทย์

โดยสรุป จากการศึกษา พบว่าเด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่มีความพร้อมที่จะย้ายไปสู่คลินิกผู้ใหญ่ เนื่องจากความไม่คุ้นเคยกับคลินิกใหม่ เสียเวลารอนาน รีบไปโรงเรียน และไม่มีเวลาพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ได้เช่นเดียวกับคลินิกเด็ก ผู้วิจัยจึงวางแผนที่จะนำเด็กวัยรุ่นเหล่านี้บางส่วนที่อยากกลับมาที่คลินิกเด็ก เพื่อเตรียมความพร้อมและเวลาที่เหมาะสมในการส่งต่อ โดยที่เด็กเหล่านี้จะได้มีพัฒนาการที่พร้อมเข้าสู่ภาวะผู้ใหญ่ก่อนที่จะเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่ต่อไป

ปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้วิจัยเห็นว่า ในการศึกษาเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลใหญ่ โดยมีคลินิกเด็กแยกออกจากคลินิกผู้ใหญ่ และมีบุคลากรทางการแพทย์ต่างทีมกัน เด็กวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวียังมีความรู้สึกที่ไม่พร้อมที่จะย้ายไปสู่คลินิกผู้ใหญ่ เนื่องจากความไม่สะดวกหลายประการ เช่น จำนวนผู้ป่วยมาก คลินิกแออัด เสียเวลารอนาน ไม่มีเวลาพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ และต้องรีบไปโรงเรียน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เด็กบางส่วนแสดงความรู้สึกอยากจะกลับมายังคลินิกเด็ก ทางที่ผู้วิจัยจึงจะได้วางแผนนำเด็กเหล่านี้มาเตรียมความพร้อมก่อนที่จะถึงเวลาที่เหมาะสมในการส่งต่อ

ความเห็นและข้อเสนอแนะ

การส่งต่อเด็กวัยรุ่นเข้าสู่คลินิกผู้ใหญ่จัดเป็นขบวนการต่อเนื่องที่ควรมีการเตรียมตัวทีมผู้ดูแลให้มีความเข้าใจถึงความสำคัญของการส่งต่อ พร้อมทั้งควรมีการพูดคุยกันระหว่างทีมผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นเหล่านี้ เพื่อจะได้มีการจัดเตรียมเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครองเพื่อการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ รูปแบบของการส่งต่ออาจมีหลายรูปแบบตามลักษณะของสังคม ครอบครัว การจัดคลินิกในโรงพยาบาล รวมทั้งทรัพยากรบุคคลในแต่ละที่ โดยทั้งนี้การส่งต่อควรจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และควรจะมีการประเมินติดตามหลังจากที่เด็กได้ย้ายไปสู่คลินิกผู้ใหญ่แล้ว เพื่อจะได้ช่วยเหลือเด็กและผู้ปกครองให้สามารถรับยาต้านไวรัส และปรับตัวเองต่อไป

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงเพณีนารถ โอเบอร์คอร์เฟอร์)

หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

ภาคผนวก

1. บทความทางวิชาการ

- 1.1 Oberdorfer P, Louthrenoo O, Puthanakit T, Sirisanthana V, Sirisanthana T. Quality of life among HIV-infected children in Thailand. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill)* 2008; 7:141-7.
- 1.2 เพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. การดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่เข้าสู่วัยรุ่น. ใน: คุณิต ฤทธิไธ สามโกเศศ สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. *Advances in Pediatrics*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; หน้า: 205-213.
- 1.3 Lee B, Oberdorfer P. Risk-Taking Behaviors Among Vertically HIV Infected Adolescents in Northern Thailand. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill)* 2009; 8:221-8.
- 1.4 เพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่เข้าสู่วัยรุ่นและการส่งต่อสู่คลินิกผู้ใหญ่. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2553; 49: 10-14.
- 1.5 เพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นและการส่งต่อ. ใน: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553*. (In press).
- 1.6 Prapai Dejkharnon, Kevallee Unachak, Manik Chhabra, Peninnah Oberdorfer. A HIV-infected adolescent with polycystic ovary syndrome Running, 2010 (In press).
- 1.7 C.H. Washington, P. Oberdorfer. Stigma in perinatally HIV-infected adolescents, 2010. (manuscript in preparation)

2. บทความย่อและเสนอผลงานวิจัย

- 2.1 Dejkharnon, K. Unachak, C. Washington, P. Oberdorfer. Growth and pubertal development in perinatally HIV- infected children, 2010. (in press)
- 2.2 Joanne Hendry, Peninnah Oberdorfer. Adherence to highly active anti retroviral therapy in HIV-infected children receiving treatment at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *วิทยานิพนธ์สำหรับนักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 2553.
- 2.3 C.H. Washington, P. Oberdorfer. Stigma in perinatally HIV-infected adolescents, 2010. (In press)
- 2.4 การเข้าร่วมการประชุมวิชาการ “นักวิจัยรุ่นใหม่...พบ...เมธีวิจัยอาวุโส สกว.” (สกว.) ณ โรงแรมฮอลิเดย์อินน์ รีสอร์ท รีเจนท์ บีช ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี 15-17 ตุลาคม 2552

3. กิจกรรมให้ความรู้สำหรับวัยรุ่น
4. สถานที่จริงสำหรับคลินิกเฉพาะ

1. บทความทางวิชาการ

1.1 Oberdorfer P, Louthrenoo O, Puthanakit T, Sirisanthana V, Sirisanthana T. Quality of life among HIV-infected children in Thailand. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill) 2008; 7:141-7.

- 1.2 เพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. การดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่เข้าสู่
สู่วัยรุ่น. ใน: ดุสิต สถาวร ฤดีวิไล สามโกเศศ สมศักดิ์ โล่ห์เลขา.
Advances in Pediatrics. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่ง
ประเทศไทย. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; หน้า: 205-213.

- 1.3 Lee B, Oberdorfer P. Risk-Taking Behaviors Among Vertically HIV Infected Adolescents in Northern Thailand. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill) 2009; 8:221-8.**

- 1.4 เพณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่เข้าสู่วัยรุ่นและการส่งต่อสู่คลินิกผู้ใหญ่. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2553; 49: 10-14.

1.5 เพณินาท์ โอเบอร์ตอร์เฟอร์. การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นและการส่งต่อ. ใน:
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553. (In press).

1.6 Prapai Dejkhamron, Kevalee Unachak, Manik Chhabra, Peninnah Oberdorfer. A HIV-infected adolescent with polycystic ovary syndrome Running, 2010 (In press).

1.7 C.H. Washington, P. Oberdorfer. Stigma in perinatally HIV-infected adolescents, 2010. (manuscript in preparation)

2. บทคัดย่อและเสนอผลงานวิจัย

- 2.1 P. Dejkhamron, K. Unachak, C. Washington, P. Oberdorfer.
Growth and pubertal development in perinatally HIV- infected
children, 2010. (in press)**

Growth and pubertal development in perinatally HIV- infected children

P. Dejkhamron¹, K. Unachak¹, C. Washington², P. Oberdorfer¹

¹Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand,

²Department of Epidemiology, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, United States

Background

As the first perinatally HIV- infected children transition through puberty to adulthood, the impact of HIV disease, its associated immunosuppression, and highly active antiretroviral therapy (HAART) on skeletal growth and pubertal maturation have become areas of increasing interest.

Methods

A cross –sectional study among HIV-infected children on HAART underwent a standardized development assessment. We measured weight, height, tanner stage, axillary hair, and age of menarche.

Results

A total of 99 children participated in study, 63 girls were assessed with an mean age of 12.0 (6-18.8) and 51 boys were assessed with an mean age of 12.1 (6-17). Almost all (97.8%) received NNRTI-based regimens, and around one-third (27.5%) have received HAART for more than 5 years. The girls had a mean BMI of 16.7 (10.0-23.6), 81% are less than the 50th tile for weight and height, mean breast stage of 2.7 (1-5), and mean pubic hair stage of 2.0 (1-5). Mean age of menarche was 12.6 years (12-14) and all girls had reached menarche by 16 years. One girl (1.6%) was found to have delayed puberty. The boys had a mean BMI of 16.9 (11.6-26.0) 71% are less than the 50th %tile for weight and 80% are less than the 50th %tile for height, mean Tanner stage of 1.9 (1-5), and mean testes size of 8.6 (2-25). One boy (2.0%) was found to have precocious puberty, all of the rest were assessed as normal.

Discussion

The perinatally HIV-infected children on HAART in this study appear to be achieving pubertal milestones at a similar rate as the general population, although most growth is less than the 50th %tile. It is important help HIV infected children achieve development similar to their peers. Further longitudinal studies are needed to better characterize their growth and development.

2.2 C.H. Washington, P. Oberdorfer. Stigma in perinatally HIV-infected adolescents, 2010. ประชุมวิชาการ 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, South Africa, 19-22 July 2009

Stigma in perinatally HIV-infected adolescents

C.H. Washington¹, P. Oberdorfer²

¹Department of Epidemiology, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, United States, ²Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

Background

HIV stigma is an important barrier to HIV control and prevention, having a major influence on adherence to medications, and influencing the use of preventative measures. Despite the significant impact of stigma on medical outcomes, there is scant data for children or adolescents born with HIV.

Methods

A cross-sectional study was conducted in 2008 among perinatally HIV-infected adolescents in Chiang Mai, Thailand. A standardized questionnaire assessing HIV-related stigma in 4 settings (home, community, school, and healthcare) was administered.

Results

A total of 79 adolescents (median age: 13 years, range: 10-18.9; 53% females) participated in the study. Ninety-five percent reported attending school; both parents were alive for 21%. Forty-two percent have been treated with HAART for more than 5 years. Only half (51%) said that an HIV-infected person had hope and 52% said that an HIV-infected person could live in the community normally. Twenty-four percent said that they were afraid that other people would eventually find out that they were HIV-infected. More than half (65%) reported that they had to use their own glass at home, and one-third reported that they had been teased with a bad name, such as 'AIDS kid'. Around one-fourth reported that surrounding people had stopped being their friends because they were infected with HIV. However, at the hospital more than half (61%) felt that the doctors took care of them as normal children.

Conclusions

Despite access to HAART, stigma still exists and has substantial implications for the health and wellbeing of HIV-infected adolescents. Stigma seems to be higher in school and community settings than in health care settings. Additional approaches are needed to address stigma in HIV-infected adolescents, understand its changes after initiation of HAART, and challenges adolescents face when becoming HIV-positive adults.

2.3 การเข้าร่วมการประชุมวิชาการ 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, South Africa, 19-22 July 2009 ซึ่งมีโอกาสได้รับฟังและแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านวิชาการ รวมทั้งนำเสนอผลงานวิจัยที่ได้รับการตอบรับ

What HIV-infected adolescents think and feel about moving to an adult HIV-clinic

P. Oberdorfer¹, C. Charnsil², O. Louthrenoo¹, P. Sirivatanapa³, V. Sirisanthana¹

¹Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand, ²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand, ³Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

Background: Today, many perinatally HIV-infected children on HAART are becoming adolescents in Thailand. Eventually they will be transferred to adult clinics. We examined what such adolescents think and feel about moving to an adult HIV-clinic.

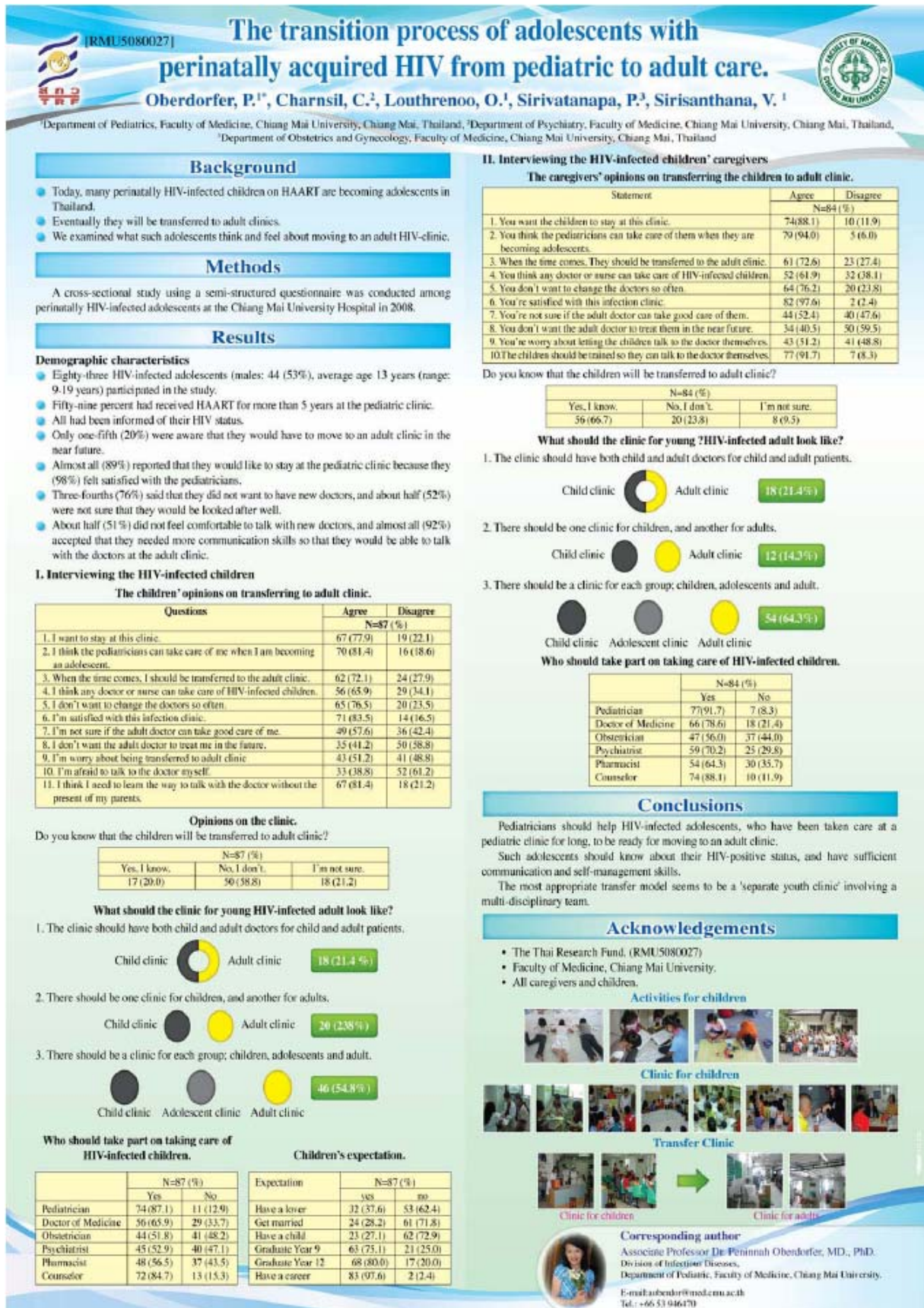
Methods: A cross-sectional study using a semi-structured questionnaire was conducted among perinatally HIV-infected adolescents at the Chiang Mai University Hospital in 2008.

Results: Eighty-three HIV-infected adolescents (males: 44 (53%), average age 13 years (range: 9-19 years) participated in the study. Fifty-nine percent had received HAART for more than 5 years at the pediatric clinic. All had been informed of their HIV status. Only one-fifth (20%) were aware that they would have to move to an adult clinic in the near future. Almost all (89%) reported that they would like to stay at the pediatric clinic because they (98%) felt satisfied with the pediatricians. Three-fourths (76%) said that they did not want to have new doctors, and about half (52%) were not sure that they would be looked after well. About half (51%) did not feel comfortable to talk with new doctors, and almost all (92%) accepted that they needed more communication skills so that they would be able to talk with the doctors at the adult clinic. When asked which transferring model they would prefer, more participants (55%) preferred a 'separate youth clinic' over a 'handing over clinic' (24%) or an 'integrating clinic' (21%).

Conclusions: Pediatricians should help HIV-infected adolescents, who have been taken care at a pediatric clinic for long, to be ready for moving to an adult clinic. Such adolescents should know about their HIV-positive status, and have sufficient communication and self-management skills. The most appropriate transfer model seems to be a 'separate youth clinic' involving a multi-disciplinary team.

**2.4 การเข้าร่วมการประชุมวิชาการ “นักวิจัยรุ่นใหม่...พบ...เมธีวิจัยอาวุโส
สกว.” (สกว.) ณ โรงแรมฮอติเคย์อินน์ รีสอร์ท รีเจนท์ บีช ชะอำ จังหวัด
เพชรบุรี 15-17 ตุลาคม 2552**

โปสเตอร์เสนอผลงานวิจัย



3. กิจกรรมให้ความรู้สำหรับวัยรุ่น

กิจกรรมให้ความรู้สำหรับวัยรุ่น

วันที่ 3 เมษายน 2552

ณ สวนพฤกษศาสตร์ทิวชล อำเภอคอยสะเกต จังหวัดเชียงใหม่

1.1 การจัดกิจกรรมเสริมเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับเด็กวัยรุ่นและผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมเสริมจากทีมมูลนิธิรักษ์ไทย



เด็ก ๆ ร่วมกันทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งจัดโดยทีมมูลนิธิรักษ์ไทย

กิจกรรมพบจิตแพทย์



ผศ.นพ.ชวนนท์ ชาญศิลป์ จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบปะให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครอง

กิจกรรมพบสูตินรีแพทย์



รศ.พญ.พรรณี ศิริวรรณานา จากภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พบปะพูดคุยให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครอง

กิจกรรมพบเภสัชกร



ทีมเภสัชกร จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ได้ให้ความรู้เรื่องวินัยในการกินยา และความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับยา
ให้กับผู้ปกครอง

กิจกรรมการพบอายุรแพทย์



ผศ.นพ.วินัย สุริยานนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พบปะพูดคุยและแนะนำตัว กับเด็กและผู้ปกครอง เพื่อให้คุ้นเคยก่อนจะย้ายไป
คลินิกผู้ใหญ่

กิจกรรมการพบกุมารแพทย์ สาขาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม



รศ.พญ.เกวลี อุณจักร และ อ.พญ.ประไพ เดชคำรณ จากภาควิชากุมารเวชศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้พบปะพูดคุยกับผู้ปกครอง
 และตรวจร่างกายเด็ก

การจัดทำสมุดบันทึกประจำตัวสำหรับเด็ก



เด็ก ๆ จัดทำสมุดบันทึกของตัวเอง

1.2 ภาพประชุมปรึกษาหารือทีมวิจัย



การประชุมปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ ร่วมกับทีม

กิจกรรมให้ความรู้สำหรับวัยรุ่น

วันที่ 2 เมษายน 2553

ณ ชั้น 4 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



กิจกรรมให้ความรู้สำหรับวัยรุ่น

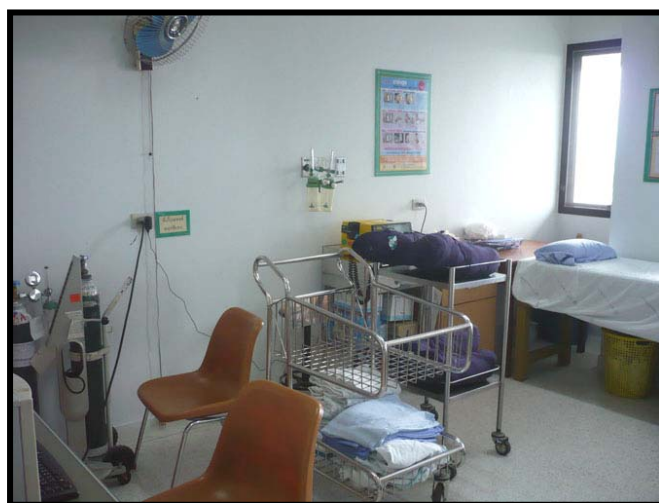
วันที่ 2 เมษายน 2553

ณ ชั้น 4 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



4. สถานที่จริงสำหรับคลินิกเฉพาะ

สถานที่จริงสำหรับคลินิกเฉพาะ



ลักษณะคลินิกผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นสถานที่ที่เด็กจะต้องย้ายมารับบริการที่นี่