

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์:
การประยุกต์ใช้รูปแบบทฤษฎีไอเรทิกเคิล



นางสาวกนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ISBN 974-17-2944-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ADHERENCE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY IN HIV-INFECTED/AIDS PATIENTS:
APPLICATION OF TRANSTHEORETICAL MODEL



Miss Kanitta Punsreniramon

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement
for the Degree of Master of Science in Pharmacy Program in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy

Faculty of Pharmaceutical Science

Chulalongkorn University

Academic year 2006

ISBN 974-17-2944-4

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานสทิโอเรทิเคิล

โดย

นางสาวกนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล

สาขาวิชา

เภสัชกรรมคลินิก

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์สาริณีย์ กฤตยานันต์

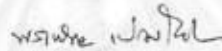
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งเพชร สกฤตบำรุงศิลป์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

นายแพทย์วรพจน์ ดันตศิรีวัฒน์

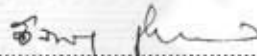
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต



.....คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

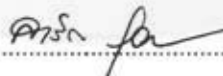
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรเพ็ญ เปรมโยธิน)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



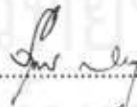
.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์อังกฎรา อูทิสวรรณกุล)



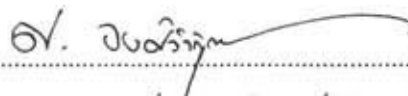
.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์สาริณีย์ กฤตยานันต์)



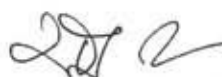
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งเพชร สกฤตบำรุงศิลป์)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกกิจ วงศ์วิวัฒนนุกิจ)



.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร้อยตำรวจเอกหญิงสุนัญญา กิตติโสภี)

กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล : ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทฤษฎีสถิติโอเรทิเคิล. (ADHERENCE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY IN HIV-INFECTED/AIDS PATIENTS: APPLICATION OF TRANSTHEORETICAL MODEL) อ. ที่ปรึกษา: รศ. สารีณี กฤตยานันต์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ดร. รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ และ รศ. นพ. วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์, 166 หน้า, ISBN 974-17-2944-4.

การวิจัยนี้เป็น cross-sectional study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (2) ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา (stage of change, SOC) เก็บข้อมูลตั้งแต่ มกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2549 ใน 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลคำเนินสะดวก โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย 276 ราย เป็นเพศชาย และหญิงในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 38.9 ± 8.4 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาเทียบเท่าหรือต่ำกว่าระดับประถมศึกษา มีรายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บ ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยสูบบุหรี่ และไม่เคยใช้ยาเสพติดอื่น เมื่อเริ่มต้นการรักษาความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ B และ C ยา GPO-vir เป็นสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้มากที่สุด ระยะเวลาใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เฉลี่ย 19.6±12.9 เดือน ความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยจากแบบสอบถาม GEEMA การจดบันทึกเวลาการรับประทานยา และการนับเม็ดยา เท่ากับร้อยละ 91.7, 95.5 และ 97.3 ตามลำดับ การวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ใช้คะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม GEEMA ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา พบปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ดังนี้ (1) ปัจจัยผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้เรื่องโรคและยา ระดับความเคยชินในการใช้ยา และความมั่นใจในตัวเองต่อการใช้ยา (2) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ รายได้ และ แรงสนับสนุนจากสังคม โดยเฉพาะหมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และหมวดความรู้สึกรักเป็นที่รักของบุคคลอื่น (3) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านโรคและยาต่อความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อนำปัจจัยทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยสถิติความถดถอยเชิงพหุ ร้อยละ 28.6 ของความแปรปรวนของความร่วมมือในการใช้ยา ถูกอธิบายด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ อายุ ความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อแยกวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา มีความแตกต่างกันในแต่ละ SOC ผู้ป่วยส่วนมากมี SOC อยู่ในระดับ action (A) และระดับ maintenance (M) (ร้อยละ 32.2 และร้อยละ 35.0 ตามลำดับ) เมื่อรวมผู้ป่วยในระดับ precontemplation (PC), contemplation (C) และ preparation (P) เป็นกลุ่มเดียวกัน พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาในระดับ PC-C-P, A และ M เป็นร้อยละ 90.2, 93.6 และ 95.2 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาของทั้ง 3 กลุ่ม (PC-C-P, A และ M) ด้วย ANOVA พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาของระดับ PC-C-P และ M สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการใช้ยาจะเพิ่มขึ้นตาม SOC ที่สูงขึ้น กิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ควรประกอบด้วยหลายกลยุทธ์และต้องคำนึงถึง SOC ของผู้ป่วยด้วย

ภาควิชา.....เภสัชกรรม..... ลายมือชื่อนิสิต..... กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล
สาขาวิชา.....เภสัชกรรมคลินิก..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... อ. สารีณี กฤตยานันต์
ปีการศึกษา2549..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... รศ. วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... ผศ. ดร. รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์

4776551833: MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEY WORD: Transtheoretical model / adherence / relationship / stage of change / HIV-infected

KANITTA PUNSRENITRAMON: ADHERENCE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY IN HIV-INFECTED/AIDS PATIENTS: APPLICATION OF TRANSTHEORETICAL MODEL. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. SARINEE KRITTIYANUNT, THESIS CO-ADVISOR: ASST. PROF. RUNGPETCH SAKULBUMRUNGSIL, Ph.D., ASSOC. PROF. WORAPHOT TANTISIRIWAT, MD. 166 pp. ISBN 974-17-2944-4.

The purposes of this cross-sectional research were to study: (1) medication adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected/AIDS patients in the national access to antiretroviral programs for people HIV/AIDS, (2) factors influencing patients' medication adherence, and (3) relationship between medication adherence and patients' stage of change (SOC). The data collection was carried out during January to June 2006 in 3 hospitals: Damnoensaduak, Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, and Somdetphraphuttalerta. Two hundred seventy six patients were included in the study. The proportion of male and female patients was almost equal with an average age of 38.9 ± 8.4 years old. The majority of patients had education \leq elementary level with income just enough for their living. Most of them denied alcohol consumption, smoking, and other drug abuse. At the initial of therapy, most patients had disease severity in categories B and C. GPO-vir was most prescribed to patients for the average duration of 19.6 ± 12.9 months. The medication adherence measured by GEEMA questionnaires, medication-taking diary, and pill counts methods were 91.7, 95.5, and 97.3% respectively. Correlation analysis using adherence score from GEEMA revealed that factors affecting medication adherence were: (1) patient factors including age, history of alcohol consumption, medicine and disease knowledge, habit strength, and self-efficacy in medication adherence, (2) social factors including income and two dimensions of social support (tangible support and affectionate support), (3) the relationship between health care team and patients. However, medicine and disease factors were found no significant correlation. When these factors were entered into the multiple regression analysis, six factors including history of alcohol consumption, relationship between health care team and patients, medicine and disease knowledge, age, self-efficacy, and social support significantly explained 28.6% of variance of patients' medication adherence. Further analysis revealed that different stages of change required different factors in explaining medication adherence. The patients were mainly in the Action (A) and Maintenance (M) stages of change (32.2% and 35.0%, respectively). When grouping patients in precontemplation (PC), contemplation (C), and preparation (P) stages as one group, the average adherence scores of PC-C-P, A, and M stages of change were 90.2%, 93.6%, 95.2%, respectively. The comparison of medication adherence among 3 groups (PC-C-P, A, and M) using ANOVA found significant difference between PC-C-P and M. In conclusion, as the stage of change was improved patients' adherence was increased. Patients' stage of change had to be taken into account when designing multifaceted strategies to improve and support patients' adherence to antiretroviral therapy.

Department.....Pharmacy.....

Field of study.....Clinical Pharmacy....

Academic year.....2006.....

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Co-advisor's signature.....

Co-advisor's signature.....

Handwritten signature of Kanitta Punsrenitramon

Handwritten signature of Assoc. Prof. Sarinee Krittiyanunt

Handwritten signature of Asst. Prof. Rungpetch Sakulbumrungsil

Handwritten signature of Assoc. Prof. Woraphot Tantisirawat

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่อนุญาตให้เข้าทำการวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณรงค์ เห็นประเสริฐแท้ เกษัชกรหญิงฉัตรพร ชุ่มจิต นายแพทย์พิเชียร วุฒิสถิรภิญโญ และเกษัชกรหญิงอัญชลี อารยชัยชาญ ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนและสถิติ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขศึกษาพยาบาลประจำคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยา เกษัชกรและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนอุดหนุนส่วนหนึ่งในการวิจัยนี้

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สาริณีย์ กฤตยานันต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ตลอดจนควบคุมการวิจัยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษา ทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ จนทำให้การวิจัยประสบความสำเร็จ

ท้ายนี้ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ และเพื่อนๆ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยในครั้งนี้

สิริสุขนันทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฅ
สารบัญรูป.....	ณ
รายการอักษรย่อ	ด
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 แนวเหตุผล ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
การรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบัน.....	10
ปัจจัยที่มีผลต่อความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์.....	12
ความร่วมมือในการใช้ยา	13
การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์.....	14
ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์.....	19
ปัจจัยด้านผู้ป่วย.....	19
ปัจจัยด้านโรคและยา.....	21

ปัจจัยด้านสังคม.....	23
ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย.....	24
รูปแบบทราบดีทรีโอเรทเคิล.....	24
ระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.....	25
การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม.....	27
ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง.....	28
ระดับความเคยชิน.....	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
1. การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย.....	31
2. การดำเนินการวิจัย.....	34
3. การวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล	38
4. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	45
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
ส่วนที่ 1 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์.....	46
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	47
2. ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์โดยเครื่องมือ 3 วิธี.....	49
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการประเมินโดยเครื่องมือทั้ง 3 วิธี.....	54
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์.....	57
1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย.....	57
2. ปัจจัยด้านโรคและยา.....	75
3. ปัจจัยด้านสังคม.....	83
4. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย.....	89

5. การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ.....	94
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา.....	100
1. ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา.....	100
2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ กับการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการใช้ยา ความมั่นใจในความสามารถของตัวเองในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครบทุกมื้อตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง และระดับความเคยชินในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย.....	103
3. การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ แบ่งผู้ป่วยตามระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา.....	105
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	109
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	114
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต.....	114
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	115
เอกสารอ้างอิง.....	116
ภาคผนวก.....	125
ภาคผนวก ก ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	126
ภาคผนวก ข แบบบันทึกประวัติการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ประวัติความเจ็บป่วย และข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย	129

ภาคผนวก ค	แบบสอบถามชุดที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการใช้ยา (decision balance), แบบประเมินความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครบทุกมื้อตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง (self-efficacy), แบบประเมินระดับความเคยชิน (habit strength), ระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (stage of change) และความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์.....	133
ภาคผนวก ง	แบบสอบถามชุดที่ 2 ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ด้านโรคและยาต้านไวรัสเอดส์, แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย, แบบประเมินแรงสนับสนุนจากสังคม (social support) และแบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย	139
ภาคผนวก จ	แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคเอดส์.....	143
ภาคผนวก ฉ	สมุดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	145
ภาคผนวก ช	วิธีคำนวณแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์.....	149
ภาคผนวก ซ	อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์	151
ภาคผนวก ฅ	กรอบแนวคิดการแบ่งระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	157
ภาคผนวก ฎ	ผลการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย.....	158
ประวัติผู้วิจัย.....		166

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....	22
2	ความสัมพันธ์ของระดับความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กับโครงสร้างส่วนอื่นตามรูปแบบทฤษฎีสติไอเรทีเคิล.....	30
3	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
4	ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือทำการประเมินโดยเครื่องมือทั้ง 3 วิธี.....	50
5	ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี.....	51
6	ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์แต่ละโรงพยาบาลประเมินจากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี.....	52
7	ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่วัดได้จากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี.....	55
8	ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของระดับเซลล์ซีดี4 ก่อนเข้ารับการรักษากับค่าครั้งล่าสุดของผู้ป่วย กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการประเมินโดยเครื่องมือทั้ง 3 วิธี.....	56
9	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับอายุของผู้ป่วย.....	57
10	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	58
11	ร้อยละของคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์.....	60
12	ประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ของตัวผู้ป่วยเอง.....	60
13	ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์แต่ละโรงพยาบาล.....	61
14	ผู้ป่วยที่ได้คะแนนความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ระดับสูง ปานกลาง และต่ำในแต่ละโรงพยาบาล.....	62
15	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์.....	63
16	ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย.....	65

ตารางที่		หน้า
17	ระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยเทียบกับคนทั่วไป.....	66
18	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะสุขภาพจิต.....	67
19	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะสุขภาพจิตแบ่งตามภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย.....	67
20	ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในวันที่ทำการวิจัยกับคะแนนภาวะสุขภาพจิต.....	68
21	ระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์.....	69
22	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กับระดับความเคยชิน.....	70
23	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ กับ ความคิดความเชื่อต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย.....	71
24	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ กับ ความคิดความเชื่อต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย.....	72
25	คะแนนความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ... 73	73
26	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ.....	74
27	ระดับความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์.....	75
28	ระดับเซลล์ซีดี 4 เมื่อเริ่มต้นการรักษา และค่าครั้งล่าสุด.....	76
29	ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเมื่อเริ่มต้นการรักษา.....	76
30	ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยากับระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ก่อนเริ่มต้นการรักษา.....	77
31	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับปริมาณเซลล์ซีดี 4.....	78
32	ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยากับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังเริ่มการรักษา.....	78

ตารางที่		หน้า
33	สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยได้รับ.....	79
34	ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์.....	80
35	ประวัติการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์.....	81
36	อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์.....	81
37	ประวัติการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์.....	82
38	ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยากับเวลาการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และ จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน.....	83
39	ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย.....	84
40	ความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ.....	85
41	คะแนนปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากสังคมรอบตัวของผู้ป่วย.....	86
42	บุคคลที่ให้ความสำคัญในการรักษาโรคเอดส์ของผู้ป่วย.....	86
43	ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	87
44	ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยากับบุคคลที่ให้ความสำคัญในการรักษาโรค เอดส์.....	88
45	คะแนนความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย.....	90
46	ความแตกต่างของคะแนนความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ของแต่ละโรงพยาบาล.....	92
47	ความร่วมมือในการใช้ยากับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับ ผู้ป่วย.....	93
48	สถิติความถดถอยเชิงพหุของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย.....	96
49	ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple regression analysis วิธี stepwise.....	96
50	การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการวิเคราะห์ ด้วยสถิติ bivariate และ multiple regression.....	97
51	ระดับขั้นความร่วมมือในการใช้ยา.....	101

ตารางที่	หน้า
52	ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยา ในแต่ละระดับขั้นการเปลี่ยนแปลง ความร่วมมือในการใช้ยา..... 102
53	ความสัมพันธ์ระหว่าง stage of change กับ decision balance, self-efficacy และ habit strength..... 103
54	สถิติความถดถอยเชิงพหุของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในระดับขั้น PC-C-P..... 105
55	ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple regression analysis วิธี stepwise (ระดับขั้น PC-C-P)..... 105
56	สถิติความถดถอยเชิงพหุของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในระดับขั้น action..... 106
57	ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple regression analysis วิธี stepwise (ระดับขั้น action)..... 106
58	สถิติความถดถอยเชิงพหุของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในระดับขั้น maintenance..... 106
59	ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple regression analysis วิธี stepwise (ระดับขั้น maintenance)..... 107

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1	กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	6
2	ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	37



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญรูป

รูป		หน้า
1	ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี.....	52
2	ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้คะแนนความรู้สูง ปานกลาง และต่ำในแต่ละโรงพยาบาล....	62
3	ผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มภาวะสุขภาพจิตเทียบกับคนทั่วไป.....	66



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอักษรย่อ

3TC	=	Lamivudine
A	=	Action stage
AIDS	=	Àcquired immunodeficiency syndrome
AZT	=	Zidovudine
C	=	Contemplation stage
<i>C. albicans</i>	=	<i>Candida albicans</i>
<i>C. neoformans</i>	=	<i>Cryptococcus neoformans</i>
CMV	=	Cytomegalovirus
d4T	=	Stavudine
EFV	=	Efavirenz
HAART	=	Highly active antiretroviral therapy
HIV	=	Human immunodeficiency virus
IDV	=	Indinavir
M	=	Maintenance stage
MEMS	=	Medication event monitoring system
NAPHA	=	National access to antiretroviral programs for people HIV/AIDS
NNRTIs	=	Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors
NRTIs	=	Nucleoside reverse transcriptase inhibitors
NVP	=	Nevirapine
P	=	Preparation stage
PC	=	Precontemplation stage
PCP	=	<i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia

PIs	=	Protease inhibitors
POC	=	Processes of change
Q1	=	Lower quartile
Q3	=	Upper quartile
RTV	=	Ritonavir
SJS	=	Stevens-Johnson syndrome
SOC	=	Stage of change
SQV	=	Saquinavir
TTM	=	Transtheoretical model
มก.	=	มิลลิกรัม
มม ³	=	ลูกบาศก์มิลลิเมตร
มล.	=	มิลลิลิตร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (human immunodeficiency virus: HIV) ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบภูมิคุ้มกันชนิดที่อาศัยเซลล์ในการทำลายโรค (cell-mediated immune response) เกิดการสูญเสียเซลล์ซีดี4 (CD4) ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงเรื่อยๆ ซึ่งเกิดจากไวรัสทำลายเซลล์โดยตรงและเกิดจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ป่วยเอง การลดลงของจำนวนเซลล์ซีดี4 ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด (1, 2) จากรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการในประเทศไทย โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (3) ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2549 มีจำนวนทั้งสิ้น 291,647 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 82,317 ราย ในประเทศไทยถือว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนมากมักเป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี ซึ่งเป็นประชากรในวัยทำงาน และเป็นกำลังสำคัญของประเทศ

ในปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สูตรยามาตรฐานคือ การให้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชนิดร่วมกัน หรือที่เรียกว่า highly active antiretroviral therapy (HAART) เนื่องจากสามารถลดปริมาณไวรัสในเลือดลงได้ถึงระดับที่วัดไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อเอชไอวี และลดโอกาสเกิดการดื้อยาของเชื้อไวรัส ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ คือ เพื่อลดระดับไวรัสในเลือดให้ต่ำที่สุดและนานที่สุด เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (4, 5) ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (national access to antiretroviral programs for people HIV/AIDS : NAPHA) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยามาก่อนจะได้รับยาจีพีโอเวียร์ (GPO-vir) เป็น

สูตรยาเริ่มต้น ยาประกอบด้วยยาสตาวูดีน (stavudin: d4T) ยาลามิวูดีน (lamivudine: 3TC) และ ยาเนวิราพีน (navigapine: NVP) ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาจีพีโอเวียร์ไม่ได้ แพทย์จะพิจารณาใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สูตรอื่นต่อไป (6)

โรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีผลต่อความสำเร็จในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ การเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกัน การลดระดับไวรัสเอชไอวีในเลือด และการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (7-10) และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ไม่เท่ากัน (11, 12) โดยมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา สามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัจจัยหลัก (13) ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาต่างๆ พบว่า เพศและเชื้อชาติ มีผลต่อการรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน (13, 14) ระดับการศึกษา มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่ำตามไปด้วย ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่น้อย มีรายได้ต่ำ เกิดอาการซึมเศร้าและมองโลกในแง่ร้ายมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง บางการศึกษาพบว่า ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าประวัติการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย การเกิดอาการซึมเศร้า และความสัมพันธ์ที่ระหว่งบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (15, 16) ตลอดจนการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (13, 17-21) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยเช่นกัน (22) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Arnsten J. และคณะ (23) พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดทางเส้นเลือดไม่มีความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ หากผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากเพียงพอ

2. ปัจจัยด้านโรคและยา พบว่า การเกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยา เนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้ และผู้ป่วยเกิดทัศนคติว่ายาต้านไวรัสเอดส์มีอันตรายต่อร่างกายมากกว่าให้ประโยชน์ (24) นอกจากนี้ความยุ่งยากในการรับประทานยา จำนวนมียาต่อวัน รวมทั้งรสชาติของยายังมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาอีกด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก (13, 14, 25, 26) และความรุนแรงของโรคเอดส์ก็มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาดด้วย การศึกษาของ Gao X. และคณะ (27) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี

ความรุนแรงของโรคในระบะแสดงอาการติดเชื้อเอชไอวี (symptomatic: B) และระบะเอดส์ (AIDS : C) จะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระบะไม่แสดงอาการติดเชื้อเอชไอวี (asymptomatic: A) แต่การศึกษาของ Ostrop N. และคณะ(28) กลับพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระบะเอดส์ (ระบะ C) ที่มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 80 จะมีสัดส่วนน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ระบะ A และ B) นอกจากนี้มีหลายการศึกษาที่พบว่าระบะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ยังมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอีกด้วย โดยยิ่งใช้ยามาเป็นเวลานานยิ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาลดลง (24, 28, 29) แต่บางการศึกษากลับพบว่า ระบะเวลาในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (30-32)

3. ปัจจัยด้านสังคม มีหลายงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคม การยอมรับและการให้ความช่วยเหลือของครอบครัวและสังคมที่มีต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงสนับสนุนจากครอบครัวและคนใกล้ชิดจะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมีกำลังใจในการรักษาตัว และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง (13, 14, 25, 33, 34) ในด้านฐานะทางเศรษฐกิจนั้น Bonolo P. F. และคณะ (19) พบว่าการไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการศึกษาอื่นๆก็ให้ผลที่สอดคล้องกันว่าฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาแต่เป็นความสัมพันธ์ที่มีความแรงไม่มากนัก(13, 14, 17, 30)

4. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดี เชื่อถือและไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา มีการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน จะทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะถามถึงปัญหาในการใช้ยา และมีความซื่อสัตย์ในการบอกความจริงเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยยังช่วยเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย (13, 14, 24, 25)

เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน และต้องการให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาให้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดชีวิต Haynes R. B.และคณะ (35) ได้ทำการทบทวนการศึกษาทั้งสิ้น 13 ชิ้น พบว่าการให้กิจกรรมเสนอแนะเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งเกิดจากการที่ผู้วิจัยทั้งหมดมีการใช้กิจกรรมเสนอแนะแบบเดียวกันสำหรับผู้ป่วยทุกคน ในปัจจุบันการจัดกิจกรรมเสนอแนะเพื่อให้เกิดการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งคงพฤติกรรมนั้นไว้ได้ตลอดชีวิตจึงเป็นปัญหาสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน

จากการศึกษาของ Prochaska J.O. และคณะ (36) ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เท่ากัน การใช้กิจกรรมเสนอแนะที่ไม่เหมาะสมในแต่ละระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจทำให้ผู้ป่วยต่อต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงควรเลือกกิจกรรมเสนอแนะให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน การศึกษาของ Prochaska J. O. และการศึกษาอื่นๆ (36-39) ทำให้มีการเสนอให้ใช้รูปแบบทฤษฎีโอเรทิเคิล (transtheoretical model: TTM) ในการอธิบายถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย และในการเลือกกิจกรรมเสนอแนะให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดย TTM ประกอบด้วยโครงสร้าง 5 ส่วน คือ (1) ระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change: SOC) (2) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (processes of change: POC) (3) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (decision balance) (4) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (self-efficacy) และ (5) ระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (habit strength/ temptation)

ในปัจจุบันได้มีการพยายามหาวิธีการหลากหลายเพื่อให้ได้กิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสมในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ดังเช่นการศึกษาของ Willey C. และคณะ(40) พบว่า ระดับความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น Willey จึงเสนอให้จัดกิจกรรมเสนอแนะเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ให้ตรงกับระดับขั้นของความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้กิจกรรมเสนอแนะนั้นมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีที่สุด

เนื่องจากโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (national access to antiretroviral programs for people HIV/AIDS: NAPHA) ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการในปี พ.ศ. 2545 ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยในโครงการ NAPHA รวมทั้งไม่มีการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยไทยที่อธิบายโดยรูปแบบทฤษฎีโอเรทิเคิล ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

เอดส์ และอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาโดยอาศัยรูปแบบทฤษฎีโอเรทิเคิล เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา

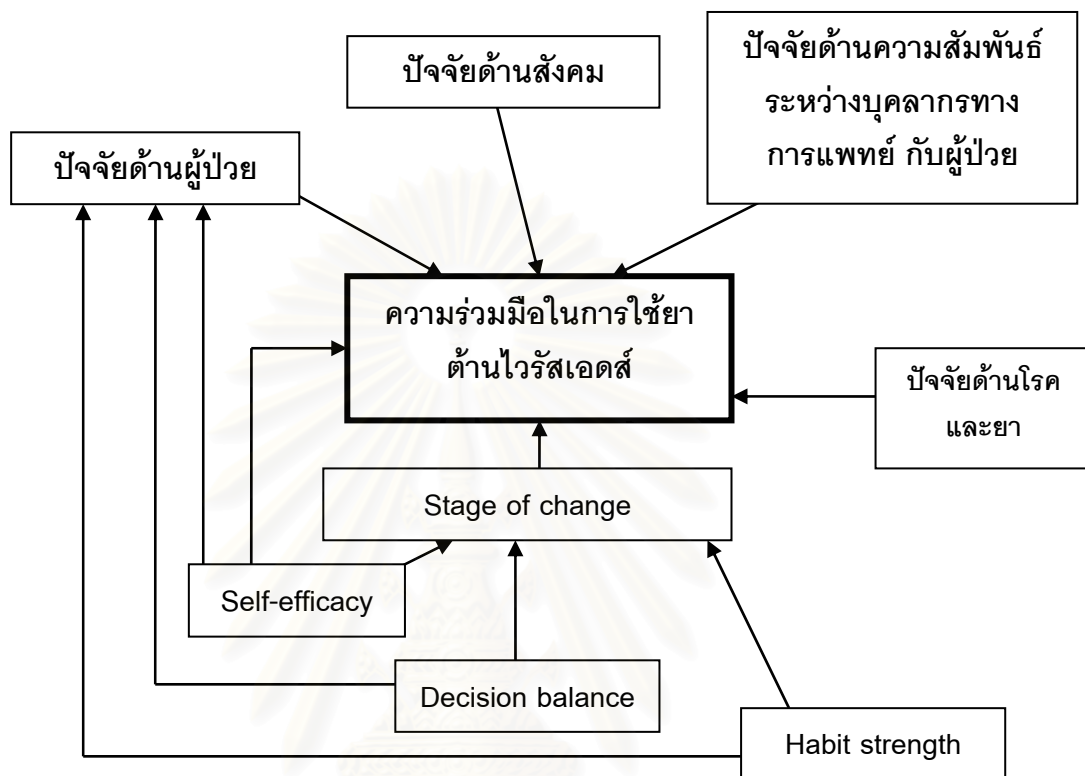
ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ณ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2549

กรอบแนวคิดของการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่แตกต่างกัน โดยมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านโรคและยา ปัจจัยทางด้านสังคม และปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย
2. ระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ส่วน คือ การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (decision balance) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (self-efficacy) และระดับความเคยชิน (habit strength)

ตั้งแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1: กรอบแนวคิดของการวิจัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอ็ดส์
2. ความร่วมมือในการใช้ยาหรือการใช้ยาตามสั่ง หมายถึง ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาและการใช้ยาที่แพทย์และเภสัชกรแนะนำ การใช้ยาที่ถูกต้องนั้นต้องประกอบด้วย การใช้ยาถูกวิธี ถูกเวลา ถูกขนาด และครบระยะเวลาตามที่แพทย์สั่ง(41, 42) โดยถือว่าผู้ป่วยรับประทานยาผิดเวลา เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์คลาดเคลื่อนจากเวลารับประทานยาปกติ 1 ชั่วโมง (43)
3. เครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยามีสั่ง 3 วิธี ได้แก่
 - 3.1. สมุดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์

- 3.2. การนับเม็ดยาก่อนเริ่มบันทึกและหลังบันทึกในสมุดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
- 3.3. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตัวเอง ได้จากการศึกษาของ Knobel H. และคณะ (44) มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ทำการทดสอบในผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 3,004 ราย มีค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะของเครื่องมือ (specificity) เท่ากับร้อยละ 12 และร้อยละ 91 ตามลำดับ และค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.75
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา มีทั้งสิ้น 4 ปัจจัยหลัก แบ่งเป็น 15 ปัจจัยย่อยดังต่อไปนี้
 - 4.1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย มี 8 ปัจจัย ได้แก่
 - 4.1.1. อายุ
 - 4.1.2. ระดับการศึกษา
 - 4.1.3. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย
 - 4.1.4. ประวัติการใช้ยาเสพติด
 - 4.1.5. ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์
 - 4.1.6. ความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ
 - 4.1.7. การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
 - 4.1.8. ระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ
 - 4.2. ปัจจัยด้านโรคและยา มี 3 ปัจจัย ได้แก่
 - 4.2.1. ระดับความรุนแรงของโรคเมื่อเริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
 - 4.2.2. ประวัติการเกิดอาการข้างเคียงจากยา
 - 4.2.3. สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้และระยะเวลาการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
 - 4.3. ปัจจัยด้านสังคม มี 3 ปัจจัย ได้แก่
 - 4.3.1. แรงสนับสนุนจากสังคม
 - 4.3.2. การประกอบอาชีพ
 - 4.3.3. รายได้
 - 4.4. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถและความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ของบุคลากร

ทางการแพทย์ และความสะดวกรวดเร็วในการพูดคุยถึงปัญหาจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ กับบุคลากรทางการแพทย์

5. ระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) แบ่งเป็น 5 ระดับ (36, 37) ได้แก่
 - 5.1. ระดับก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (precontemplation) คือ ผู้ป่วยไม่มีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และยังไม่มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยาภายใน 1 เดือนข้างหน้า
 - 5.2. ระดับมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (contemplation) คือ ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และมีความคิดที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง แต่ยังไม่ลงมือทำในทันที คิดจะทำในอีก 1 เดือนข้างหน้า
 - 5.3. ระดับเตรียมการ (preparation) คือ ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาในอีก 1 สัปดาห์ข้างหน้า หรืออาจเคยตั้งใจใช้ยาให้ได้ตามที่แพทย์สั่งตั้งแต่เริ่มใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ แต่ยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้
 - 5.4. ระดับปฏิบัติการ (action) คือ ผู้ป่วยมีการใช้ยาได้ตรงตามที่แพทย์สั่ง โดยสามารถบรรลุตามเป้าหมายได้ตั้งแต่ 1 วันถึง 6 เดือน
 - 5.5. ระดับพฤติกรรมคงที่ (maintenance) คือ ผู้ป่วยสามารถใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้ตรงตามที่แพทย์สั่งทุกวันเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
6. การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (decision balance) (36, 37) หมายถึง ความคิดในการตัดสินใจประเมินถึงสิ่งที่จะได้รับ (pros) และสิ่งที่ต้องสูญเสียไป (cons) เมื่อต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
7. ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (self-efficacy) (37) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเองที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะทำแม้จะตกอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

8. ระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (habit strength/temptation) (37, 38, 45) หมายถึง พฤติกรรมที่ทำซ้ำๆ หลายครั้งในอดีตจนการกระทำนั้นกลายเป็นความเคยชินที่จะทำสิ่งนั้นโดยอัตโนมัติ สร้างเป็นนิสัยใหม่ขึ้นมา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลทางสถิติของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไทย
2. ได้ข้อมูลของปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเภสัชกร และบุคลากรทางสาธารณสุขในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
3. ได้ข้อมูลของความสัมพันธ์ระหว่างระดับขั้นความตั้งใจการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อเป็นข้อมูลในการเลือกกิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

แนวเหตุผล ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเอดส์ (acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (human immunodeficiency virus: HIV) มี 2 ประเภท คือ HIV-1 และ HIV-2 โดยเชื้อที่ระบาดส่วนมากในประเทศไทยเป็นแบบ HIV-1 โรคนี้ติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ การได้รับเลือด หรือผลิตภัณฑ์จากเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะ จากเข็มฉีดยาที่เปื้อนเลือดของผู้ติดเชื้อ และยังสามารถติดต่อได้จากมารดาไปยังบุตรขณะตั้งครรภ์ ในขณะที่คลอด หรือจากการดื่มนมมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี เชื้อไวรัสมีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบภูมิคุ้มกันชนิดที่อาศัยเซลล์ในการทำลายโรค (cell-mediated immune response) เกิดการสูญเสียเซลล์ซีดี4 (CD4) ภูมิคุ้มกันร่างกายของผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงเรื่อยๆ ซึ่งเกิดจากไวรัสทำลายเซลล์โดยตรงและเกิดจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ป่วยเอง การลดลงของจำนวนเซลล์ซีดี4 ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด (1, 2)

ในประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการ โดยสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ และเอกชนพบว่า ตั้งแต่พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 291,647 ราย และเสียชีวิตแล้วจำนวน 82,317 ราย ในประเทศไทยถือว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขเนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนมากเป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี ซึ่งเป็นประชากรในวัยทำงานและเป็นกำลังสำคัญของประเทศ (3)

การรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบัน

ในปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ใช้สูตรยามาตรฐานคือ การให้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชนิดร่วมกัน หรือที่เรียกว่า highly active antiretroviral therapy (HAART) เนื่องจากสามารถลดปริมาณไวรัสในเลือดลงได้จนถึงระดับที่วัดไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อเอชไอวี และทำให้โอกาสที่เชื้อไวรัสเกิดการดื้อยาลดลง (4, 5) ยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มดังต่อไปนี้ (46, 47)

1. Nucleoside analog reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) ได้แก่ ซิโดวูดีน (zidovudine, AZT) ไดดาโนซีน (didanosine, ddl) ซาลซิทาบิน (zalcitabine, ddC) ลามิวูดีน (lamivudine, 3TC) สตาวูดีน (stavudine, d4T) เอมทริซิทาบิน (emtricitabine, FTC) ทีโนโฟเวียร์ (tenofovir, TDF) และอบาคาเวียร์ (abacavir, ABC) การออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ต้องผ่านกระบวนการฟอสฟอริเลชัน (phosphorylation) ภายในเซลล์ให้กลายเป็นสารประกอบฟอสเฟต จึงจะออกฤทธิ์ได้ ยามีลักษณะโครงสร้างคล้ายกับนิวคลีโอไซด์ของร่างกาย คือ ไทมิดีน (thymidine) อะดีโนซีน (adenoside) และไซทิดีน (cytidine) กลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ การแย่งจับกับเอนไซม์เอชไอวี รีเวอร์สทรานสคริปเทส (HIV-reverse transcriptase: HIV-RT) ทำให้การสังเคราะห์สายดีเอ็นเอของเชื้อไวรัสหยุดลง

2. Non-nucleoside analog reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ เนวิราพิน (nevirapine, NVP) ดีลาเวียร์ดีน (delavirdine, DLV) และเอฟฟาไวเรนซ์ (efavirenz, EFV) ยาในกลุ่มนี้มีโครงสร้างทางเคมีที่หลากหลาย แต่แม้จะมีความหลากหลายในโครงสร้างทางเคมี แต่ยากลุ่มนี้มีลักษณะการออกฤทธิ์ที่คล้ายคลึงกันดังนี้ คือ

1. ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ HIV-RT แบบ non-competitive inhibition
2. ไม่ต้องผ่านกระบวนการ phosphorylation ในเซลล์
3. มีฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวเฉพาะ HIV-1 แต่ไม่ได้ผลต่อ HIV-2
4. มีอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาได้ง่ายและรวดเร็ว มักเกิดภายในไม่กี่สัปดาห์หลังการให้ยาหากใช้ยาเพียงตัวเดียว โดยไม่ได้ใช้ยาด้านไวรัสเอ็ดส์กลุ่มอื่นร่วมด้วย

3. Protease inhibitors (PIs) ได้แก่ ริโทนาเวียร์ (ritonavir, RTV) อินดินาเวียร์ (indinavir, IDV) แอมพรีนาเวียร์ (amprenavir, APV) โลพินาเวียร์ (lopinavir, LPV) ฟอสแอมพรีนาเวียร์ (fosamprenavir, FPV) อทาซานาเวียร์ (atazanavir, ATV) เนลฟินาเวียร์ (nelfinavir, NFV) และซาคิวินาเวียร์ (saquinavir: SQV) หากพิจารณาจากวงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวีแล้ว เอนไซม์โปรเทส มีบทบาทสำคัญมากในการทำให้อนุภาคของเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นใหม่เจริญเป็นอนุภาคที่สมบูรณ์และติดเชื้อไปสู่เซลล์อื่นๆ ได้ ในกระบวนการสร้างโปรตีนจาก mRNA โปรตีนบางชนิดจะเป็น polyprotein เช่น gag-pol protein ต้องใช้เอนไซม์โปรเทสตัดย่อยให้อยู่ในขนาดที่เหมาะสมจึงจะทำหน้าที่และประกอบเป็นอนุภาคไวรัสที่สมบูรณ์ได้ การยับยั้งเอนไซม์โปรเทสจึงทำให้ไวรัสไม่สามารถสร้างโปรตีนที่ทำหน้าที่ได้ เช่น พี 24 (p24) เกิดการคั่งสะสมของ gag-pol polyprotein ส่งผลให้อนุภาคไวรัสที่ออกจากเซลล์เป็นเชื้อที่ไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถติดเชื้อต่อไปได้

4. ยับยั้งเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่เซลล์ (Fusion inhibitor) ได้แก่ เอนฟูเวียร์ไทด์ (enfuvirtide) เป็นยาที่ยับยั้งการเข้าสู่เซลล์ของเชื้อเอชไอวี

เป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ คือ (2, 6)

1. ลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดให้เหลือน้อยที่สุด เป็นเวลานานที่สุด
2. เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยดูจากเซลล์ซีดี 4
3. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
4. ลดอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (6)

1. ยาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

ถ้ายาและสูตรยาต้านไวรัสเอดส์มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่จะลดปริมาณไวรัสในเลือดให้เหลือน้อยที่สุดจนวัดไม่ได้ เชื้อไวรัสจะมีการแบ่งตัวมากขึ้น มีโอกาสเกิดการกลายพันธุ์ได้มากขึ้น ส่งผลให้เกิดเชื้อไวรัสดื้อยาและมีการเพิ่มปริมาณขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้ผลทางคลินิกเพียงแค่ระยะเวลานั้นๆ แล้วเกิดการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ขึ้นหลังจากได้รับการรักษาไม่นาน

2. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

เนื่องจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในโครงการในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะทำให้ระดับยาในเลือดลดลงต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณไวรัสได้ ส่งผลให้เกิดการคัดเลือกเชื้อไวรัสดื้อยาขึ้น

3. ปัจจัยทางเภสัชวิทยา

การเลือกใช้ยาต้านไวรัสเอดส์แต่ละชนิดจำเป็นต้องทราบปัจจัยทางเภสัชวิทยาของยาแต่ละชนิดเป็นอันดับแรก เนื่องจากยาต้านไวรัสเอดส์หลายตัวมีการเกิดปฏิกิริยากับยาชนิดอื่นและกับอาหารที่รับประทาน การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกับยาอื่นจึงต้องระมัดระวัง รวมทั้งต้องเน้นผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างถูกวิธี เช่น การรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหาร และคำแนะนำอื่นๆ ที่เฉพาะสำหรับยาแต่ละชนิด

4. ระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเอชไอวี

การเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการมากแล้ว มีปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดมาก และระดับภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำมาก อาจให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร และผู้ป่วยมักไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากยาได้

5. การดื้อยาที่เกิดขึ้นก่อนแล้ว

ผู้ป่วยได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีดื้อยาจากผู้อื่นตั้งแต่เริ่มการติดเชื้อ ทำให้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้มีประสิทธิภาพลดลง ไม่สามารถกดปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดให้ลดลงจนถึงระดับที่ไม่สามารถวัดได้

ความร่วมมือในการใช้ยา

ความร่วมมือในการใช้ยาหรือการใช้ยาตามสั่ง หมายถึง ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาและการใช้ยาที่แพทย์และเภสัชกรแนะนำ การใช้ยาที่ถูกต่อนั้นต้องประกอบด้วย การใช้ยาถูกวิธี ถูกเวลา ถูกขนาด และครบระยะเวลาตามที่แพทย์สั่ง (41, 42) โดยถือว่าผู้ป่วยรับประทานยาผิดเวลา เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสคลาดเคลื่อนจากเวลารับประทานยาปกติ 1 ชั่วโมง (43)

การมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำนั้นจะทำให้ระดับยาต้านไวรัสเอดส์ในเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถกดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด ทำให้มีอัตราการดื้อยามากขึ้น ซึ่งการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์นี้ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดผลเสียเฉพาะกับตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวีที่ดื้อยาไปสู่ผู้อื่นอีกด้วย ซึ่งทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอดส์เป็นสูตรใหม่ ซึ่งมีราคาแพงขึ้น จำนวนเม็ดยาต่อวันมากขึ้น และอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงได้มากขึ้น เกิดปัญหาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นการรักษาที่ต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต เพราะเชื้อไวรัสมีช่วงระยะหลบในเซลล์ (latent period) ที่ยาว (10, 48-51)

อัตราความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำสุดที่ยังทำให้ประสิทธิภาพของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สูงสุดนั้นยังไม่สามารถบอกได้แน่นอน แต่จากการศึกษาของ Paterson D.L. และคณะ (10) ซึ่งศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กลุ่ม PI ใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์บันทึกเวลาการเปิด-ปิดขวดยา (Medication Event Monitoring System: MEMS) พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับอัตราผู้ป่วยที่สามารถวัดปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดได้ต่ำกว่า 400 copies/มม³ โดยพบว่าถ้าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าร้อยละ

ละ 95 จำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในเลือดต่ำกว่าระดับที่วัดไม่ได้จะมากถึงร้อยละ 81 แต่จะลดลงเหลือร้อยละ 64 ถ้าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ระหว่างร้อยละ 80-95 และเหลือร้อยละ 30 ถ้าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าร้อยละ 80

การศึกษาของ Wood E. และคณะ (9) พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยามีผลต่อการเพิ่มขึ้นของปริมาณเซลล์ซีดี4 จนถึง 200 เซลล์/มม³ โดยในกลุ่มที่ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 จะพบจำนวนผู้ป่วยที่มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณเซลล์ซีดี4 ถึง 200 เซลล์/มม³ มากกว่ากลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่าร้อยละ 95 นอกจากนี้ยังพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ยังมีผลต่อการพัฒนาไปสู่ระยะเอดส์เต็มขั้นอีกด้วย และในการศึกษาอื่น พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 จะไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีการพัฒนาโรคไปสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่าร้อยละ 50 และอยู่ระหว่างร้อยละ 51-89 จะมีการพัฒนาโรคไปสู่ระยะเอดส์เต็มขั้นร้อยละ 38 และร้อยละ 8 ตามลำดับ และการสืบรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ 1 มื้อ ภายใน 28 วันจะมีผลต่อความล้มเหลวในการใช้ยา (52)

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (31, 53-59)

ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีวิธีที่เป็นมาตรฐานในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากมีหลายวิธีที่ใช้ประเมินและแต่ละวิธีต่างมีข้อดีและข้อจำกัดที่ไม่เหมือนกัน วิธีประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่

1. การใช้อุปกรณ์ช่วยในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ในการบันทึกเวลาการเปิด-ปิดขวดยา (Medication Event Monitoring System: MEMS) เป็นเครื่องมือที่บริษัท Appex เป็นผู้คิดค้นขึ้นในปี 1990 ได้รับความนิยมนำมาใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในหลายงานวิจัย เครื่องมือนี้จะมีไมโครชิพฝังอยู่ที่ฝาขวดยา ซึ่งจะทำหน้าที่บันทึกวัน เวลา และระยะเวลาของการเปิดฝาขวดยาในแต่ละครั้ง การแสดงข้อมูลเวลาการเปิด-ปิดฝาขวดยาต่อไมโครชิพเข้ากับเครื่องคอมพิวเตอร์ วัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยสันนิษฐานว่า ทุกครั้งที่เปิดฝาขวดยาแสดงถึงการรับประทานยาของผู้ป่วย

Cramer J.A. และคณะ (60) เป็นผู้ริเริ่มใช้ MEMS ในการวัดความร่วมมือในการใช้ยา โดยศึกษาผู้ป่วยโรคลมชักจำนวน 24 ราย เปรียบเทียบระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาที่อ่านได้จาก MEMS และระดับยาในเลือดกับการเกิดอาการชัก และการนับเม็ดยาที่เหลือ พบว่า การเกิด

อาการชักมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่อ่านได้จาก MEMS แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการชักกับระดับยาในเลือดและการนับเม็ดยา และ Paterson D.L. และคณะ (10) ใช้ MEMS วัดความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยจำนวน 84 ราย ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์กลุ่ม PI พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ประเมินได้มีความสัมพันธ์กับการลดลงของปริมาณไวรัสเอชไอวีที่พบในเลือดของผู้ป่วยหลังจากรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไปแล้ว 3 เดือน และการศึกษาอื่น (54) ก็พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่วัดได้จากเครื่อง MEMS กับการตอบสนองของทางไวรัสวิทยาเช่นเดียวกัน

ข้อดีของวิธีนี้คือ การรู้วันและเวลาที่แน่นอนที่ผู้ป่วยรับประทานยา ทำให้สามารถบอกได้ว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาในมือใดบ้าง จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมในการวัดความร่วมมือในการใช้ยา วิธีนี้มีข้อจำกัดคือ ไม่เหมาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาครั้งละมากกว่า 1 เดือน เนื่องจากอาจไม่สามารถบรรจุยาลงในขวด MEMS ได้หมด และข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้ อาจจะต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะผู้ป่วยนำยาออกจากขวดมากกว่า 1 มื้อในคราวเดียวกัน นอกจากนี้เครื่อง MEMS มีราคาแพงไม่เหมาะที่จะใช้ในคลินิกทั่วไป และไม่เหมาะในการติดตามความร่วมมือในการรับประทานยาที่ต้องรับประทานมื้อละหลายชนิดในคราวเดียวกัน

2. การวัดระดับยาในเลือด

วิธีนี้มักไม่สะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ในระยะยาวอย่างแท้จริง เนื่องจากยาด้านไวรัสเอดส์ส่วนมาก เช่น ซิโดวูดีน และยาในกลุ่ม PI มีค่าครึ่งชีวิตที่สั้น ดังนั้นระดับยาในเลือดจึงเป็นเพียงการสะท้อนความร่วมมือในการใช้ยาในระยะก่อนมาเจาะเลือดไม่นานนัก ด้วยคุณสมบัติของยาด้านไวรัสเอดส์เอง เช่น การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาด้านไวรัสเอดส์กับยาอื่น หรือกับอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ และการที่ผู้ป่วยแต่ละคนมีค่าเภสัชจลนศาสตร์ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้การวัดระดับยาในเลือดไม่สะท้อนถึงความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างแท้จริง นอกจากนี้การวัดระดับยาในเลือดยังมีค่าใช้จ่ายสูง ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการวัด และการเจาะเลือดต้องเจาะตามเวลาที่กำหนดไว้ซึ่งทำให้ผู้ป่วยยุ่งยากและเจ็บตัว ข้อจำกัดข้างต้นที่กล่าวมา ทำให้การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยการวัดระดับยาในเลือดไม่เป็นที่นิยมใช้ในคลินิกและในงานวิจัยทั่วไป แต่ในบางการศึกษาก็ใช้ระดับยาในเลือดเป็นเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ ซึ่งพบว่ามี ความสัมพันธ์กับระดับยาด้านไวรัสเอดส์ในเลือดและความร่วมมือในการใช้ยาที่ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบเอง การศึกษาของ Wu H. และคณะ (61) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าเภสัชจลนศาสตร์ [ความเข้มข้นของยาดำสุด (C trough), ความเข้มข้นของยาที่ 12 ชั่วโมง (C 12), ความเข้มข้นสูงสุด (Cmax) และพื้นที่ใต้เส้นโค้งระหว่างความเข้มข้นของยากับ

เวลา (Area Under the Curve: AUC)] ของยาอินดินาเวียร์และยาริโทนาเวียร์กับการตอบสนองของปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่า IC₅₀ กับการตอบสนองต่อปริมาณไวรัสเอชไอวีในระยะยาว

3. การเก็บข้อมูลจากการมารับยาซ้ำตามนัด

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยดูจากการมารับยาตรงตามกำหนด มีข้อดีคือ เป็นวิธีที่ง่ายสามารถดูความร่วมมือของผู้ป่วยจากเวชระเบียนประวัติได้ มีค่าใช้จ่ายน้อย แต่มีข้อจำกัดคือ ข้อมูลที่ได้จะหายาบ มีความน่าเชื่อถือน้อย เพราะการมารับยาตรงตามนัดทุกครั้งไม่ใช่สิ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และไม่ได้แสดงถึงพฤติกรรมการรับประทานยาในแต่ละวัน อีกทั้งไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่รับยามากกว่า 1 แห่ง

4. การรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ต่อหน้าผู้สังเกตการณ์

วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้ได้ผลดีในการรักษาโรคไวรัสเอดส์ แต่เป็นวิธีที่ไม่ค่อยนิยมใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์นั้น จำเป็นที่จะต้องไปตลอดชีวิต บางสูตรยาจำเป็นต้องรับประทานมากกว่า 1 มื้อต่อวันจึงเป็นเรื่องยากที่จะบังคับให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต่อหน้าผู้สังเกตการณ์ แต่อย่างไรก็ดีพบว่าในบางการศึกษาได้ประยุกต์ใช้วิธีนี้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งพบว่าค่าความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ได้มีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับไวรัสเอดส์ในเลือดและการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าเซลล์ซีดี4 แต่การศึกษานี้เหล่านั้นมักทำในกลุ่มผู้ป่วยขนาดเล็ก และบางการศึกษาไม่มีกลุ่มควบคุม (62-64)

5. การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ

วิธีนี้เป็นการนับเม็ดยาที่ผู้ป่วยนำมาคืน เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ค่าใช้จ่ายน้อย ในกรณี que ผู้ป่วยมียาเหลือ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาอย่างแท้จริง ค่าของความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้โดยวิธีนี้จะมีความน่าเชื่อถือถ้าผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน และมีความซื่อสัตย์ต่อผู้นับเม็ดยา ซึ่งหากผู้ป่วยทราบก่อนว่าจะมีการนับเม็ดยา อาจมีการนำเม็ดยาออกให้เหลือเท่ากับจำนวนที่ต้องการก่อนนำมาให้ตรวจนับ

6. การให้ผู้ป่วยรายงานผลด้วยตัวเอง

เป็นวิธีที่นิยมนำมาประยุกต์ใช้ในทางคลินิก เนื่องจากทำได้ง่าย สะดวกในการใช้งานกับผู้ป่วยจำนวนมาก และเสียค่าใช้จ่ายน้อย การรายงานผลด้วยตัวเองสามารถแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

6.1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง เป็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล วิธีนี้ทำให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ตามที่แพทย์สั่ง ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ใช้เวลานานในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละราย และอาจต้องอาศัยความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้สัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ถ้าผู้สัมภาษณ์ไม่มีทักษะในการสัมภาษณ์ที่ดีแล้วผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลที่สูงกว่าความเป็นจริง และผู้สัมภาษณ์อาจเกิดอคติกับผู้ป่วยได้ง่ายทำให้ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง

6.2 ผู้ป่วยทำบันทึกประจำวันในการใช้ยา วิธีนี้เป็นวิธีที่ให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกเวลาการรับประทานยาด้วยตัวเอง เป็นวิธีที่ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทั้งจำนวนที่รับประทานและเวลาที่รับประทาน นอกจากสะดวกในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยจำนวนมากแล้ว วิธีนี้ยังมีราคาไม่แพง ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ สามารถให้ผู้ผู้ป่วยทำได้ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น เพราะการให้ผู้ผู้ป่วยทำบันทึกประจำวันในการใช้ยาเป็นเวลานานจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ไม่บันทึกตามความเป็นจริง รวมทั้งหากผู้ป่วยลืมบันทึกข้อมูล ความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จะต่ำกว่าความเป็นจริง

6.3 แบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ วิธีประเมินความร่วมมือในการใช้ยาคือเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด เหมาะในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยจำนวนมาก เพราะสะดวก รวดเร็ว มีการวัดความเที่ยงและความตรงมาแล้ว วัดข้อมูลได้หลายชนิด และเสียค่าใช้จ่ายน้อย ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ แบบทดสอบส่วนมากจำเป็นต้องให้ผู้ผู้ป่วยทบทวนพฤติกรรมการรับประทานยาในอดีต ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง เป็นวิธีที่ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ และพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการประเมินด้วยวิธีนี้มักจะมีค่าสูงกว่าความเป็นจริง แต่การศึกษาของ Huguen P.W. และคณะ (65) พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการให้ผู้ผู้ป่วยตอบเองมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดได้จากวิธีอื่นๆ ได้แก่ MEMS การวัดระดับยาในเลือด การนับเม็ดยาที่เหลือ การมารับยาซ้ำตามนัด การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการทำบันทึกประจำวันในการใช้ยา การศึกษาส่วนมากพบความสัมพันธ์ระหว่าง

ความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากแบบสอบถามกับการตอบสนองทางไวรัสวิทยา และการเพิ่มขึ้นของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (9, 52, 65-67)

แบบสอบถามที่ใช้มีหลายลักษณะ ตั้งแต่แบบ 1 ข้อคำถามจนถึงหลายข้อคำถาม ปัจจุบันยังไม่มีแบบสอบถามใดที่ถูกใช้เป็นแบบสอบถามมาตรฐานในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ แบบสอบถามที่ใช้ในปัจจุบันที่ได้รับการพัฒนาและทดสอบความเที่ยงและความตรงจากหลายองค์กร ได้แก่ Patient Medication Adherence Questionnaire (PMAQ7), Adherence confidence scale, Long term medication behavior self-report scale, ACTG questionnaire, PACTG questionnaire และ Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)

ในการศึกษาที่ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งดัดแปลงมาจาก Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) ของ Knobel H. และคณะ (44) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ (ส่วนที่ 5 ภาคผนวก ค หน้า 129) ซึ่งผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวนทั้งสิ้น 3,004 ราย จากโรงพยาบาลทั้งสิ้น 64 แห่งในประเทศสเปน ทำการทดสอบตั้งแต่ ปี 1998 ถึงปี 1999 พบว่า

1. การทดสอบความเที่ยง
 - 1.1 ทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) แสดงด้วยค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.75
 - 1.2 ทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องระหว่างบุคคล (Interobserver reliability) แสดงด้วยค่า K = 0.74
2. การทดสอบความตรง
 - 2.1 ทดสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับผลการตอบสนองทางไวรัสวิทยา แสดงความสัมพันธ์ด้วยค่า Odd ratio (OR)
 - 2.2 ทดสอบความตรงเชิงความสัมพันธ์กับเกณฑ์ (Criterion-related validity) โดยเทียบกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเปิด-ปิดฝาขวด แสดงด้วยค่าตัวเลขที่ชัดเจน มีค่าความไว และความจำเพาะของเครื่องมือเท่ากับร้อยละ 72 และร้อยละ 91 ตามลำดับ

สิ่งที่ต้องระวังในการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา คือ การใช้แบบสอบถามที่ไม่เหมือนกันอาจทำให้ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีที่ต่างกันหรือคำถามเรื่องเวลาที่ต่างกัน อาจให้ผลการประเมินที่ต่างกัน จึงไม่เหมาะที่จะเอาข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามหนึ่งมาเปรียบเทียบกับแบบสอบถามอีกแบบหนึ่ง

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับประสิทธิผลของยา และอัตราการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ของเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขไทย ตั้งเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ทุกคนมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 (25) เพื่อลดความล้มเหลวจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่ค่อนข้างซับซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยอาจสรุปปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้ 4 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1.1 อายุ จากการศึกษพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ครบถ้วน ตรงเวลาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งปัญหาของการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยอายุน้อยอาจเกิดจากการมีวุฒิภาวะต่ำกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความรับผิดชอบน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า (10, 14, 55) แต่บางการศึกษากลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความร่วมมือในการใช้ยา (68-70)

1.2 ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาต่ำจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เรียนจบระดับอุดมศึกษา ซึ่งสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่า และมีการลืมรับประทานยามากกว่า 1 มื้อต่อ 1 เดือนน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ระดับการศึกษายังส่งผลต่อความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (15-17, 71) แต่บางการศึกษากลับพบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (72)

1.3 ความเชื่อ และทัศนคติของผู้ป่วยต่อประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอดส์ หากผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และมีความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพของยาในการรักษาโรคเอดส์ จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้น โดยวัด

จากคะแนนในส่วน decision balance ซึ่งเป็นคะแนนที่ได้จากการเปรียบเทียบถึงผลดีและผลเสียของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (13, 70, 72-76)

1.4 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย พบว่า อาการซึมเศร้ามีผลอย่างมากต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้านั้นให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งอาการซึมเศร้านี้เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความรู้สึกว่าการเป็นโรคเอดส์เป็นการลงโทษเนื่องจากพฤติกรรมบางอย่างในอดีต การไม่ได้รับความยอมรับจากสังคมรอบตัว และอาการเจ็บป่วยจากโรคเอดส์หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นต้น ในบางการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย (20, 71, 72, 76)

ในการวิจัยนี้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย ทางผู้วิจัยใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพจิตในประเทศไทยที่ทำการทดสอบโดยนายแพทย์อภิชัย มงคล และคณะ (77) ซึ่งพัฒนาเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของคนไทยฉบับสั้น ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศจำนวนทั้งสิ้น 2,404 ราย มีความพึงพอใจของการประเมินสุขภาพจิตระหว่างฉบับสมบูรณ์และฉบับสั้น อยู่ในระดับเกือบดี (kappa statistics = 0.63, $p < 0.001$)

1.5 การใช้ยาเสพติด พบว่า การใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (18-21, 55, 72) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ดื่มแอลกอฮอล์จะมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของ Rosef E. และคณะ (20) พบว่า หนึ่งในสาเหตุที่ผู้ป่วยในกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม เนื่องจากผู้ป่วยมักจะกังวลว่าการดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้เกิดปฏิกิริยากับยาต้านไวรัสเอดส์ โดยพบว่าในวันที่ดื่มแอลกอฮอล์กับวันที่ไม่ดื่มจะมีความแตกต่างกันของความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (88% และ 70% ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้สูบบุหรี่ Terriff C. (21) พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่สูบบุหรี่จะมีอาการซึมเศร้านอกเหนือจากกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มที่สูบบุหรี่มีอัตราต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดอื่นๆ มักมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ (55)

1.6 ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดี พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยรับประทานมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย การรู้ถึงผลเสียของการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถใช้ในการทำนายความต่อเนื่องในการรับประทานยาได้ด้วย (22, 71)

2. ปัจจัยด้านโรคและยา

2.1 อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์

ประเทศไทยใช้นิยามของอาการไม่พึงประสงค์จากยาขององค์การอนามัยโลก (78) ซึ่งให้นิยามไว้ว่า “เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจจากยา สามารถเป็นอันตรายต่อมนุษย์ เป็นอาการที่เกิดขึ้นแม้จะใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อวินิจฉัย ป้องกัน เพื่อการรักษา หรือเพื่อการปรับเปลี่ยนหน้าที่ทางสรีรวิทยา โดยไม่รวมถึงการใช้ยาเกินขนาดจากอุบัติเหตุหรือโดยเจตนา”

อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์นั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกระบบของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนัง ระบบเลือด หรือระบบประสาท เป็นต้น (ภาคผนวก ข หน้า 151) (79) อาการไม่พึงประสงค์จากยาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการที่เกิดขึ้นได้ หรือรู้สึกว่าการใช้ยามีอันตรายต่อร่างกายมากกว่าได้ประโยชน์ (13, 70, 72, 74, 80, 81) Mocroft A. และคณะ (7) พบว่าผู้ที่ไม่เคยใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อนจะมีการหยุดการรักษาในปีแรกมากถึงร้อยละ 25 สาเหตุจากอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ และอาการข้างเคียงที่ก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด คืออาการคลื่นไส้และถ่ายเหลว

ในการวิจัยนี้จะศึกษาถึงอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีผลทำให้แพทย์หยุดการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ มีการเปลี่ยนแปลงสูตรยาที่ผู้ป่วยใช้ และอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาที่มีผลทำให้แพทย์ต้องสั่งการรักษาเป็นพิเศษ หรือผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น

2.2 ความยุ่งยากซับซ้อนของสูตรยา (14, 72, 75, 80, 82, 83)

การรักษาโรคเอดส์จำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชนิด (HAART) พบว่าสูตรยาต้านไวรัสเอดส์มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากยาต้านไวรัสเอดส์มักมีปฏิกิริยาระหว่างยากับยาและยากับอาหาร ทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์บางชนิดมีข้อควรระวังเพิ่มขึ้น เช่น ต้องรับประทานยาตอนท้องว่าง ไม่ให้รับประทานยาพร้อมกับอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกยุ่งยากในการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง นอกจากนี้ยาบางสูตรยังต้องรับประทานหลายมื้อต่อวัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา รวมทั้ง

รสชาติของยาก็เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเด็ก

2.3 ระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แบ่งตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (The Center of Disease Control and Prevention: CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งเป็น 9 ประเภท ตามอาการแสดงทางคลินิกและระดับค่าเซลล์ซีดี4 (2) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ระดับความรุนแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

CD4 T-cell categories (absolute number and percentage)	Clinical categories ^a		
	(A) Asymptomatic	(B) Symptomatic	(C) AIDS
1. ≥ 500 cells/ μ l or 29%	A1	B1	C1
2. 200 – 499 cells/ μ l or 14-28 %	A2	B2	C2
3. < 200 cells/ μ l or 14 %	A3	B3	C3

^a คำอธิบายเพิ่มเติมได้ในภาคผนวก จ หน้า 143

จากหลายการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ ไม่มีผลต่อระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (13) แต่บางการศึกษากลับพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน หากอาการไม่รุนแรงมักมีความร่วมมือในการใช้ยาคือต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เนื่องจากโรคที่ใช้เวลาในการรักษานานจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา (68, 70) Gao X. และคณะ (27) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ B และ C จะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ A แต่จากการศึกษาของ Ostrop N. และคณะ (28) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ (ระดับ C) ที่มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 80 จะมีสัดส่วนน้อยกว่าระดับ A และ B โดยระดับความร่วมมือของทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ที่ร้อยละ 70 และร้อยละ 88 ตามลำดับ

2.4 ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ บางการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (29, 35) แต่การศึกษาของ Howard A. A. และคณะ (32) ศึกษาในผู้ป่วยหญิงพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์นานกว่า 2 ปี จะมีระดับความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยามาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับยามาเป็นเวลานานจะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับยา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยในกลุ่มที่มีปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดต่ำกว่าระดับที่วัดไม่ได้กลับพบว่าระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

3. ปัจจัยด้านสังคม

3.1 แรงสนับสนุนจากสังคม (social support) (13, 15, 33, 70, 74, 75, 84, 85) หมายถึง ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกว่ามีเครือข่ายทางสังคมให้การช่วยเหลือทั้งในยามปกติและในยามคับขัน โดยเพื่อนๆ หรือคนอื่นๆ ในสังคมมีส่วนร่วมรับผิดชอบและร่วมกันทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การศึกษาส่วนมากพบว่า การได้รับความยอมรับและแรงสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับจากสังคมแม้จะรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมในการรักษาโรคเอดส์อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยมักยอมรับในความเจ็บป่วยของตัวเองได้ดีขึ้น มีแรงจูงใจและกำลังใจในการรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง และยินดีที่จะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยส่วนมากจะสามารถดูแลตัวเองได้ดี มีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยมักเกิดอาการซึมเศร้าหรือเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการยอมรับหรือได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมต่ำ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอดีกว่า

3.2 ฐานะทางเศรษฐกิจ (13,15, 18, 30, 70, 76) การที่ผู้ป่วยไม่มีรายได้หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการเงินมักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีปัญหาสังคมอื่นๆ อีก ได้แก่ การใช้สารเสพติด การไม่มีที่อยู่อาศัยที่แน่นอน เกิดภาวะซึมเศร้าและท้อแท้ต่อการรักษาโรคเอดส์ มีคุณภาพชีวิตต่ำ และอาจไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้อาชีพและรายได้ยังส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานจะรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีงานทำ เนื่องจาก

ความไม่สะดวกในการรับประทานยาในขณะทำงาน หรือไม่ต้องการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ต่อหน้าเพื่อนร่วมงาน (13, 73, 76, 80, 86)

4. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (13, 68, 74, 80, 85, 87-89)

บุคลากรทางการแพทย์ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 3 ฝ่าย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยบ่อยครั้งเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้คะแนนความสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ต่ำมักจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำตามไปด้วย และมีการออกจากการศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้คะแนนสูง ส่วนผู้ป่วยที่ได้คะแนนความสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์สูง ผู้ป่วยจะมีความเชื่อถือและไว้วางใจในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา มีความเชื่อมั่นต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งมีการสื่อสารที่ดีระหว่างกันและกัน ผู้ป่วยจะมีความซื่อสัตย์ในการบอกความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์ และกล้าถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับการรับประทานยาให้เข้ากับชีวิตประจำวันได้มากขึ้น และผู้ป่วยมักเกิดอาการซึมเศร้าลดลง

รูปแบบทฤษฎีไอเรทิกเคิล (the transtheoretical model : TTM)

เนื่องจากพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ซับซ้อนไม่สามารถใช้เพียงทฤษฎีเดียวในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นจึงเกิดรูปแบบทฤษฎีไอเรทิกเคิลขึ้น ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้อธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงพฤติกรรมนั้นไว้ รูปแบบทฤษฎีไอเรทิกเคิลเกิดจากการประยุกต์ทฤษฎีทางจิตวิทยาหลายทฤษฎี รูปแบบนี้เริ่มใช้ในการช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหลายพฤติกรรม ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่หรือยาเสพติดอื่น ๆ การสร้างนิสัยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าที่ผิดปกติ เป็นต้น ในปัจจุบันได้เริ่มมีการประยุกต์ใช้รูปแบบทฤษฎีไอเรทิกเคิลในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น

รูปแบบทฤษฎีไอเรทิกเคิลประกอบด้วย 5 โครงสร้างที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ระดับขั้นของความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change: SOC)
2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (processes of change: POC)
3. การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (decision balance)

4. ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (self-efficacy)
5. ระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (habit strength/ temptation)

ในการวิจัยนี้ ศึกษาเพียง 4 โครงสร้างเท่านั้น ได้แก่ (1) ระดับขั้นของความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (2) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (3) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง และ (4) ระดับความเคยชิน ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะไม่กล่าวถึงในการศึกษานี้

1. ระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (36, 37)

เป็นการอธิบายให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านทัศนคติ (attitude) และความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก (กรอบแนวคิด stage of change ภาคผนวก ฉ หน้า 157) สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่

1.1. ระดับก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (precontemplation) ผู้ที่อยู่ในระดับนี้ ภายใน 6 เดือนข้างหน้าจะไม่มี ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มักไม่รู้สึกรู้สึกหรือไม่มีความรู้ถึงผลเสียของพฤติกรรมที่กำลังทำอยู่ จะพยายามหลีกเลี่ยงการอ่าน พุด หรือคิดถึงผลเสียของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่วนมากคนรอบตัวจะตระหนักถึงปัญหาของพฤติกรรมนั้นแทนตัวผู้ป่วย การพยายามให้ข้อมูลหรือบังคับให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักไม่มีแรงจูงใจ และไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมหรือการรักษาใดๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว แม้ผู้ป่วยจะยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากถูกกดดันจากผู้คนรอบข้างหรือผู้ที่มีอำนาจมากกว่า แต่เมื่อปราศจากแรงกดดันนั้นผู้ป่วยมักจะกลับมาทำพฤติกรรมเหมือนเดิมอีก ในระดับนี้ผู้ป่วยมักรู้สึกต่อต้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (resistance stage) หากให้กิจกรรมเสนอแนะที่ผิดพลาดอาจทำให้ผู้ป่วยติดอยู่ในระดับนี้นานกว่าที่ควร และเกิดการต่อต้านมากยิ่งขึ้น

1.2. ระดับมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (contemplation) ผู้ที่อยู่ในระดับนี้ จะมีความตระหนักถึงปัญหาและมีความคิดที่จะแก้ไขพฤติกรรม แต่ยังไม่คิดที่จะลงมือทำในทันที มักวางแผนว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอีก 6 เดือนข้างหน้า ผู้ที่อยู่ในระดับนี้จะประเมินว่า พฤติกรรมที่ต้องทำนั้นให้ผลดีต่อตัวเองน้อยกว่า ความพยายามและความยากลำบากที่ต้องประสบ เพื่อเอาชนะปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้ไม่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเองทันที การศึกษาจำนวนมากพบว่าผู้ที่อยู่ในระดับนี้อาจติดอยู่นานเกิน 2 ปี โดยไม่เปลี่ยนแปลงไปสู่ระดับที่สูงขึ้น หากไม่ได้รับกิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสม

1.3. ระดับเตรียมการ (preparation) ผู้ที่อยู่ในระดับนี้จะมีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอีกไม่เกิน 1 เดือนข้างหน้า หรืออาจจะเคยลองเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาแล้วในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมาแต่ประสบความล้มเหลว หรือปัจจุบันอาจพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของพฤติกรรมที่ต้องการได้ เช่น การพยายามรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ตรงเวลาทุก 12 ชั่วโมง แต่ปัจจุบันยังลืมรับประทานยา หรือยังคงรับประทานยาคลาดเคลื่อนจากเวลาที่ต้องการอยู่มากกว่า 1 ชั่วโมง

1.4. ระดับปฏิบัติการ (action) ผู้ที่อยู่ในระดับนี้ต้องอุทิศเวลาและพลังงานเป็นอย่างมากเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชินให้เป็นพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ ผู้ป่วยในระดับนี้มักมีอารมณ์ดีถึงเครียดมากกว่าผู้ที่อยู่ในระดับอื่น จะถือว่าอยู่ในระดับนี้เมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายถึงระดับที่ต้องการได้ ตั้งแต่ 1 วันแต่ไม่เกิน 6 เดือน

1.5. ระดับพฤติกรรมคงที่ (maintenance) ผู้ที่อยู่ในระดับนี้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายถึงระดับที่ต้องการได้นานกว่า 6 เดือนขึ้นไป สิ่งที่คุณคลากรทางการแพทย์ต้องทำในระดับนี้คือ การป้องกันการย้อนกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาอีก ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในความสามารถของตัวเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูง จากการติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้เลิกบุหรี่เป็นระยะเวลา 12 เดือน พบว่าผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วเป็นเวลา 12 เดือน จะมีการกลับมาสูบบุหรี่หรืออีกร้อยละ 43 แต่ในคนที่เลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่า 5 ปี จะมีอัตราการกลับมาสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 7 เท่านั้น ดังนั้นจะเห็นว่า แม้จะอยู่ในระดับนี้ก็ยังสามารถย้อนกลับไปมีพฤติกรรมเดิมได้อีก

โดยปกติคนทั่วไปไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ไปอยู่ในระดับ maintenance ได้สำเร็จตั้งแต่ครั้งแรกที่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเลิกสูบบุหรี่มักต้องอาศัยความพยายามมากกว่า 3 - 4 ครั้งขึ้นไปกว่าจะสามารถเลิกบุหรี่ได้เด็ดขาดนานกว่า 6 เดือน การกลับมาของพฤติกรรมเดิม หรือการเลื่อนระดับต่ำลงนั้นมักเกิดขึ้นได้บ่อย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเพิ่มระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ (linear progression) นั้น อาจเกิดขึ้นได้แต่พบได้น้อยมาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนมากมักเป็นในรูปแบบเกลียว (spiral model) คือมีการถอยหลังของ stage of change ในบางครั้งก่อนจะเลื่อนระดับขึ้นขึ้นสูงและถอยกลับอีกครั้ง บางครั้งการถอยกลับนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความอายและความท้อแท้จากความล้มเหลวที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจหมดกำลังใจและเกิดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในบางกรณีอาจถอยไปอยู่ในระดับ precontemplation และจะคงอยู่ในระดับนั้นเป็นเวลานานกว่าปกติ แต่พบว่าส่วนมากร้อยละ 85 มักไม่มีการถอยกลับไปถึงระดับ precontemplation ส่วนมากการถอยกลับของระดับขึ้น มักทำให้ผู้ป่วยได้ข้อคิดในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จในครั้งต่อไป

stage of change สามารถวัดได้หลายวิธี ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงการวัด stage of change ของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์จากการศึกษาของ Willey C. และคณะ (40) ซึ่งพัฒนาและทดสอบความตรงของเครื่องมือในผู้ป่วยเอดส์จำนวนทั้งสิ้น 161 ราย พบว่า สามารถแบ่ง stage of change ได้ดี และ stage of change ที่แบ่งได้นั้นมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งวัดด้วยแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา และวิธี MEMS

2. การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (36, 39)

เป็นทฤษฎีที่ถูกนำเสนอในปี 1977 โดย Janis I.L. และ Mann L. ซึ่งเรียกว่า รูปแบบของความขัดแย้ง กล่าวคือ ก่อนที่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหนึ่งๆ มนุษย์มักมีการประเมินถึงประโยชน์หรือผลดีที่จะได้รับและสิ่งที่ต้องสูญเสียไป เมื่อต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยประเมินใน 4 หัวข้อ ได้แก่

- 1) ผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือเสียไปเกี่ยวกับความปลอดภัย
- 2) ผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือเสียไปเกี่ยวกับเรื่องที่มีความสำคัญอื่นๆ
- 3) การได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจากกลุ่มอ้างอิง หรือกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อตนเอง
- 4) การยอมรับในตัวเองหรือการปฏิเสธตัวเองเมื่อแสดงพฤติกรรมนั้นๆ

ในปี 1985 Velicer W.F. ได้นำเครื่องมือวัด decision balance จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ มาวัดผู้ต้องการเลิกบุหรี่พบว่า decision balance มีความสัมพันธ์กับ stage of change และได้แบ่ง decision balance เหลือเพียงสองส่วนเท่านั้นคือ การประเมินถึงผลดีที่จะได้รับจากพฤติกรรมใหม่ (pros) และการประเมินถึงผลเสียหากไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (cons) การประเมินนี้จะสัมพันธ์กับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ การให้คุณค่าและความเชื่อถึงผลดีและผลเสียต่อพฤติกรรมนั้นๆ การจะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสมดุลของ pros และ cons

ความสัมพันธ์ของ pros และ cons ของ decision balance กับ stage of change ในพฤติกรรม 12 ชนิด โดย 2 ชนิดเป็นการพยายามเลิกพฤติกรรมในอดีต ที่เหลือเป็นการพยายามสร้างพฤติกรรมใหม่ให้เกิดขึ้น พบว่าความสัมพันธ์นั้นมีรูปแบบที่ค่อนข้างแน่นอน กล่าวคือ มักจะได้ค่า cons สูงกว่าค่า pros ใน precontemplation stage และยิ่งมีการเคลื่อนไปสู่ระดับที่สูงขึ้น ค่า pros ก็สูงขึ้นตาม ส่วนค่า cons จะค่อยๆ ลดลง จนเมื่อค่า pros สูงกว่าค่า cons จึงจะเริ่มลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (action stage) ได้ผลการศึกษาที่คล้ายกันเมื่อศึกษาถึง

พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และคะแนน decision balance ที่ได้ นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับไวรัสเอชไอวีในเลือดของผู้ป่วย (90)

การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามซึ่งดัดแปลงมาจากการศึกษาของ Viswanathan H. และคณะ (73) ซึ่งวัดทัศนคติต่อการใช้ยา (medication attitude) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จำนวนทั้งสิ้น 99 ราย มีความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency) แสดงด้วยค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84 พบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงปริมาณเซลล์ซีดี 4

3. ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (37)

เกิดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยาของ Bandura A. ซึ่งกล่าวว่า “ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตัวเองมีอิทธิพลต่อการเลือกกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมของคน การตัดสินใจว่ามีความสามารถเท่าใดยังกำหนดว่า คนจะใช้ความพยายามเท่าใดในการทำกิจกรรมนั้น และเขาจะยังทำกิจกรรมที่ทำทายนั้นไปอีกนานเท่าใดต่างๆ ที่มีปัญหาเกิดขึ้น ความมั่นใจในความสามารถของตัวเองส่วนใหญ่จะมาจากประสบการณ์ในการจัดการกับชีวิตของตัวเอง โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะเพิ่มความมั่นใจให้เพิ่มมากขึ้น ส่วนความสำเร็จเป็นครั้งคราวจะไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตัวเองได้มากนัก”

Smith S.R. และคณะ (91) พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มีความสัมพันธ์กับระดับความมั่นใจในความสามารถของตัวเองของผู้ป่วย และคล้ายกับ decision balance ระดับความมั่นใจในตัวเองในแต่ละ stage of change จะไม่เท่ากัน โดยในระดับ precontemplation และระดับ contemplation ผู้ป่วยจะมีระดับความมั่นใจในตัวเองใกล้เคียงกัน และค่อยๆ เพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในระดับ preparation และเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนเมื่ออยู่ในระดับ action และ maintenance ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองเพิ่มขึ้นจึงมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5. ระดับความเคยชิน (38, 45)

ความเคยชิน หมายถึง การกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ หลายครั้งในอดีต กระทำโดยอัตโนมัติไม่ต้องอาศัยการบังคับควบคุม โดยพฤติกรรมนั้นต้องมีลักษณะที่เป็นพิเศษแตกต่างจากพฤติกรรมทั่วไป ยังมีการโต้แย้งกันอยู่ว่าความเคยชินเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับทางจิตวิทยาเพียงใด แต่พบวก่อนที่จะเกิดความเคยชินขึ้น มนุษย์มักต้องเริ่มที่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความตั้งใจในการทำพฤติกรรมนั้นๆ จนเกิดการซ้ำๆ หลายครั้งในอดีต

ทั้งระดับความเคยชินและสิ่งล่อใจจะสะท้อนถึงสิ่งเดียวกัน แต่มีการวัดที่ไม่แตกต่างกัน โดยระดับความเคยชินจะวัดการทำพฤติกรรมเป้าหมายที่เราต้องการ ส่วนสิ่งล่อใจเป็นการวัดพฤติกรรมหรือสิ่งที่กระตุ้นให้ทำพฤติกรรมที่เราต้องการจะเลิก ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยวัดระดับความเคยชินของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ระดับความเคยชินสามารถวัดได้หลายแบบตามแต่พฤติกรรมนั้นๆ เช่น สิ่งล่อใจของพฤติกรรมสูบบุหรี่จะเกี่ยวข้องกับการเสพติดบุหรี่ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยวัดจากสถานการณ์ที่กระตุ้นให้สูบบุหรี่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ สิ่งกระตุ้นหรือสภาพสังคมที่กระตุ้นให้เกิดการสูบบุหรี่ สิ่งยับยั้งหรือความรู้สึกที่ทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ และสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการเสพติด ระดับความเคยชินแต่ละพฤติกรรมจะไม่เหมือนกัน จึงเป็นเรื่องยากที่จะสร้างเครื่องมือในการวัดระดับความเคยชินที่เหมาะสมสำหรับทุกพฤติกรรมได้ เช่น การสูบบุหรี่ที่วัดระดับความเคยชิน โดยการนับจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน และเวลาที่เริ่มสูบบุหรี่มวนแรกหลังจากตื่นนอนตอนเช้า เป็นต้น

เนื่องจากระดับความเคยชินเกี่ยวข้องกับการทำพฤติกรรมนั้นๆ ซ้ำหลายครั้งในอดีต ดังนั้น Verplanken B. และ Orbell S. (45) จึงสร้างแบบวัดระดับความเคยชินจากการทำพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ในอดีตขึ้นมาเรียก “A Self-Report Index of Habit strength (SRHI)” พบว่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในและความเที่ยงในการทำแบบสอบถามซ้ำ มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการเกิดพฤติกรรมนั้นในอดีต และสามารถตอบสนองต่อการวัดระดับความเคยชินได้เป็นอย่างดี

จากการศึกษาของ Velicer W.F. และคณะ (38) พบว่า ความเกี่ยวข้องของระดับความเคยชินกับ stage of change ของพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะมีค่าสูงสุดเมื่ออยู่ในระดับ precontemplation แล้วจะค่อยๆ ลดลงเมื่อเปลี่ยนระดับ stage of change สูงมากขึ้น และมีค่าต่ำสุดเมื่ออยู่ในระดับ maintenance นอกจากนี้ระดับความเคยชินยังแสดงถึงความเสี่ยงในการกลับมาทำพฤติกรรมเดิมอีกด้วย

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของระดับความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับโครงสร้างส่วนอื่นๆ ตามรูปแบบทราวนสติโอเรทิเคิล

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของระดับความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กับ
โครงสร้างอื่นตามรูปแบบทฤษฎีไอเรทิกเคิล

Precontemplation	Contemplation	Preparation	Action	Maintenance
Consciousness raising				
Dramatic relief				
Environmental reevaluation				
	Self-reevaluation			
		Self-liberation		
			Reinforcement management	
			Helping relationships	
			Counterconditioning	
			Stimulus control	
Pros of changing increasing				
	Cons of changing decreasing			
		Self-efficacy increasing		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย
2. การดำเนินการวิจัย
3. การวิเคราะห์และอภิปรายผล
4. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

1. การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมข้อมูลต่างๆ ในการกำหนดขั้นตอน และวิธีดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม รวมทั้งวางแนวทางการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องรัดกุม การวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษา และเตรียมความพร้อมด้านอื่นๆ ในการดำเนินการวิจัย

1.2 การคัดเลือกโรงพยาบาล

การคัดเลือกโรงพยาบาลมีหลักเกณฑ์ดังนี้ คือ เป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและศักยภาพในด้านทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของโรงพยาบาลและได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์การศึกษามีจำนวนเพียงพอ ผู้วิจัยเลือกดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

1.3 กำหนดรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1.3.1 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบ cross-sectional study

1.3.2 การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ณ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549

1.4 จัดเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.4.1 แหล่งข้อมูล ได้แก่

- เวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- แบบบันทึกผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สำหรับผู้ใหญ่ (clinical monitoring for adults)
- แบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง 2 ชุด (ภาคผนวก ค หน้า 133 และ ภาคผนวก ง หน้า 139)

1.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

- ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ก หน้า 126)
- แบบบันทึกประวัติการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ประวัติความเจ็บป่วย และข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย (ภาคผนวก ข หน้า 129)
- แบบสอบถามชุดที่ 1 (ภาคผนวก ค หน้า 133) ประกอบด้วย
 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
 2. แบบประเมินความคิดเห็นในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (decision balance)
 3. แบบประเมินความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆ (self-efficacy)
 4. แบบประเมินระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (habit strength)
 5. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

6. ระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
(stage of change)

- แบบสอบถามชุดที่ 2 (ภาคผนวก ง หน้า 139) ประกอบด้วย
 1. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย
 2. แบบประเมินแรงสนับสนุนจากสังคม (social support)
 3. แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย
 4. แบบประเมินความรู้ด้านโรคและยาต้านไวรัสเอดส์
- แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ (ภาคผนวก จ หน้า 143)
- สมุดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ฉ หน้า 145)
- วิธีคำนวณความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จากแบบสอบถาม (ภาคผนวก ช หน้า 149)
- ตารางอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ซ หน้า 151)
- กรอบแนวคิดการแบ่งระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ฅ หน้า 157)

1.4.3 ขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การสร้างเครื่องมือมี 4 ขั้นตอนคือ
 - กำหนดคำนิยาม
 - กำหนดวัตถุประสงค์ของการวัด
 - กำหนดและจำแนกข้อคำถามเบื้องต้น
 - รวบรวมข้อคำถามโดยการรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือที่มีอยู่แล้วและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- 2) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหาและการวัดประเมินผลวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ที่ต้องการวัดตามที่กำหนดไว้ว่า ครอบคลุมเนื้อหาและเป็นตัวแทนของเนื้อหาที่กำหนด
- 3) นำแบบประเมินที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างน้อย 20 ราย เพื่อดูความเข้าใจในข้อคำถาม การตอบ การเรียงลำดับคำถาม รวมทั้งความง่าย อำนาจจำแนกของคำถามแต่ละข้อ ความตรง

(validity) และความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินทั้งหมด แก้ไขอีกครั้ง เพื่อความเหมาะสม

4) นำแบบประเมินที่ได้มาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

1.5 ยื่นโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอความเห็นชอบให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม

ดำเนินการขอความเห็นชอบให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม โดยยื่นโครงร่างวิทยานิพนธ์ ต่อคณะกรรมการด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในสัตว์และมนุษย์ ของคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. การดำเนินการวิจัย

2.1 ประชากร

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ NAPHA ณ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัด นครนายก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ตั้งแต่เดือนมกราคม จนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549

2.2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ความถดถอยเชิงพหุ (92) การคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาความสัมพันธ์ความถดถอยเชิงพหุจะใช้ผู้ป่วย 10 เท่าของปัจจัยที่ต้องการศึกษาทั้งหมด แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ควรต่ำกว่า 60 ราย

ในการวิจัยนี้มีปัจจัยทั้งหมดที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่วิเคราะห์ด้วยสถิติความถดถอยเชิงพหุเท่ากับ 15 ปัจจัย

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ต้องใช้ไม่ต่ำกว่า 150 ราย

2.3 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

2.3.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่

- 1) ได้รับความยินยอมด้านไวรัสเอดส์จากโครงการ NAPHA ณ โรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัย โดยได้รับความยินยอมด้านไวรัสเอดส์เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน
- 2) สามารถบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสมุดบันทึกเวลาการรับประทานยาได้เอง
- 3) รับประทานและให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยถือว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมในการวิจัยด้วยการยินยอมทำแบบสอบถาม

2.3.2 เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการวิจัย ได้แก่

- 1) ไม่สามารถค้นประวัติการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยได้
- 2) มีความผิดปกติทางจิตใจ ความจำเสื่อม หรืออยู่ในสภาพไม่สามารถรับรู้และเข้าใจ หรือให้ข้อมูลต่างๆได้
- 3) แพทย์สั่งหยุดยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ผู้ป่วยต้องบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
- 4) ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสมุดบันทึกการรับประทานยา

2.4 การเก็บข้อมูล

2.4.1 สืบค้นรายชื่อและเลขที่โรงพยาบาล (hospital number: HN) ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัย เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

2.4.2 ซึ่แจงรายละเอียดในการวิจัย และถามความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้ป่วย

2.4.3 สืบค้นประวัติการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ประวัติความเจ็บป่วย และข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และแบบบันทึกผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์สำหรับผู้ใหญ่

2.4.4 เมื่อพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามชุดที่ 1 (ภาคผนวก ค หน้า 133) และเมื่อพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามชุดที่ 2 (ภาคผนวก ง หน้า 139)

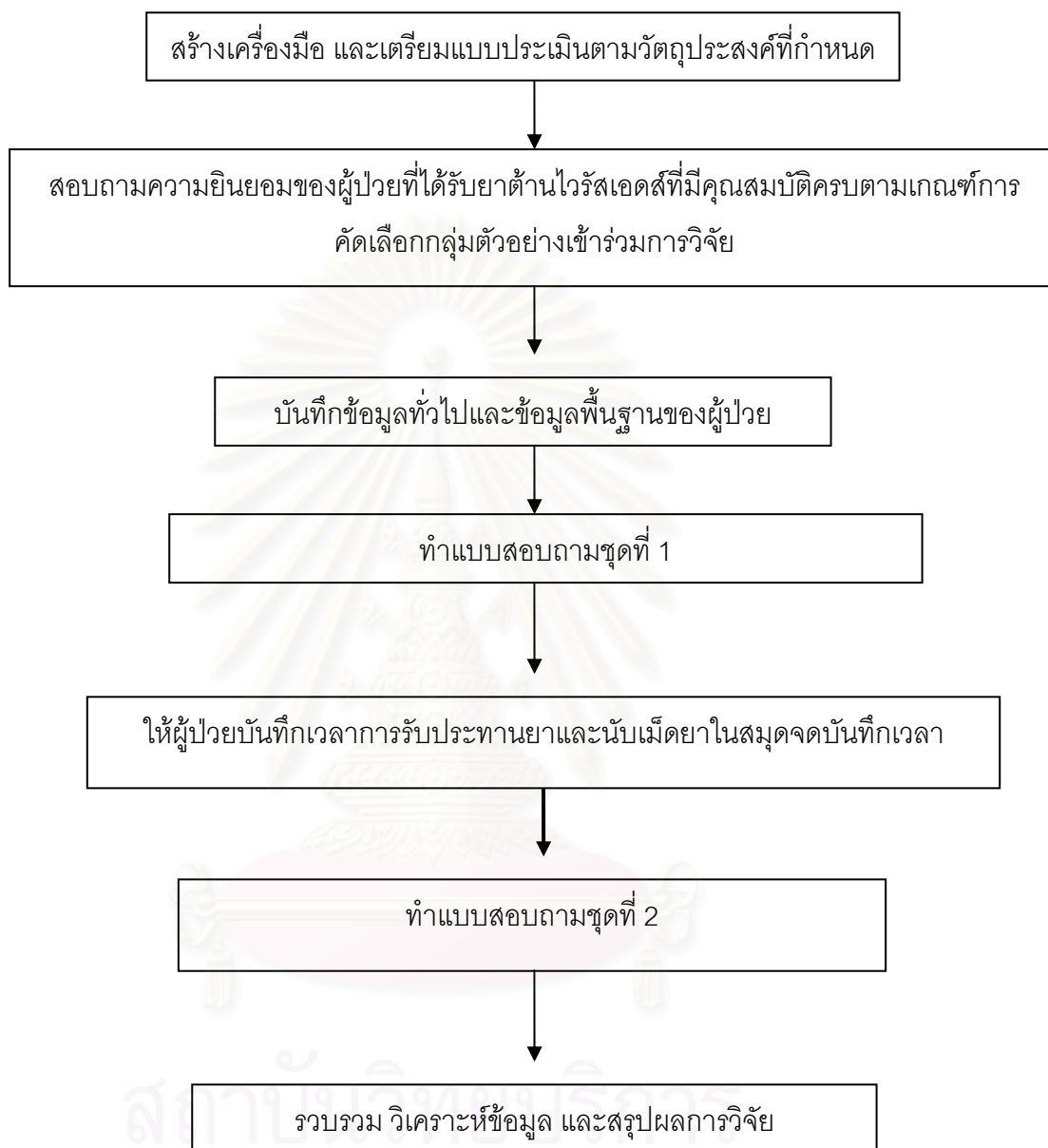
2.4.5 ให้สมุดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วย เพื่อบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เป็นเวลา 1 เดือน นำค่าที่ได้มาคำนวณระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยแต่ละราย

2.4.6 รวบรวมและประเมินข้อมูลทั้งหมด เพื่อทำการวิเคราะห์ สรุปผล และอภิปรายผลต่อไป

ในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายผู้วิจัยได้ปฏิบัติ ดังนี้

- 1) อธิบายโครงการแก่ผู้ป่วยตามคำอธิบายในภาคผนวก ก หน้า 126 ผู้วิจัยจะถือว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม
- 2) ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและข้อมูลของผู้ป่วยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถระบุหรือบ่งชี้ถึงผู้ป่วยแต่ละรายได้
- 3) การเข้าถึงข้อมูลทำได้เฉพาะผู้วิจัย และระมัดระวังไม่ให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูล
- 4) ผู้วิจัยทำจดหมายขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการวิจัย เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยจะถูกทำลาย เพื่อไม่ให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

3. การวิเคราะห์ และอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS for window version 11.5 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับร้อยละ 95 ($\alpha = 0.05$)

3.1 การแปลผล

3.1.1 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จากแบบสอบถาม GEEMA (ภาคผนวก ค หน้า133) พิจารณาจากแบบประเมินความร่วมมือ ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ โดย 4 ข้อคำถามเป็นคำถามเชิงคุณภาพ ที่ต้องการคำตอบคือ ใช่/ไม่ใช่ (ข้อ 1, 2, 3 และ 5) และอีก 2 ข้อคำถามเป็นคำถามเชิงปริมาณ (ข้อ 4 และ 6) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาคำนวณออกมาเป็นค่าร้อยละ (ภาคผนวก ข หน้า149)

3.1.2 ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ง หน้า 139) แบบสอบถามมีคะแนนเต็มเท่ากับ 22 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1: หมวดความรู้เรื่องโรคเอดส์ ได้แก่ สาเหตุของการติดเชื้อ ค่าซีดี 4 และการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประกอบด้วยคำถามตั้งแต่ข้อ 1 - 11

หมวดที่ 2: หมวดความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ อาการข้างเคียงที่มักพบจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ทุกชนิด และอาการข้างเคียงที่มักเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 12 - 16

หมวดที่ 3: หมวดความรู้ความเข้าใจถึงความจำเป็นในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 17 - 22

ข้อคำถามแต่ละข้อแสดงความหมายที่เป็นจริงและเป็นเท็จ ดังนี้

ข้อคำถามที่เป็นจริง: 1, 2, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 18, 20, 21, 22

ข้อคำถามที่เป็นเท็จ: 3, 4, 5, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 19

ลักษณะการให้คะแนนมีดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามที่เป็นจริง (คะแนน)	ข้อคำถามที่เป็นเท็จ (คะแนน)
ถูก	1	0
ผิด	0	1
ไม่ทราบ	0	0

ส่วนสุดท้าย เป็นการประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่าตัวเองมีความรู้อยู่ในระดับใด ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความรู้เลย และ 10 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกว่าตัวเองมีความรู้ดีมาก

3.1.3 ภาวะสุขภาพจิต (ภาคผนวก ง หน้า 139) แบบสอบถามนี้มีทั้งสิ้น 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 หมวดได้แก่

หมวดที่ 1: หมวดสภาพจิตใจ (mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และความเจ็บป่วยของจิตใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน 5 คำถาม ได้แก่

- ความรู้สึกในทางที่ดี (general well-positive affect) มี 2 คำถาม ตั้งแต่ข้อ 1 - 2
- ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (general well-negative affect) มี 3 คำถาม ตั้งแต่ข้อ 3 - 5

หมวดที่ 2: หมวดสมรรถภาพจิตใจ (mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจ ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตที่มีความสุข ประกอบด้วย 1 ส่วนคือ ความมั่นใจในการเผชิญหน้ากับปัญหา (confidence in coping) มี 3 คำถาม ตั้งแต่ข้อ 6 - 8

หมวดที่ 3: หมวดคุณภาพของจิตใจ (mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่พึงงามของจิตใจ เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ประกอบด้วย 2 ส่วน 4 คำถาม ได้แก่

- ความมีเมตตาากรุณา (kindness and altruism) มี 3 คำถาม ตั้งแต่ข้อ 9 - 11
- การนับถือตนเอง (self esteem) มี 1 คำถาม ข้อ 12

หมวดที่ 4: หมวดปัจจัยสนับสนุน (support factors) หมายถึง ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกถึงความช่วยเหลือของเครือข่ายสังคมรอบตัว จะเน้นสภาพแวดล้อม และสังคมที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในยามปกติและยามคับขัน โดยเพื่อนๆ หรือคนอื่นๆ ในสังคมมีส่วนรับผิดชอบและร่วมกันทำงานเพื่อแก้ไข

ปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงใด เมื่อบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤต ประกอบด้วย 1 ส่วน คือ ความสนับสนุนจากครอบครัว (family support) มี 3 คำถาม ตั้งแต่ข้อ 13 - 15

แบบสอบถามมีคะแนนเต็มเท่ากับ 35 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ทั้งข้อคำถามที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบจะใช้ค่าคะแนนที่เหมือนกัน ดังนี้

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
คะแนน	0	1	2	3

เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งภาวะสุขภาพจิตผู้ป่วยจะอ้างอิงจากการแบ่งภาวะสุขภาพจิตของคนไทยทั่วไปที่ได้จากการศึกษาของ นายแพทย์อภิชัย มงคล และคณะ (77) ซึ่งแบ่งภาวะสุขภาพจิตคนไทยออกเป็น 3 กลุ่มคือ

- ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คือ ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน
- ภาวะสุขภาพจิตเท่าคนทั่วไป คือ ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 28-34 คะแนน
- ภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป คือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 35 คะแนน

ส่วนสุดท้าย เป็นการประเมินอารมณ์ความรู้สึกวันนี้ของตัวผู้ป่วยเองจำนวน 1 ข้อ มีคะแนนให้เลือกตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงความรู้สึกวันนี้แย่มากๆ และ 10 คะแนน หมายถึงความรู้สึกวันนี้ดีมาก

3.1.4 ระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ค หน้า 133) ดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดระดับความเคยชิน "A Self-Report Index of Habit Strength: SRHI" จากข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อนำแบบสอบถามทดสอบกับผู้ป่วยจำนวน 25 ราย ได้ตัดข้อคำถามเหลือเพียง 8 ข้อ แบบสอบถามมีคะแนนเต็มเท่ากับ 40 คะแนน มีข้อคำถามเชิงลบ คือ ข้อ 5 เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความ	ไม่ใช่อย่างยิ่ง	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	ใช่	ใช่อย่างยิ่ง
ข้อคำถามเชิงบวก	1	2	3	4	5
ข้อคำถามเชิงลบ	5	4	3	2	1

3.1.5 การเปรียบเทียบถึงผลดีและผลเสียต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ค หน้า 133) แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1: หมวดความคิดเห็นในด้านบวกต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ข้อคำถาม ตั้งแต่ข้อ 1 - 5

หมวดที่ 2: หมวดความคิดเห็นในด้านลบต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ข้อคำถาม ตั้งแต่ข้อ 6 - 10

แบบสอบถามมีคะแนนเต็มเท่ากับ 50 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ข้อคำถาม 1-5	1	2	3	4	5
ข้อคำถาม 6-10	5	4	3	2	1

3.1.6 ความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง (ภาคผนวก ค หน้า 133) แบบสอบถามดัดแปลงมาจากการศึกษาของ Smith S.R. (91) จากการที่ผู้วิจัยแปลและทดสอบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 25 ราย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเหลือข้อคำถามเพียง 25 ข้อ แบ่งเป็น 3 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1: หมวดความมั่นใจในการรับประทานยาในสถานการณ์ต่างๆ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 19 ข้อ ตั้งแต่ข้อคำถาม 1 - 19

หมวดที่ 2: หมวดความมั่นใจในการรับประทานยาให้ครบทุกมื้อและต่อเนื่องในขนาดต เป็นการถามถึงความมั่นใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในอีก 1 สัปดาห์ถึง 6 เดือนข้างหน้า มีข้อคำถามทั้งสิ้น 3 ข้อ ตั้งแต่ข้อคำถาม II.1 ถึง II.3

หมวดที่ 3: หมวดความมั่นใจในการแก้ไขสถานการณ์เมื่อเกิดอุปสรรคขัดขวางการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง มีข้อคำถามทั้งสิ้น 3 ข้อ ตั้งแต่ข้อคำถาม III.1 ถึง III.3

แบบสอบถามมีคะแนนเต็มเท่ากับ 125 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสถานการณ์ต่างๆ ดังนี้

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คะแนน	1	2	3	4	5

3.1.7 **แรงสนับสนุนจากสังคม** (ภาคผนวก ค หน้า 133) ดัดแปลงมาจากการศึกษาของ Sherbourne D.C. and Stewart A.L. (93) มีทั้งหมด 19 ข้อ เมื่อนำไปทดสอบกับผู้ป่วยจำนวน 25 รายแล้ว ได้ดัดแปลงแก้ไขเพิ่มเติม เหลือจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 17 ข้อ แบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1: หมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (tangible support: TAN) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 4 ข้อ ข้อคำถามตั้งแต่ 1 - 4

หมวดที่ 2: หมวดความรู้สึกเป็นที่รัก (affectionate support: AFF) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 3 ข้อ ข้อคำถามตั้งแต่ 5 - 7

หมวดที่ 3: หมวดสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น (positive social interaction: POS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ข้อคำถามตั้งแต่ 8 - 9

หมวดที่ 4: หมวดการคำจุนด้านอารมณ์และข้อมูลต่างๆ (emotional/ information support: EMI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ข้อคำถามตั้งแต่ 10 - 17

แบบสอบถามมีคะแนนเต็มเท่ากับ 85 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีน้อยครั้ง	มีบางครั้ง	มีบ่อยครั้ง	มีทุกครั้งที่ต้องการ
คะแนน	1	2	3	4	5

3.1.8 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (ภาคผนวก ง หน้า 139) แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 19 ข้อ แบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่

- หมวดที่ 1: ความรู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 13 ข้อ ตั้งแต่ข้อคำถาม 1 - 13
- หมวดที่ 2: ความสะดวกใจในการบอกความลับ และขอคำปรึกษาในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา แบ่งการประเมินตามวิชาชีพได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล มีข้อคำถามทั้งสิ้น 3 ข้อ ตั้งแต่ข้อคำถามที่ II.1 ถึง II.3
- หมวดที่ 3: ความเชื่อมั่นในความรู้ และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษา ข้อคำถามที่ III
- หมวดที่ 4: การยอมรับบอกความจริงเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสแก่บุคลากรทางการแพทย์ของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามเชิงลบ ข้อคำถามที่ IV
- หมวดที่ 5: ความมั่นใจในแผนการรักษาโรคเอดส์ที่กำลังได้รับอยู่ในปัจจุบัน ข้อคำถามที่ V

แบบสอบถามมีคะแนนเต็มเท่ากับ 95 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ดังนี้

ข้อความ	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ข้อคำถามเชิงบวก	1	2	3	4	5
ข้อคำถามเชิงลบ	5	4	3	2	1

ส่วนสุดท้าย เป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาจำนวน 1 ข้อ คะแนนให้เลือกตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยรู้สึกกับบุคลากรทางการแพทย์ในระดับไม่ดีมากๆ และ 10 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยรู้สึกกับบุคลากรทางการแพทย์ในระดับดีมาก ๆ

3.1.9 ระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ค หน้า 133) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (precontemplation), ระดับมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (contemplation), ระดับเตรียมการ (preparation), ระดับปฏิบัติการ (action) และระดับคงที่ของพฤติกรรม (maintenance) วิธีการแบ่งระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ มีดังนี้

- ในข้อ 1 ตอบตัวเลือกที่ 1 คือ ผู้ป่วยอยู่ในระดับ precontemplation
 ตอบตัวเลือกที่ 2 คือ ผู้ป่วยอยู่ในระดับ contemplation
 ตอบตัวเลือกที่ 3 คือ ผู้ป่วยอยู่ในระดับ preparation
 ตอบตัวเลือกที่ 4 คือ ผู้ป่วยอยู่ในระดับ action และ maintenance

หากในข้อ 1 ตอบตัวเลือกที่ 4 ผู้ป่วยต้องทำ ข้อ 2 และข้อ 3 ต่อ เพื่อแบ่งระดับ action และ maintenance ออกจากกัน

- ในข้อ 2 ตอบตัวเลือกที่ 1 คือ ผู้ป่วยอยู่ในระดับ action
 ตอบตัวเลือกที่ 2 คือ ผู้ป่วยอยู่ในระดับ action และ maintenance
 ในข้อ 3 ตอบตัวเลือกที่ 1 คือ ผู้ป่วยอยู่ในระดับ action
 ตอบตัวเลือกที่ 2 คือ ผู้ป่วยอยู่ในระดับ maintenance

3.2 การวิเคราะห์และอภิปรายผล

3.2.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และมัธยฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

3.2.2 ใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่

- Independent T test หรือ Mann-Whitney test และ ANOVA หรือ Kruskal-Wallis test ทดสอบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละปัจจัย stage of change และคะแนนที่ได้จากการประเมิน self-efficacy, decision balance และ habit strength ในแต่ละ stage of change
- Correlation ใช้หาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว (ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา) และตัวแปรตาม (ความร่วมมือในการใช้ยา)

- Multiple Regression ใช้หาความถดถอยเชิงพหุของตัวแปรต้น 15 ตัว (ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา และตัวแปรตาม (ความร่วมมือในการใช้ยา)

4. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัยจากข้อมูลที่ได้ ในด้านผลการวิจัย การนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อจำกัดในการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย และอภิปรายผล

การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทฤษฎีสถานะไอเรทิกเคิล ผลการศึกษาและอภิปรายผล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
2. ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์โดยเครื่องมือ 3 วิธี
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการประเมินโดยเครื่องมือ 3 วิธี

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย
2. ปัจจัยด้านโรคและยา
3. ปัจจัยด้านสังคม
4. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย
5. การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา
2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ กับการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการใช้ยา ความมั่นใจในความสามารถของตัวเองในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครบทุกมื้อตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง และระดับความเคยชินในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย
3. การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ แบ่งผู้ป่วยตามระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ส่วน 1 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ณ คลินิกโรคเอดส์ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม จากจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 355 ราย ผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาจำนวน 276 ราย เป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 93 ราย โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ จำนวน 76 ราย และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 107 ราย

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 276 ราย มีสัดส่วนของเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 46.4 และร้อยละ 53.6 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 38.9 ± 8.3 ปี สอดคล้องกับรายงานของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (3) ซึ่งรายงานว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนมากเป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 39 ปี จากตารางที่ 3 พบว่าการกระจายของข้อมูลในด้านเพศและอายุของทั้งสามโรงพยาบาลมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับการศึกษาคณะบังคับ คือ ประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา (ร้อยละ 85.5) ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์หรือเคยดื่มแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 71) ไม่เคยสูบบุหรี่ หรือเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 69.6) และส่วนมากไม่เคยใช้ยาเสพติดอื่นๆ (ร้อยละ 87) มีเพียงร้อยละ 13.0 เท่านั้นที่เคยใช้ยาเสพติดอื่นๆ และผู้ป่วยที่เคยใช้ยาเสพติดอื่นๆ ทั้งหมดให้ประวัติว่า ในปัจจุบันเลิกใช้ยาเสพติดแล้ว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)				
	ดำเนินสะดวก (n=93)	สมเด็จพระเทพฯ (n=76)	สมเด็จพระพุทธฯ (n=107)	รวมทั้งสิ้น (n=276)	
เพศ	หญิง	46 (49.5)	30 (39.5)	52 (48.6)	128 (46.4)
	ชาย	47 (50.5)	46 (60.5)	55 (51.4)	148 (53.6)
อายุ	น้อยกว่า 20 ปี	1 (1.1)	2 (2.6)	0	3 (1.1)
	20-29 ปี	20 (21.5)	9 (11.8)	10 (9.3)	39 (14.1)
	30-39 ปี	46 (49.5)	36 (47.4)	52 (48.6)	134 (48.6)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)			
	ดำเนินสะดวก (n=93)	สมเด็จพระเทพฯ (n=76)	สมเด็จพระพุทธฯ (n=107)	รวมทั้งสิ้น (n=276)
อายุ				
40-49 ปี	15 (16.1)	21 (27.6)	38 (35.5)	74 (26.8)
50-59 ปี	10 (10.7)	6 (7.9)	6 (5.6)	22 (8.0)
60 ปี ขึ้นไป	1 (1.1)	2 (2.6)	1 (0.9)	4 (1.4)
อายุ (ปี), (mean ± SD)	37.7 ± 9.1	39.7 ± 9.4	39.5 ± 6.7	38.9 ± 8.3
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	70 (75.3)	25 (32.9)	74 (69.2)	169 (61.2)
มัธยมศึกษา	14 (15.1)	28 (36.8)	25 (23.4)	67 (24.3)
อนุปริญญา	4 (4.3)	10 (13.2)	4 (3.7)	18 (6.5)
≥ ปริญญาตรี	2 (2.2)	9 (11.8)	4 (3.7)	15 (5.5)
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (3.2)	4 (5.3)	0	7 (2.5)
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่มเป็นประจำ	3 (3.2)	2 (2.6)	2 (1.9)	7 (2.5)
ดื่มบ้างเป็นบางครั้ง	11 (11.8)	7 (9.2)	10 (9.3)	28 (10.1)
นานๆ ดื่มที	15 (16.1)	13 (17.1)	17 (15.9)	45 (16.3)
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	15 (16.1)	20 (26.3)	19 (17.8)	54 (19.6)
ไม่เคยดื่ม	49 (52.7)	34 (44.7)	59 (55.1)	142 (51.4)
ประวัติการสูบบุหรี่				
สูบเป็นประจำ	14 (15.1)	6 (7.9)	19 (17.8)	39 (14.1)
สูบบ้างเป็นบางครั้ง	4 (4.3)	4 (5.3)	6 (5.6)	14 (5.1)
นานๆ สูบที	13 (14.0)	8 (10.5)	10 (9.3)	31 (11.2)
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	13 (14.0)	13 (17.1)	12 (11.2)	38 (13.8)
ไม่เคยสูบ	49 (52.7)	45 (59.2)	60 (56.1)	154 (55.8)
ประวัติการใช้ยาเสพติด				
ไม่เคยใช้	75 (80.6)	68 (89.5)	97 (90.7)	240 (87.0)
เคยใช้	18 (19.4)	8 (10.5)	10 (9.3)	36 (13.0)

2. ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์โดยเครื่องมือ 3 วิธี

ในการศึกษานี้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์โดยเครื่องมือ 3 วิธี ได้แก่

- (1) วิธีการรายงานผลด้วยตัวเอง ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ดัดแปลงมาจาก Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) ของ Knobel H. และคณะ [GEEMA study] (44) จากแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในส่วนที่ 6: แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ค หน้า 129) ทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 276 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.60
- (2) วิธีให้ผู้ป่วยจดบันทึกเวลาการรับประทานยาลงในสมุดที่ทางผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้ (ภาคผนวก ข หน้า 145) จดบันทึกเป็นเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยถือว่าผู้ป่วยรับประทานยาผิดเวลา เมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์คลาดเคลื่อนจากเวลารับประทานยาปกติ 1 ชั่วโมง (43)
- (3) วิธีนับเม็ดยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยมีทั้งหมดก่อนและหลังการจดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

การวิจัยนี้ใช้เกณฑ์แบ่งผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดังนี้: ถ้ามีความร่วมมือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ถือว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา และถ้าผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าร้อยละ 95 ถือว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากมีหลายการศึกษา พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระบบภูมิคุ้มกัน คือ ระดับเซลล์ซีดี4 และการลดลงของปริมาณไวรัสเอชไอวี ในกระแสเลือดของผู้ป่วย รวมทั้งความร่วมมือในการใช้ยาในระดับนี้ยังทำให้ผู้ป่วยไม่มีการพัฒนาโรคไปสู่ระยะเอดส์เต็มขั้นอีกด้วย (9, 10, 52)

2.1 จำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือทำการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยเครื่องมือทั้ง 3 วิธี

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยทุกรายให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม คือ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การจดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ 68) และวิธีที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือน้อยที่สุดคือการนับเม็ดยา (ร้อยละ 30.8)

ตารางที่ 4 ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือทำการประเมินโดยเครื่องมือทั้ง 3 วิธี

เครื่องมือวัดความ ร่วมมือในการใช้ยา ต้านไวรัสเอดส์	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)			
	ดำเนินสะดวก (n=93)	สมเด็จพระเทพฯ (n=76)	สมเด็จพระพุทธฯ (n=107)	รวม (n=276)
แบบสอบถาม	93 (100)	76 (100)	107 (100)	276 (100)
การจดบันทึกเวลา	60 (64.5)	57 (75.0)	71 (66.4)	188 (68.1)
การนับเม็ดยา	33 (35.5)	15 (19.7)	37 (34.6)	85 (30.8)

การที่ผู้ป่วยยินยอมจดบันทึกเวลาการรับประทานยาน้อยกว่าการตอบแบบสอบถามอาจเนื่องจากการจดบันทึกเวลารับประทานยาจำเป็นต้องจดบันทึกติดต่อกันทุกวันเป็นเวลา 1 เดือน วันละอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นกับสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สะดวกในการทำและไม่เห็นถึงความจำเป็นในการจดบันทึก รวมทั้งผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการนำสมุดจดบันทึกติดตัว เนื่องจากกลัวผู้อื่นจะทราบว่าเป็นโรคเอดส์ จึงทำให้ไม่สามารถจดบันทึกเวลาได้ทันทีหลังจากรับประทานยาและเกิดการลืมจดบันทึกในที่สุด

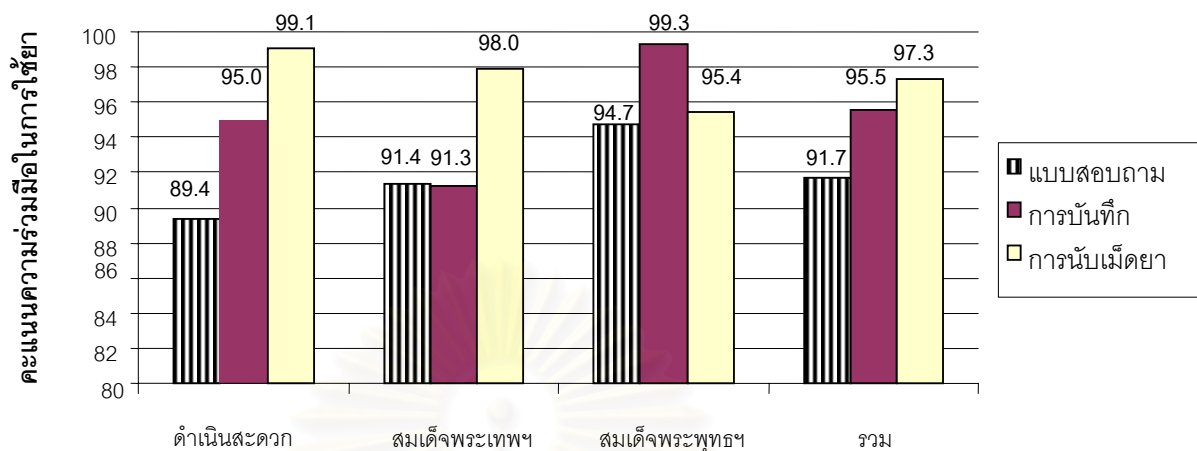
ส่วนการนับเม็ดยานั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยนับด้วยตัวเอง เพราะโรงพยาบาลทั้งสามแห่งที่ผู้วิจัยเลือกในการศึกษานี้ โดยปกติไม่มีการให้ผู้ป่วยนำยาต้านไวรัสเอดส์มาให้ตรวจนับเม็ดยา ดังนั้นการที่มีอัตราการทำเครื่องมือนี้น้อยที่สุด อาจเกิดจากผู้ป่วยไม่มีความสนใจที่จะทำ พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากวิธีนับเม็ดยาจะมีค่าความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยสูงที่สุดจากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่ยอมนับเม็ดยาแล้วจดบันทึกลงในสมุดที่จัดเตรียมให้เป็นผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงอยู่แล้ว และมีความเข้าใจถึงความสำคัญของการวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาจึงยอมให้ความร่วมมือในการนับเม็ดยา อย่างไรก็ตามการนับเม็ดยาอาจเกิดความผิดพลาดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rudd P. และคณะ (95) และ Kastrissios H. และคณะ (96) ที่พบว่า วิธีการนับเม็ดยาจะได้ค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริงเมื่อนับเม็ดยาโดยที่ไม่บอกให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า เพราะหากผู้ป่วยทราบก่อนอาจมีการทิ้งยาที่ไม่ได้รับประทาน ทำให้ค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้สูงกว่าความเป็นจริง

2.2 ความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการประเมินโดยเครื่องมือทั้ง 3 วิธี

จากตารางที่ 5 และรูปที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์จากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี เรียงคะแนนจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้: ค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการนับเม็ดยา > การจดบันทึกเวลารับประทานยา > การตอบแบบสอบถาม มีร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา ดังนี้ คือ $97.3 > 95.1 > 91.7$ การที่ความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากวิธีการนับเม็ดยาและการจดบันทึกเวลาการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์มีค่าสูงกว่าที่ได้จากการประเมินด้วยแบบสอบถาม อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการบันทึกเวลาและนับเม็ดยาด้านไวรัสเอดส์เป็นผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีอยู่แล้ว เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากแบบสอบถาม GEEMA พบว่า มีผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (ความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าร้อยละ 95) มากที่สุดคือ ร้อยละ 61.2 สอดคล้องกับการศึกษาของศุภินี ต้นพงศ์เจริญ (94) ซึ่งใช้แบบสอบถามของ GEEMA เช่นเดียวกับการวิจัยนี้ ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 50 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าร้อยละ 95 ก่อนให้กิจกรรมเสนอแนะมีมากถึงร้อยละ 60

ตารางที่ 5 ความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี

เครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์	ความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์						รวมทั้งสิ้น Mean±SD
	ดำเนินสะดวก		สมเด็จพระเทพฯ		สมเด็จพระพุทธฯ		
	Mean±SD	Mediam (Q1-Q3)	Mean±SD	Mediam (Q1-Q3)	Mean ±SD	Mediam (Q1-Q3)	
แบบสอบถาม	89.4±12.1	93.5 (83.4-100)	91.4±7.0	92.6 (86.0-93.5)	94.7±6.7	100 (86.0-93.5)	91.7 ± 9.2
การจดบันทึกเวลา	95± 11.3	100 (96.7-100)	91.3± 15.2	98.3 (91.7-100)	99.3±1.9	100 (100-100)	95.5 ± 11.0
การนับเม็ดยา	99.1± 2.4	100 (100-100)	97.9±4.9	100 (100-100)	95.4±12.3	100 (96.4-100)	97.3 ± 8.6



รูปที่ 1 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี

เมื่อทดสอบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์แต่ละโรงพยาบาล พบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากแบบสบู่และการจذبันทีก เวลากรรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาที่ประเมินจากวิธีการน้บเม็ดยาไม่พบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละโรงพยาบาล ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์แต่ละโรงพยาบาล ประเมินจากทั้ง 3 เครื่องมือ

เครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	Test of equal variance	ความร่วมมือในการใช้ยา (Mean±SD)		
		1	2	3
แบบสบู่	24.5 ** (p = 0.0001)	89.4 ± 12.1 ^a	91.4 ± 7.0 ^b	94.7 ± 6.7 ^{a b}
การจذبันทีก	24.5 ** (p = 0.0001)	95.0 ± 11.3 ^a	91.3 ± 15.2 ^b	99.3 ± 1.9 ^{a b}
การน้บเม็ดยา	4.8 * (p = 0.011)	99.1 ± 2.4	97.9 ± 4.9	95.4 ± 12.3

a, b significant multiple comparisons follow up by Dunnett

* significant at 0.05 level (2-tailed), ** significant at 0.01 level (2-tailed)

1 = โรงพยาบาลดำเนินสะดวก, 2 = โรงพยาบาลสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ, 3 = โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

จากตารางที่ 6 เมื่อทดสอบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาแต่ละโรงพยาบาล พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากแบบสอบถามของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กับโรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ามีค่าสูงสุดคือ ร้อยละ 94.7 รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ และโรงพยาบาลดำเนินสะดวก (ร้อยละ 91.4 และร้อยละ 89.4 ตามลำดับ) ส่วนความร่วมมือในการใช้ยาจากการจดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ($p < 0.01$) โดยค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ามีค่าสูงสุด คือร้อยละ 99.3 รองลงมาคือ โรงพยาบาลดำเนินสะดวกและโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ (ร้อยละ 95.0 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ)

จากจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และค่าความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการประเมินโดยเครื่องมือทั้ง 3 วิธี สามารถสรุปข้อดีและข้อจำกัดของเครื่องมือทั้ง 3 วิธี ได้ดังนี้

1. แบบสอบถาม แม้เครื่องมือนี้จะใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาได้ง่ายและสามารถประยุกต์ใช้ได้คลิสิกทั่วไป เนื่องจากมีราคาถูก ไม่ต้องการบุคลากรจำนวนมากในการสอบถาม ง่ายต่อการประเมินผล รวมทั้งผู้ป่วยไม่เสียเวลามากนักในการทำแบบสอบถาม ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถามมากกว่าอีก 2 วิธีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แต่เนื่องจากข้อคำถามเป็นการถามถึงพฤติกรรมการรับประทานยา ย้อนหลัง จึงส่งผลให้ในบางครั้งผู้ป่วยอาจจะจำไม่ได้ ทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากแบบสอบถามมีความคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง
2. การจดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสมุด การวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยวิธีนี้ แม้เป็นเครื่องมือที่ทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยรับประทานตรงตามเวลาและครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่งจริงหรือไม่ แต่เนื่องจากเครื่องมือนี้ต้องการความร่วมมือของผู้ป่วยในการจดบันทึกข้อมูลสูง ดังนั้นการจะใช้เครื่องมือนี้วัดความร่วมมือในการใช้ยาจึงจำเป็นต้องอธิบายถึงความสำคัญของการจดบันทึกเวลาการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยยอมร่วมมือในการจดบันทึก และเครื่องมือนี้ยัง

ไม่เหมาะที่จะใช้วัดความร่วมมือในการใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะผู้ป่วยจะเกิดความเบื่อหน่ายในการจดบันทึกเมื่อเวลาผ่านไป ส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดได้ไม่ใช่ค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริง

3. การนับเม็ดยา เป็นวิธีที่ดี เนื่องจากมีความยุ่งยากน้อย สามารถใช้ได้ง่ายในคลินิกทั่วไป แต่การให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาด้วยเพื่อนับจำนวนยาที่เหลืออาจเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นได้จากการที่ผู้ป่วยจงใจทิ้งเม็ดยาที่ลืมรับประทาน หรือนำยามาให้ตรวจนับจำนวนพอดีกับที่ควรจะเป็น ดังนั้นอาจใช้วิธีการนับเม็ดยาโดยไม่มีกรบอกล่วงหน้าจะทำให้ได้ค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริง แต่วิธีนี้จะไม่สามารถรู้ได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาเวลาคลาดเคลื่อนเพียงใด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการประเมินโดยเครื่องมือทั้ง 3 วิธี

ความสัมพันธ์ของค่าความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี ได้แก่ การประเมินตัวเองด้วยแบบสอบถาม การจดบันทึกเวลาการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ในสมุด และวิธีนับเม็ดยาด้านไวรัสเอดส์ก่อนและหลังการจดบันทึกเวลาการรับประทานยา เมื่อทดสอบการแจกแจงของข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากทั้ง 3 วิธี ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

การวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) พบว่า ค่าความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากแบบสอบถาม มีความสัมพันธ์กับค่าความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการจดบันทึกเวลาการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.378 ส่วนค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากวิธีการนับเม็ดยาไม่พบความสัมพันธ์กับค่าความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีอื่น ดังตารางที่ 7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่วัดได้จากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis)

		แบบสอบถาม	สมุดบันทึก	นับเม็ดยา
		GEEMA		
แบบสอบถาม (n=276)	Correlation Coefficient	1		
	p-value	.		
	N	276		
สมุดบันทึก (n=185)	Correlation Coefficient	0.378	1	
	p-value	0.0001**	.	
	N	185	185	
นับเม็ดยา (n=85)	Correlation Coefficient	0.034	- 0.085	1
	p-value	0.755	0.458	.
	N	85	78	85

** significant at 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 8 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของระดับเซลล์ซีดี4 ก่อนเข้ารับการรักษา กับผลครั้งล่าสุดของผู้ป่วย กับค่าความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการประเมินทั้ง 3 วิธี ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับการเปลี่ยนแปลงของระดับเซลล์ซีดี4 ในผู้ป่วยทั้งหมด อาจเนื่องจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ดังกล่าวรวมกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ถึง 6 เดือนเข้าไปด้วย ทำให้ไม่พบความแตกต่างของระดับเซลล์ซีดี4 ก่อนเข้ารับการรักษา กับผลครั้งล่าสุด เมื่อวิเคราะห์โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน 12 เดือน และ 18 เดือน พบว่าค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการประเมินด้วยแบบสอบถามมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ซีดี4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.178, 0.292 และ 0.297 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการประเมินอีก 2 วิธีกับระดับเซลล์ซีดี 4 ที่เปลี่ยนแปลงแม้จะตัดผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่า 6 เดือนออกไป ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Knobel H. และคณะ (44) ซึ่งพบความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดได้จากแบบสอบถามของ GEEMA กับการเพิ่มขึ้นของระดับเซลล์ซีดี4 และการลดลงของปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของระดับเซลล์ซีดี4 ก่อนเข้ารับการรักษากับค่าครั้งล่าสุดของผู้ป่วย กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการประเมินโดยเครื่องมือทั้ง 3 วิธี (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis)

ความร่วมมือในการใช้ยากับความแตกต่างของระดับเซลล์ซีดี 4 ก่อนเข้ารับการรักษ และค่าครั้งล่าสุดของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	Coefficient of Correlation (r)	p-value
ผู้ป่วยทั้งหมด			
แบบสอบถาม	252	0.076	0.228
สมุดบันทึก	170	0.077	0.318
การนับเม็ดดยา	78	0.076	0.506
ผู้ป่วยที่รับการรักษา \geq 6 เดือน			
แบบสอบถาม	220	0.178	0.008**
สมุดบันทึก	154	0.115	0.157
การนับเม็ดดยา	72	0.064	0.592
ผู้ป่วยที่รับการรักษา \geq 12 เดือน			
แบบสอบถาม	177	0.292	0.0001**
สมุดบันทึก	127	0.148	0.098
การนับเม็ดดยา	58	0.003	0.982
ผู้ป่วยที่รับการรักษา \geq 18 เดือน			
แบบสอบถาม	129	0.297	0.001**
สมุดบันทึก	96	0.213	0.037*
การนับเม็ดดยา	45	-0.086	0.574

* significant at 0.05 level (2-tailed), ** significant at 0.01 level (2-tailed)

จากการทดสอบความสัมพันธ์ของค่าความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่วัดได้จากแบบสอบถาม GEEMA พบว่า เป็นเครื่องมือที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำมากที่สุด และพบความสัมพันธ์กับค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการจดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้าน

ไวรัสเอดส์ รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับระดับเซลล์ซีดี4 ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัย จึงใช้ค่าความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการประเมินด้วยแบบสอบถาม ในการ ประเมินหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ของผู้ป่วย และการอธิบายความร่วมมือในการใช้ยาดังด้วยรูปแบบทราสนทิโอเรทิกเคิลในหัวข้อต่อไป

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.149 ความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางบวกกล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Wutoh A.K. และคณะ (97) ที่พบว่า อายุมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาในเรื่องเกี่ยวกับความจำผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับอายุของผู้ป่วย (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis)

ความร่วมมือในการใช้ยากับ อายุ	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	Coefficient of Correlation (r)	p-value
อายุ	276	0.149	0.01**

** significant at 0.01 level (2-tailed)

1.1.2 ระดับการศึกษา ในการศึกษานี้ได้รวมตัวเลือก 5 ข้อเหลือเพียง 2 ข้อ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษต่ำกว่าหรือเทียบเท่าระดับประถมศึกษา และกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Sando K. (2) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ในขณะที่มีหลายการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง โดยกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำมักมีปัญหาเรื่องรายได้ การว่างงาน ภาวะซึมเศร้า มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า (15-17, 71) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=276)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	ความร่วมมือในการใช้ยา (mean ± SD)	Test of equal variance	T	p-value
ระดับการศึกษา				
มากกว่าประถมศึกษา	91.1 ± 8.4	0.734	0.808	0.420
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	92.1 ± 9.7	(p = 0.134)		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่เคยดื่ม	93.3 ± 8.9	6.06 *	- 2.877	0.004**
ยังดื่มอยู่หรือเคยดื่ม	90.1 ± 9.7	(p = 0.014)		
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบ	92.7 ± 8.8	1.526	- 1.485	0.139
ยังสูบบุหรี่หรือเคยสูบ	90.8 ± 9.6	(p = 0.218)		
ประวัติการใช้ยาเสพติดอื่นๆ				
ไม่เคยใช้	91.8 ± 8.2	0.196	- 0.098	0.922
เคยใช้	91.7 ± 9.4	(p = 0.658)		

* significant at 0.05 level (2-tailed), ** significant at 0.01 level (2-tailed)

1.1.3 ประวัติการใช้ยาเสพติด จากตารางข้างต้น พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.004) กับกลุ่มที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์จะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่เคยดื่มแอลกอฮอล์หรือยังคงดื่มอยู่ มีค่าความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ 93.3 และ 90.1 ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rosef E. และคณะ (20) ที่พบว่าวันที่ดื่มแอลกอฮอล์กับวันที่ไม่ได้ดื่ม ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่แตกต่างกัน โดยวันที่ดื่มแอลกอฮอล์จะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่ำกว่าวันที่ไม่ได้ดื่ม การศึกษาอื่นๆ ก็ให้ผลในทำนองเดียวกัน (18-21, 55, 72)

การวิจัยนี้ ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่หรือใช้ยาเสพติดอื่นกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่หรือไม่ใช้ยาเสพติดอื่น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Terriff C. (21) ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่จะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้สูบบุหรี่ และเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ส่วนการศึกษาของ Hinkin C.H.

และคณะ (55) พบว่า การใช้ยาเสพติด มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา การที่ผลการวิจัยนี้แตกต่างกับของ Hinkin อาจเนื่องจากในการวิจัยนี้ ผู้ป่วยที่เคยใช้ยาเสพติดมาก่อน ในปัจจุบันทุกรายเลิกใช้แล้ว โดยเลิกใช้มามากกว่า 2 ปีขึ้นไป

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย พบว่า อายุของผู้ป่วยและประวัติการติ่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้นการดูแลผู้ติดยาเสพติดและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จึงควรให้ความสนใจเป็นพิเศษในผู้ป่วยอายุน้อย และผู้ป่วยที่มีประวัติการติ่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

1.2 อิทธิพลของความรู้ สภาพจิตใจและความคิดของผู้ป่วย

1.2.1 ความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์

การประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ใช้แบบประเมินความรู้ตามส่วนที่ 4: ความรู้ทั่วไป (ภาคผนวก ง หน้า 139) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 22 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมดเท่ากับ 22 คะแนน เนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 หมวดได้แก่ หมวดที่ 1: หมวดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ หมวดที่ 2: หมวดความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ และหมวดที่ 3: หมวดความรู้ถึงความสำคัญของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ และส่วนสุดท้ายเป็นส่วนที่ให้ผู้ป่วยประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ของตนเองว่าอยู่ในระดับใด โดยมีคะแนนให้เลือกตั้งแต่ 0-10 กำหนดให้ 0 เท่ากับผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความรู้เลย และ 10 เท่ากับผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีความรู้ดีมาก

จากตารางที่ 11 การประเมินความรู้เรื่องโรคและยาของผู้ติดยาเสพติดและผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากจะตอบถูกเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 67.4 เมื่อพิจารณาแต่ละหมวดย่อยพบว่า หมวดที่ผู้ป่วยตอบถูกมากที่สุดคือ หมวดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ รองลงมาคือ หมวดความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ และหมวดที่มีการตอบถูกน้อยที่สุดคือ หมวดความรู้เรื่องอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ 79.6, 71.8 และ 43.2 ตามลำดับ) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ามีคะแนนความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งมีคะแนนประเมินความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ของตัวเองสูงสุดจากทั้ง 3 โรงพยาบาล ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำสุด โดยมีการตอบถูกในหมวดนี้ไม่ถึงร้อยละ 50 ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องนี้น้อยอาจส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ทันที

ที่เกิดอาการข้างเคียงจากยา หรือเข้าใจว่าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมาจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ส่งผลให้มีความคิดว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ส่งผลเสียต่อร่างกายมากกว่าผลดี การให้ความรู้และให้คำปรึกษาถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาต้านไวรัสเอดส์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่หยุดใช้ยาโดยไม่จำเป็น

ตารางที่ 11 ร้อยละของคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์

ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์	คะแนนความรู้ (ร้อยละ)			
	ดำเนินสะดวก (n=84)	สมเด็จพระเทพฯ (n=60)	สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (n=99)	รวมทั้งสิ้น (n=243)
ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์	66.4	62.2	68.2	67.4
หมวดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์	69.9	66.2	76.9	71.8
หมวดความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์	41.6	38.6	47.0	43.2
หมวดความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา	79.7	74.5	82.0	79.6

การประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ของตัวผู้ป่วยเอง จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.7 ± 2.1 คะแนน ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ของตัวผู้ป่วยเอง

	คะแนนประเมินความรู้เรื่องโรคและยา (Mean±SD)			
	ดำเนินสะดวก (n=84)	สมเด็จพระเทพฯ (n=60)	สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (n=99)	รวมทั้งสิ้น (n=243)
การประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอง	7.6 ± 2.4	7.7 ± 1.9	8.0 ± 1.8	7.7 ± 2.1

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์แต่ละโรงพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างของคะแนนที่ประเมินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) โดยคะแนนความรู้ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ($p = 0.004$) ส่วนโรงพยาบาลดำเนินสะดวกไม่มีความแตกต่างของคะแนนความรู้กับโรงพยาบาลอื่น ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ามีคะแนนสูงสุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลดำเนินสะดวกและโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.0 ± 3.4 , 14.6 ± 3.7 และ 13.7 ± 4.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์แต่ละโรงพยาบาล

	Test of equal variance	คะแนนความรู้ (mean \pm SD)			ANOVA	
		1	2	3	F	p-value
ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์	1.985 ($p = 0.140$)	14.6 \pm 3.7	13.7 \pm 4.0 ^a	15.0 \pm 3.4 ^a	6.170	0.002 **

^a significant multiple comparisons follow up by Scheff, ** significant at 0.01 level (2-tailed)

1 = โรงพยาบาลดำเนินสะดวก, 2 = โรงพยาบาลสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ, 3 = โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

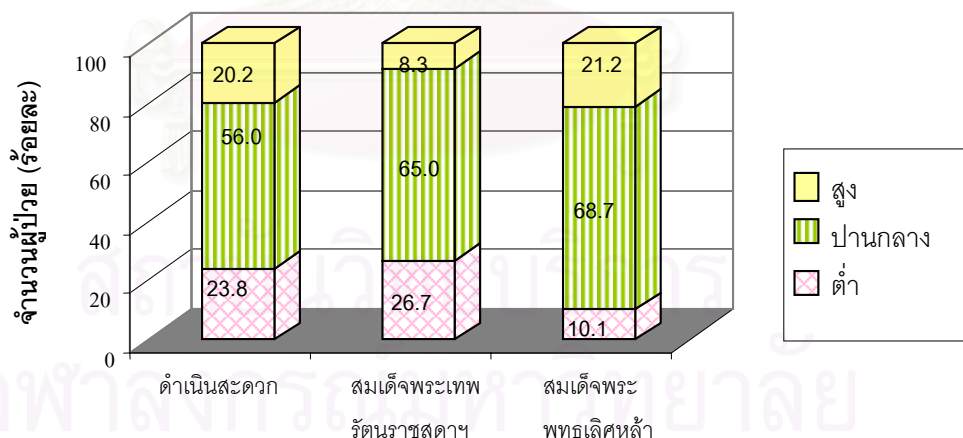
การแบ่งระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เป็นตัวแบ่ง เนื่องจากการตรวจสอบการกระจายของคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่าการกระจายของคะแนนเป็นแบบไม่ปกติ (Non-normal distribution)

- กลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 (< 12 คะแนน) เป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป
- กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 (12 ถึง 18 คะแนน) เป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์เท่ากับผู้ป่วยทั่วไป
- กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 (> 18 คะแนน) เป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป

ตารางที่ 14 ผู้ป่วยที่ได้คะแนนความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ระดับสูง ปานกลาง และต่ำในแต่ละโรงพยาบาล

ระดับความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย			
	ราย (ร้อยละ)			
	ดำเนินสะดวก (n=84)	สมเด็จพระเทพฯ (n=60)	สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (n=99)	รวมทั้งสิ้น (n=243)
ต่ำ (< 12 คะแนน)	20 (23.8)	16 (26.7)	10 (10.1)	46 (19.0)
ปานกลาง (12 – 18 คะแนน)	47 (56.0)	39 (65.0)	68 (68.7)	154 (62.8)
สูง (> 18 คะแนน)	17 (20.2)	5 (8.3)	21 (21.2)	45 (18.2)

จากผลการวิจัยในตารางที่ 14 พบว่า ร้อยละ 18.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด เป็นผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์สูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป โดยพบว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ามีอัตราส่วนของผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีความรู้สูงและความรู้ปานกลางในอัตราส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 89.9 รองลงมาคือ โรงพยาบาลดำเนินสะดวกและโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ร้อยละ 76.2 และ 73.3 ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้คะแนนความรู้สูง ปานกลาง และต่ำในแต่ละโรงพยาบาล

จากตารางที่ 15 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัส

เอ็ดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.197 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mathews W.C. และคณะ (22) และการศึกษาของ Nischal K. C. และคณะ (71) ซึ่งพบว่า ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเอ็ดส์และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอ็ดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์

นอกจากนี้ยังพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับคะแนนในหมวดความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และยังมีสัมพันธ์กับคะแนนการประเมินความรู้ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.207 และ 0.179 ส่วนคะแนนความรู้ในหมวดอื่นไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis), ($n=243$)

ความร่วมมือในการใช้ยากับความรู้เรื่องโรคและยา	Coefficient of Correlation (r)	p-value
คะแนนรวมของความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอ็ดส์	0.197	0.002**
หมวดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี	0.124	0.053
หมวดความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอ็ดส์	0.207	0.001**
หมวดความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา	0.088	0.169
คะแนนประเมินความรู้เรื่องโรคเอ็ดส์และยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ป่วยเอง	0.179	0.006**

** significant at 0.01 level (2-tailed)

สามารถเรียงข้อความคำถามที่ผู้ป่วยตอบผิดมากที่สุด 5 ลำดับแรกจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ข้อคำถามที่ 15 “ยาจีพีโอเวียร์ (GPO-vir) สามารถทำให้เกิดอาการแสบตบได้” (ตอบผิดร้อยละ 66.7) ข้อคำถามที่ 22 “หากเกิดการติดเชื้อยาต้านไวรัสเอ็ดส์สูตรแรก คุณจะมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อยาต้านไวรัสเอ็ดส์สูตรที่เปลี่ยนใหม่เพิ่มมากขึ้น” (ตอบผิดร้อยละ 63.8) ข้อคำถามที่ 12 “ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ไม่ช่วยทำให้เชื้อไวรัสเอ็ดส์ในเลือดลดจำนวนลง” (ตอบผิดร้อยละ 61.2) ข้อคำถามที่ 16 “หากกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์แล้วมีอาการผื่นแดงนูนและมีอาการคันเล็กน้อยควรหยุดยาทันที” (ร้อยละ 57.1) และข้อคำถามที่ 2 “โรคเอ็ดส์สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์เท่านั้น” (ร้อยละ 55.7)

จากการวิเคราะห์ข้อคำถามที่ตอบผิดพลาดว่า หมวดความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์เป็นหมวดที่ผู้ป่วยตอบผิดมากที่สุด โดยอาการข้างเคียงบางอย่างเมื่อเกิดขึ้นผู้ป่วยอาจหยุดใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ทันที ทั้งๆ ที่ไม่มีความจำเป็นต้องหยุดยา ทำให้ไม่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ตามที่แพทย์สั่ง เช่น อาการผื่นคันซึ่งสามารถเกิดได้จากทั้งตัวโรคเอดส์และเกิดจากยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจึงควรเน้นถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่ควรระวัง และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการช่วยบุคลากรทางการแพทย์สังเกตอาการข้างเคียงที่มีความรุนแรงด้วย ทำให้สามารถค้นพบอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตั้งแต่นั้น สามารถรักษาและป้องกันได้ก่อนที่อาการข้างเคียงนั้นจะรุนแรงมากขึ้นจนส่งผลเสียต่อสุขภาพหรือชีวิตของผู้ป่วย

1.2.2 อิทธิพลทางด้านสภาพจิตใจ

การประเมินสภาพจิตใจในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามประเมินภาวะสุขภาพจิต ส่วนที่ 1: ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะจิตใจ (ภาคผนวก ง หน้า 139) ทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 247 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.783 จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน เนื้อหาแบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1: หมวดสภาพจิตใจ (mental state) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ หมวดที่ 2: หมวดสมรรถภาพจิตใจ (mental capacity) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ หมวดที่ 3: หมวดคุณภาพจิตใจ (mental quality) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ และหมวดที่ 4: หมวดปัจจัยสนับสนุน (support factors) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดย 0 หมายถึงผู้ป่วยรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย และ 3 หมายถึงผู้ป่วยรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ส่วนสุดท้ายเป็นส่วนที่ให้ผู้ประเมินอารมณ์ความรู้สึกของตัวเองในวันที่ทำแบบสอบถามว่าอยู่ในระดับใด โดยมีคะแนนให้เลือกตั้งแต่ 0 ถึง 10 กำหนดให้ 0 เท่ากับวันนี้รู้สึกแย่มากๆ และ 10 เท่ากับวันนี้รู้สึกดีมาก

ผลการวิจัยจากตารางที่ 16 พบว่า ผู้ป่วยได้คะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 26.8 ± 5.7 คะแนน แบ่งออกเป็นหมวดด้านสภาพจิตใจเท่ากับ 6.4 ± 2.1 คะแนน หมวดด้านสมรรถภาพจิตใจเท่ากับ 5.5 ± 1.9 คะแนน หมวดด้านคุณภาพจิตใจเท่ากับ 8.3 ± 2.1 คะแนน และหมวดด้านปัจจัยสนับสนุนเท่ากับ 6.7 ± 1.9 คะแนน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ปานกลางค่อนข้างน้อยไปในทางมาก (1.8 คะแนน) หมวดที่ผู้ป่วยได้คะแนน

น้อยที่สุดคือ หมวดด้านสภาพจิตใจ รองลงมาคือหมวดด้านสมรรถภาพจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.3 และ 1.8 คะแนน ตามลำดับ หมวดสภาพจิตใจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นสุขหรือเป็นทุกข์ และความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ส่วนหมวดสมรรถภาพจิตใจจะหมายถึงความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข การที่ทั้งสองหมวดนี้ผู้ป่วยได้คะแนนที่ค่อนข้างต่ำ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีคะแนนในหมวดด้านสภาพจิตใจที่ต่ำ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าหรือภาวะเครียดได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่ได้คะแนนเฉลี่ยในหมวดนี้สูง

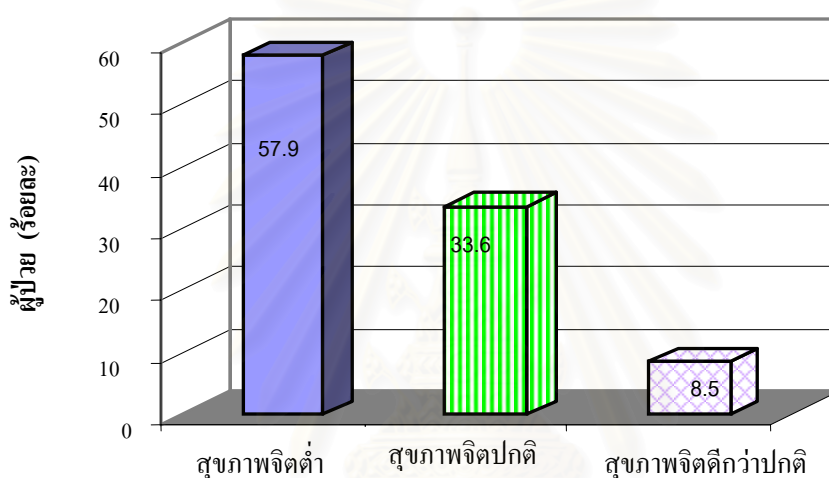
ตารางที่ 16 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย (n=247)

คะแนนสุขภาพจิต	คะแนนรวม (mean ± SD)	คะแนนเฉลี่ย (mean ± SD)
คะแนนสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วย (45 คะแนน)	26.8 ± 5.7	1.8 ± 0.4
หมวดด้านสภาพจิตใจ (15 คะแนน)	6.4 ± 2.1	1.3 ± 0.4
หมวดด้านสมรรถภาพจิตใจ (9 คะแนน)	5.5 ± 1.9	1.8 ± 0.7
หมวดด้านคุณภาพจิตใจ (12 คะแนน)	8.3 ± 2.1	2.1 ± 0.5
หมวดด้านปัจจัยสนับสนุน (9 คะแนน)	6.7 ± 1.9	2.2 ± 0.7

จากการศึกษาของนายแพทย์อภิชัย มงคลและคณะ (77) ซึ่งทำการทดสอบเครื่องมือวัดสุขภาพจิตของคนไทยจำนวนทั้งสิ้น 2,204 ราย สามารถแบ่งกลุ่มภาวะสุขภาพจิตของคนไทยโดยใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไคสกีในการแบ่งกลุ่มได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน) กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (คะแนนอยู่ระหว่าง 28 ถึง 34 คะแนน) และกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป (มากกว่าหรือเท่ากับ 35 คะแนน) จากตารางที่ 17 และรูปที่ 3 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนมากร้อยละ 57.9 จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Terriff C. และคณะ (21) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป มักมีอาการซึมเศร้า เกิดอาการเครียดและข้อแท้ในการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ซึ่งเกิดจากทั้งตัวโรคเองและการไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมรอบตัวของผู้ป่วย และความรู้สึกว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่เหมือนการลงโทษพฤติกรรมบางอย่างในอดีตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยยอมแพ้ที่จะต่อสู้เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น

ตารางที่ 17 ระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยเทียบกับคนทั่วไป

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	143	57.9
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	83	33.6
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	21	8.5
รวม	247	100



รูปที่ 3 ผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มภาวะสุขภาพจิตเทียบกับคนทั่วไป

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยโดยดูจากค่าคะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวม และแยกในแต่ละหมวด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและภาวะสุขภาพจิต รวมทั้งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในวันที่ทำแบบสอบถาม ดังตารางที่ 18 แต่ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะสุขภาพจิต โดยแบ่งตามระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยเทียบกับคนทั่วไป พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพจิตปานกลาง คะแนนสุขภาพจิตในหมวดปัจจัยสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.035$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.272 ดังตารางที่ 19 ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า สุขภาพจิตของผู้ป่วยมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า (20, 71, 72, 75) แต่ในการศึกษานี้ไม่พบผลดังกล่าว

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะสุขภาพจิต (n=247)

ความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะสุขภาพจิต	Coefficient of Correlation (r)	p-value
สุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วย	-0.063	0.327
หมวดด้านสภาพจิตใจ	0.117	0.064
หมวดด้านสมรรถภาพจิตใจ	-0.016	0.795
หมวดด้านคุณภาพจิตใจ	0.068	0.284
หมวดด้านปัจจัยสนับสนุน	0.101	0.109
ประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในวันที่ทำการวิจัย	-0.122	0.060

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะสุขภาพจิตแบ่งตามภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis)

		ความร่วมมือในการใช้ยา		
		สุขภาพจิตต่ำ (n = 143)	สุขภาพจิตปานกลาง (n = 83)	สุขภาพจิตสูง (n = 21)
สุขภาพจิตโดยรวม	Correlation Coefficient	- 0.131	- 0.121	- 0.037
	p-value	0.119	0.276	0.099
ด้านสภาพจิตใจ	Correlation Coefficient	- 0.057	- 0.009	- 0.194
	p-value	0.497	0.935	0.909
ด้านสมรรถภาพจิตใจ	Correlation Coefficient	- 0.112	- 0.015	- 0.353
	p-value	0.184	0.596	0.909
ด้านคุณภาพจิตใจ	Correlation Coefficient	- 0.37	0.059	- 0.353
	p-value	0.661	0.596	0.107
ด้านปัจจัยสนับสนุน	Correlation Coefficient	-0.002	- 0.272	0.127
	p-value	0.985	0.013 *	0.561

* significant at 0.05 level (2-tailed)

แม้การศึกษาจำนวนมากจะพบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย แต่ในการวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว อาจเนื่องจากผู้ป่วยทราบดีว่าหากไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และการที่พบความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยากับคะแนนภาวะสุขภาพจิตในหมวดปัจจัยสนับสนุนของผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพจิตปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ถ้ามีคนให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจะทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีมากขึ้น

จากตารางที่ 20 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยในวันที่ทำการวิจัยกับคะแนนภาวะสุขภาพจิต พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วย คะแนนในหมวดด้านสมรรถภาพจิตใจ และหมวดปัจจัยสนับสนุน ($p < 0.05$) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.278, 0.153 และ 0.145 ตามลำดับ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในวันที่ประเมินภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างชัดเจน แต่เนื่องจากแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาเป็นแบบสอบถามที่อ้างอิงถึงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ย้อนหลังไปถึง 3 เดือน ดังนั้นจึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับภาวะสุขภาพจิต เพราะแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตเป็นการถามถึงภาวะสุขภาพจิตย้อนหลังไปเพียง 1 เดือน และอารมณ์ความรู้สึกในวันประเมินยังส่งผลต่อคะแนนภาวะสุขภาพจิตที่ผู้ป่วยได้รับอีกด้วย

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในวันที่ทำการวิจัยกับคะแนนภาวะสุขภาพจิต (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis), (n=255)

การประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในวันที่ทำการวิจัย กับคะแนนภาวะสุขภาพจิต	Coefficient of Correlation (r)	p-value
คะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วย	0.278	0.0001**
หมวดด้านสภาพจิตใจ	0.96	0.158
หมวดด้านสมรรถภาพจิตใจ	0.153	0.024*
หมวดด้านคุณภาพจิตใจ	0.89	0.193
หมวดด้านปัจจัยสนับสนุน	0.145	0.033*

* significant at 0.05 level (2-tailed), ** significant at 0.01 level (2-tailed)

นอกจากนี้ แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 หมวดครอบคลุมทุกหมวดเกี่ยวกับสุขภาพจิตไม่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของ Carrieri M. P. และคณะ (75) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่า ภาวะสุขภาพจิตด้านอื่นๆ เช่น ความเครียด ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ทราบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่ และมีผลมากกว่าสุขภาพจิตโดยรวมหรือไม่

1.2.3 ระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

การประเมินระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ใช้แบบประเมิน ส่วนที่ 4: การกินยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ค หน้า 129) ดัดแปลงแบบสอบถามมาจากการศึกษาของ Verplanken B. และ Orbell S.(45) (A Self-report Index of Habit Strength: SRHI) ทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวนทั้งสิ้น 247 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.734 จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน ตัดข้อถามที่ 5 ออกจากการวิเคราะห์ เนื่องจากค่า Cronbach's alpha ที่รวมข้อ 5 ด้วยจะเท่ากับ 0.5609 มีเกณฑ์การให้คะแนนเรียงตามลำดับตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง พฤติกรรมนั้นผู้ป่วยทำไม่ได้อย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง พฤติกรรมนั้นใช่อย่างยิ่ง

จากตารางที่ 21 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่จะได้คะแนนรวมของระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เท่ากับ 29.1 ± 3.5 คะแนน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า ส่วนมากผู้ป่วยจะมีระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่งสูง เท่ากับ 4.2 ซึ่งค่าที่ได้ใกล้เคียงกับ 5 ที่เป็นคะแนนสูงสุด

ตารางที่ 21 ระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (n = 270)

	คะแนนรวม (mean \pm SD)	คะแนนเฉลี่ย (mean \pm SD)
ระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (35 คะแนน)	29.1 \pm 3.5	4.2 \pm 0.5

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.019$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.143 ดังในตารางที่ 22 แม้ในการทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของระดับความเคยชินในการรับประทานยาที่ประเมินด้วยแบบสอบถาม SRHI กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ แต่จากการศึกษา ระดับความเคยชินในพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การอดบุหรี่ การออกกำลังกาย หรือการลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร เป็นต้น พบว่า ระดับความเคยชินในพฤติกรรมนั้นจะมีความสัมพันธ์กับการทำพฤติกรรมอื่นๆ (38, 45) และผลการศึกษาในพฤติกรรมอื่นๆ มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กับระดับความเคยชิน (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis), (n=270)

ความร่วมมือในการรับประทานยากับระดับความเคยชิน	Coefficient of Correlation (r)	p-value
ระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	0.143	0.019*

* significant at 0.05 level (2-tailed)

1.2.4 อิทธิพลทางความคิดความเชื่อต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

การเปรียบเทียบถึงผลดีและผลเสียของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (decision balance) ใช้แบบสอบถามส่วนที่ 2: ความคิดเห็นในเรื่องการกินยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ค หน้า 129) ทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 270 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.644 จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 9 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน แบ่งเนื้อหาเป็น 2 หมวด คือ หมวดความคิดในด้านบวกต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีจำนวน 5 ข้อ และหมวดความคิดในด้านลบต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีจำนวน 4 ข้อ ตัดข้อ 6 ออกเนื่องจากหากคิดข้อ 6 ด้วยค่า Cronbach's alpha จะเท่ากับ 0.570 เกณฑ์การให้คะแนนเรียงตามลำดับตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง และในส่วนข้อคำถามความคิดเห็นในด้านลบจะคิดคะแนนกลับกัน

จากตารางที่ 23 คะแนนรวมความคิดความเชื่อต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เท่ากับ 35.6 ± 4.2 คะแนน โดยมีคะแนนรวมความคิดเห็นด้านบวกต่อการใช้ยาเท่ากับ 20.4 ± 2.9 คะแนน และคะแนนรวมความคิดเห็นในด้านลบต่อการใช้ยาเท่ากับ 15.2 ± 3.1 คะแนน ผู้ป่วยส่วนมากจะ

มีความคิดเห็นต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในแง่ดี สืบเนื่องจากคะแนนเฉลี่ยรวมความคิดเห็นในการใช้ยาจะเท่ากับ 4.0 และคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการใช้ยาต่อหมวดในด้านบวกจะมีค่าสูงกว่าคะแนนในด้านลบ เท่ากับ 4.9 และ 3.8 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยส่วนมากจะเห็นว่าการรับประทานยามีผลดีต่อตัวผู้ป่วยมากกว่าผลเสีย

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ กับ ความคิดเห็นต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย (n=270)

ความคิดเห็นต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	คะแนนรวม (mean ± SD)	คะแนนเฉลี่ย (mean ± SD)
คะแนนรวมความคิดเห็นต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (45 คะแนน)	35.6 ± 4.2	4.0 ± 0.5
หมวดความคิดเห็นในด้านบวกต่อการใช้ยา (25 คะแนน)	20.4 ± 2.9	4.9 ± 0.6
หมวดความคิดเห็นในด้านลบต่อการใช้ยา (20 คะแนน)	15.2 ± 3.1	3.8 ± 0.8

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับความคิดเห็นต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังตารางที่ 24 ผลการศึกษานี้ตรงข้ามกับการศึกษาของ Viswanathan H. และคณะ (73) ที่พบว่าความคิดเห็นในด้านบวกและด้านลบต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จะมีผลต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยความคิดเห็นในด้านบวกจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น ตรงข้ามกับความคิดเห็นในด้านลบจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง มีหลายการศึกษาที่ให้ผลการศึกษาค้ำยันกับของ Viswanathan H. (90, 98)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับความคิด
ความเชื่อต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย (ทดสอบด้วย spearman's
rho correlation analysis), (n=270)

ความร่วมมือในการใช้ยากับความคิดความเชื่อต่อการ ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	Coefficient of Correlation (r)	p-value
คะแนนรวมความคิดเห็นต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	0.070	0.249
หมวดความคิดเห็นในด้านบวกต่อการใช้ยา	0.014	0.815
หมวดความคิดเห็นในด้านลบต่อการใช้ยา	0.097	0.111

1.2.5 ความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอและ ครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง

การประเมินความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ (self-efficacy) ใช้แบบสอบถามในส่วนของ 3: ความมั่นใจในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ค หน้า 129) ทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 270 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.9256 จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อ คะแนนเต็ม 125 คะแนน แบ่งเป็น 3 หมวด คือ หมวดที่ 1: ความมั่นใจในการรับประทานยาใน สถานการณ์ต่างๆ จำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ หมวดที่ 2: ความมั่นใจในการรับประทานยาให้ครบ ทุกมือและต่อเนื่องในอนาคต จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ และหมวดที่ 3: ความมั่นใจในการแก้ไข สถานการณ์เมื่อเกิดอุปสรรคขัดขวางการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ เกณฑ์การให้ คะแนนเรียงตามลำดับตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง มั่นใจว่าจะสามารถรับประทานยาได้อย่าง สม่ำเสมอในสถานการณ์นั้นๆ น้อยที่สุด และ 5 หมายถึง มั่นใจว่าจะสามารถรับประทานยาได้ อย่างสม่ำเสมอในสถานการณ์นั้นๆ มากที่สุด

จากตารางที่ 25 พบว่าคะแนนรวมความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เท่ากับ 83.7 ± 20.1 คะแนน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า ความมั่นใจในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของ ผู้ป่วยโดยรวมจะอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมาก (3.3 คะแนน) โดยหมวดที่ผู้ป่วยมีความ มั่นใจในการรับประทานยามากที่สุดคือ หมวดความมั่นใจในการรับประทานยาในอนาคต ซึ่งได้ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.1 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยส่วนมากมีความมั่นใจในการรับประทานยาใน

อนาคตมาก ส่วนหมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หมวดความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสถานการณืต่างๆ (3.2 คะแนน)

ตารางที่ 25 คะแนนความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ (n=270)

ความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ	คะแนนรวม (mean ± SD)	คะแนนเฉลี่ย (mean ± SD)
คะแนนรวมความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (125 คะแนน)	83.7 ± 20.1	3.3 ± 0.8
หมวดความมั่นใจในการรับประทานยาในสถานการณืต่างๆ (95 คะแนน)	60.8 ± 17.0	3.2 ± 0.9
หมวดความมั่นใจในการรับประทานยาในอนาคต (15 คะแนน)	12.3 ± 2.8	4.1 ± 0.9
หมวดความมั่นใจในการแก้ไขสถานการณืเมื่อเกิดอุปสรรคขัดขวางการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (15 คะแนน)	10.4 ± 3.1	3.5 ± 1.0

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่ง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) พบว่า คะแนนรวมความมั่นใจในการรับประทานยาและคะแนนความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทั้ง 3 หมวดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความร่วมมือในการใช้ยา ($p < 0.05$) ความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางบวก กล่าวคือ ยิ่งผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากก็ยิ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงตามไปด้วย โดยคะแนนรวมความมั่นใจในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มีความแรงมากที่สุด ($r = 0.217$) ดังแสดงในตารางที่ 26 และจากผลการศึกษาในตารางที่ 25 ที่พบว่า คะแนนความมั่นใจในการใช้ยาเฉลี่ยต่อหมวดของหมวดความมั่นใจในการใช้ยาในสถานการณืต่างๆ มีคะแนนต่ำสุด ดังนั้นการให้กิจกรรมเสนอแนะที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณืต่างๆ น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้ดียิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตวิทยาของ Bandura A. ซึ่งกล่าวว่า “ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตัวเองส่วนใหญ่จะมาจากประสบการณ์ในการจัดการกับชีวิตของตัวเอง โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะช่วยให้ความมั่นใจในตัวเองต่อการกระทำกิจกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้น”

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis), (n = 270)

ความร่วมมือในการใช้ยากับความมั่นใจในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ	Coefficient of Correlation (r)	p-value
คะแนนรวมความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	0.217	0.0001**
หมวดความมั่นใจในการรับประทานยาในสถานการณืต่างๆ	0.190	0.002 **
หมวดความมั่นใจในการรับประทานยาในอนาคต	0.212	0.0001**
หมวดความมั่นใจในการแก้ไขสถานการณืเมื่อเกิดอุปสรรคขัดขวางการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง	0.128	0.036 *

* significant at 0.05 level (2-tailed), ** significant at 0.01 level (2-tailed)

จากการวิจัย เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาต่ำกว่า 3 คะแนน พบว่า การที่กิจวัตรประจำวันถูกรบกวนจะมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด รองลงมาคือ เมื่อยาทำให้เกิดอาการข้างเคียง เมื่อรู้สึกว่าคุณป่วยหนัก ในขณะที่อารมณ์ไม่ปกติ ในขณะที่มีคนแปลกหน้าจ้องมองการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อรู้สึกเศร้า ขณะอยู่ในงานเลี้ยง และขณะที่กำลังทำงานยุ่ง ซึ่งผลการศึกษานี้คล้ายกับของ Smith S.R. และคณะ (91) ที่พบว่า ความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา และเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความมั่นใจในการใช้ยาเรียงจากน้อยไปหามากคือ ขณะอยู่ในงานเลี้ยง เมื่อรู้สึกปวดท้อง เมื่อรู้สึกป่วยหนัก และเมื่อมีคนแปลกหน้าจ้องมองการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ผลการศึกษาข้างต้นทำให้เห็นว่า การให้กิจกรรมเสนอแนะเพื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสถานการณืต่างๆ นั้นมีความสำคัญต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้น ในการศึกษาของ Smith S.R. ใช้กิจกรรมเสนอแนะที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น (A medication self-management program) พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมเสนอแนะจะมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับกิจกรรมเสนอแนะ และมีค่าเฉลี่ยของความมั่นใจในการใช้ยาที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย

2. ปัจจัยด้านโรคและยา

2.1 ปัจจัยด้านโรค

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 276 ราย มีระดับความรุนแรงของโรคเมื่อเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบ่งตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคและป้องกันโรค (Centers for disease control and Prevention: CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา ดังนี้ ส่วนมากผู้ป่วยจะมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเอดส์เต็มขั้น (ระดับ C) คือ ร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ ความรุนแรงของโรคระดับอาการติดเชื้อเอชไอวี (ระดับ B) และระดับไม่มีอาการติดเชื้อเอชไอวี (ระดับ A) เท่ากับร้อยละ 26.1 และ 3.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ระดับความรุนแรงของโรคเอดส์เมื่อเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรค เมื่อเริ่มต้นรักษา		
A2	1	0.4
A3	9	3.3
B2	22	8.0
B3	50	18.1
C2	3	1.1
C3	167	60.4
ไม่ได้บันทึกไว้	24	8.7
รวม	276	100

A = asymptomatic, B = symptomatic, C = AIDS ดูคำอธิบายเพิ่มเติมในภาคผนวก จ หน้า 143

จากตารางที่ 28 ปริมาณเซลล์ซีดี4 เริ่มต้นก่อนการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 73.8 ± 71.6 เซลล์/มม³ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 44 เซลล์/มม³ ค่าต่ำสุดที่ 0 เซลล์/มม³ และสูงสุดที่ 288 เซลล์/มม³ และมีปริมาณเซลล์ซีดี 4 ครั้งล่าสุดเมื่อทำการศึกษาเฉลี่ยเท่ากับ 257.3 ± 193.0 เซลล์/มม³ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 204 เซลล์/มม³ ค่าต่ำสุดที่ 4 เซลล์/มม³ และสูงสุดที่ 987 เซลล์/มม³

ตารางที่ 28 ระดับเซลล์ซีดี 4 เมื่อเริ่มต้นการรักษา และค่าครั้งล่าสุด

ปริมาณเซลล์ซีดี4 (เซลล์/มม ³)	ค่าเฉลี่ย (Mean ± SD)	มัธยฐาน (Q1-Q3)	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด
เมื่อเริ่มต้นการรักษา	73.8 ± 71.5	44 (15 – 124.75)	0 – 288
ค่าครั้งล่าสุดเมื่อเริ่มการวิจัย	257.3 ± 193.0	204 (123 - 352)	4 – 987

เมื่อทบทวนประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พบว่าร้อยละ 80.8 จะไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่มีผู้ป่วยร้อยละ 19.2 เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว โดยเกิดโรคฉวยโอกาสรุนแรงที่สุด รองลงมาคืองูสวัด และจอตาอักเสบจากเชื้อ Cytomegalovirus (ร้อยละ 7.3, 4.4 และ 2.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเมื่อเริ่มต้นการรักษา

การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเมื่อเริ่มต้นการรักษาด้วยยา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	223	80.8
เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ^a	53	19.2
งูสวัด	20	7.3
งูสวัด (Herpes zoster)	12	4.4
จอตาอักเสบจากเชื้อ Cytomegalovirus	8	2.9
เริม (Herpes simplex)	6	2.2
เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ Cryptococcus	6	2.2
Pneumocystis carinii pneumonia (PCP)	4	1.5
ติดเชื้อ Mycobacterium สายพันธุ์อื่นๆ	2	0.7
ไม่ได้แยกโรค ^b	1	0.4
รวม	276	100

^a ผู้ป่วย 1 ราย อาจเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้มากกว่า 1 ชนิด

^b บันทึกเพียงว่าเกิด IRS ไม่ได้วินิจฉัยแยกโรคไว้ชัดเจนในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของระดับความรุนแรงของโรคกับความร่วมมือในการใช้ยา ด้วยสถิติ One-way ANOVA ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละระดับความรุนแรงของโรคเมื่อเริ่มต้นการรักษา แต่เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละกลุ่มจะพบว่า ผู้ป่วยที่เริ่มรักษาในขณะมีระดับความรุนแรงของโรคในระดับไม่มีอาการติดเชื้อเอชไอวี (ระดับ A) จะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาเมื่อมีอาการติดเชื้อเอชไอวีและอาการเอดส์เพิ่มขึ้น (ระดับ B และ C) ดังตารางที่ 30 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gao X. และคณะ (27) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ B และระดับ C จะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ A

ตารางที่ 30 ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยากับระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ก่อนเริ่มการรักษา (n= 276)

	Test of equal variance	ความร่วมมือในการใช้ยา (mean ± SD)			ANOVA	
		A	B	C	F	p-value
ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	0.959 (p = 0.285)	87.6 ± 10.5	92.1 ± 7.9	91.9 ± 10.0	0.972	0.380

A = asymptomatic, B = symptomatic, C = AIDS ดูคำอธิบายเพิ่มเติมในภาคผนวก จ หน้า 143

จากตารางที่ 31 การศึกษาความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับปริมาณเซลล์ซีดี 4 ก่อนเริ่มการรักษา พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อตัดกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่า 12 เดือนออก สาเหตุที่พบความสัมพันธ์นี้ผู้วิจัยคาดว่า เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้ยามานานกว่า 12 เดือนส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เข้าโครงการตั้งแต่เริ่มโครงการ NAPHA ซึ่งการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการในช่วงแรกของแต่ละโรงพยาบาลจะคัดเลือกผู้ป่วยที่มีแนวโน้มให้ความร่วมมือการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สูงเข้าร่วมโครงการก่อน และไม่พบความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยากับปริมาณเซลล์ซีดี 4 ครั้งล่าสุด

ตารางที่ 31 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับปริมาณเซลล์ซีดี 4

ความร่วมมือในการใช้ยา กับ ปริมาณเซลล์ซีดี 4	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	Coefficient of Correlation (r)	p-value
เมื่อเริ่มต้นการรักษา (จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)	256	- 0.112	0.075
เมื่อเริ่มต้นการรักษา (ไข้ยา \geq 6 เดือน)	220	- 0.111	0.097
เมื่อเริ่มต้นการรักษา (ไข้ยา \geq 12 เดือน)	177	0.201	0.006**
เมื่อเริ่มต้นการรักษา (ไข้ยา \geq 18 เดือน)	129	0.256	0.003**
การตรวจครั้งล่าสุดเมื่อเริ่มการวิจัย	256	0.006	0.919

** significant at 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 32 พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังจากเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์กับกลุ่มที่ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009$) โดยผู้ป่วยที่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับร้อยละ 88.0 และ 92.7 ตามลำดับ ซึ่งยังต้องศึกษาต่อไปถึงสาเหตุที่ทำให้การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังเริ่มการรักษาส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา แต่ความสัมพันธ์นี้ เน้นย้ำบุคลากรทางการแพทย์ให้ระมัดระวังป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหลังจากเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากสามารถส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้

ตารางที่ 32 ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยากับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังเริ่มการรักษา

การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หลังเริ่มการรักษา	ความร่วมมือ ในการใช้ยา (mean \pm SD)	Test of equal variance	T	p-value
เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	88.0 \pm 12.4	8.456 **	2.599	0.012 *
ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	92.7 \pm 8.2	($p = 0.006$)		

* significant at 0.05 level (2-tailed), ** significant at 0.01 level (2-tailed)

2.2 ปัจจัยด้านยาและการรักษา

จากผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 276 ราย พบว่าสูตรยาด้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด (ร้อยละ 77.5) คือ d4T + 3TC + NVP (GPO-vir) ที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมเป็นยาสูตรผสมรวมกันอยู่ในเม็ดเดียว รองลงมาคือสูตรยา d4T + 3TC + EFV (ร้อยละ 15.2) และสูตร AZT + 3TC + EFV (ร้อยละ 2.5) ผู้ป่วยส่วนมากมีจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวันเฉลี่ยเท่ากับ 6.1 ± 3.2 เม็ด ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 สูตรยาด้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยได้รับ

สูตรยาด้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในขณะวิจัย	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
2 NRTIs + 1 NNRTIs		
GPO-vir (d4T+3TC+NVP)	214	77.5
d4T + 3TC + NVP	2	0.7
d4T+ 3TC + EFV	42	15.2
AZT + 3TC + NVP	7	2.5
AZT + 3TC + EFV	6	2.2
1 NRTIs+ 1 NNRTIs + 2 PIs		
D4T + 3TC + RTV +IDV	3	1.1
AZT +3TC + RTV+ IDV	1	0.4
1 NNRTIs + 1 PIs		
NVP +RTV	1	0.4
จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อวัน, (Mean ± SD))		6.1 ± 3.2
รวม	276	100

d4T= stavudine, 3TC= lamivudine, EFV=efavirenz, AZT= zidovudine, NVP=nevirapine, IDV=indinavir, RTV=ritonavir

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยใช้ยาด้านไวรัสเอดส์เป็นระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 19.6 ± 12.9 เดือน เป็นผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์นานกว่า 18 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 44.6) มีผู้ป่วย 2 รายที่รักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์นานที่สุดคือ 60 เดือน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์

ตั้งแต่ก่อนมีโครงการ NAPHA และเมื่อมีโครงการ NAPHA แพทย์จึงเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอดส์มาเป็น GPO-vir และมีผู้ป่วยที่เพิ่งใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ครบ 1 เดือนเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 8 ราย ผู้ป่วยทั้ง 8 รายนี้ใช้ GPO-vir ในการรักษา และได้รับยาเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 5.8 ± 2.2 เม็ด โดยมี 1 รายที่ได้รับเพียงยา GPO-vir นอกนั้นได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้ออวัยวะร่วมด้วย คือ ยาโคไตรม็อกซาโซล (cotrimoxazole) และยาฟลูโคนาโซล (fluconazole) โดยยาฟลูโคนาโซลในแต่ละโรงพยาบาลมีแนวทางการสั่งใช้ที่ไม่เหมือนกัน จึงทำให้จำนวนเม็ดยาต่อวันที่ผู้ป่วยได้รับไม่เท่ากัน ดังตารางที่ 34

ตารางที่ 34 ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่า 6 เดือน	49	18.1
6 – 12 เดือน	47	17.3
13 – 18 เดือน	54	19.9
มากกว่า 18 เดือน	121	44.6
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์, (เดือน)		19.6 ± 12.9
รวม	271	100

ผู้ป่วย 5 รายไม่มีประวัติว่าเริ่มการรักษาตั้งแต่เมื่อใด เนื่องจากรับย้ายมาจากโรงพยาบาลอื่น

จากตารางที่ 35 และตารางที่ 36 ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 84.4) แพทย์ไม่เคยสั่งหยุดใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่มีการเปลี่ยนสูตรยาตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการจนถึงวันที่เริ่มการวิจัย (ร้อยละ 83) สาเหตุการเปลี่ยนสูตรยาส่วนมากเกิดจากอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ 68) และพบผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จนต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษหรือต้องเปลี่ยนสูตรยาจำนวน 81 ราย (ร้อยละ 29.3) อาการข้างเคียงที่เกิดสูงสุดคือ ตับอักเสบ เท่ากับร้อยละ 7.2 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือ อาการชาปลายมือปลายเท้า และผื่นแพ้ยา (ร้อยละ 6.9 และ 4.0 ตามลำดับ)

ตารางที่ 35 ประวัติการให้ยาด้านไวรัสเอดส์

รายละเอียดการให้ยาด้านไวรัสเอดส์	จำนวนผู้ป่วย (n = 276)	ร้อยละ
การสั่งหยุดยาด้านไวรัสเอดส์โดยแพทย์		
ไม่เคยหยุดยา	233	84.4
เคยหยุดยา	43	15.6
การเปลี่ยนสูตรยาด้านไวรัสเอดส์		
ไม่เคยเปลี่ยน	229	83.0
เคยเปลี่ยน	47	17.0
สาเหตุจากอาการข้างเคียงจากยาด้านไวรัสเอดส์	32	68.0
สาเหตุจากการใช้ยารักษาวัณโรค	13	27.7
ไม่ทราบสาเหตุเนื่องจากแพทย์ไม่เขียนการวินิจฉัย	2	4.3

ตารางที่ 36 อาการข้างเคียงจากยาด้านไวรัสเอดส์

รายละเอียดอาการข้างเคียงจากยาด้านไวรัสเอดส์	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยา	195	70.7
เกิดอาการข้างเคียงจากยา ^a	81	29.3
ตับอักเสบ	20	7.2
ชาปลายมือปลายเท้า	19	6.9
ผื่นคัน	11	4.0
คลื่นไส้ - อาเจียน	10	3.6
โลหิตจาง	9	3.3
Stevens-Johnson syndrome (SJS)	7	2.5
ไขมันกระจายตัวผิดปกติ	6	2.2
ระดับไขมันในเลือดสูง	4	1.4
ปวดตามข้อและกระดูก	2	0.7
ปริมาณกรดแลคติกในเลือดสูงผิดปกติ	1	0.4
ตับอ่อนอักเสบ	1	0.4
นิวไนโต	1	0.4
รวม	276	100

^a ผู้ป่วย 1 รายอาจเกิดอาการข้างเคียงมากกว่า 1 ครั้ง

จากตารางที่ 37 ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยากับประวัติการใช้ยา ทั้งในด้านสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยใช้ ประวัติการสั่งหยุดใช้ยาโดยแพทย์ การเปลี่ยนสูตรยา หรือการเกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์

ตารางที่ 37 ประวัติการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ปัจจัยการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	ความร่วมมือในการใช้ยา (mean ± SD)	Test of equal variance	T	p-value
สูตรยาต้านไวรัสเอดส์				
GPO – vir	91.6 ± 9.4	0.03	0.307	0.759
สูตรยาต้านไวรัสอื่น	92.1 ± 8.8	(p = 0.959)		
ประวัติการสั่งหยุดใช้ยาโดยแพทย์				
เคยหยุดใช้ยา	91.7 ± 8.3	0.186	0.052	0.958
ไม่เคยหยุดใช้ยา	91.8 ± 9.4	(p = 0.667)		
ประวัติการเปลี่ยนสูตรยา				
ไม่เคยเปลี่ยนสูตรยา	92.6 ± 8.3	0.356	- 0.733	0.464
เคยเปลี่ยนสูตรยา	91.6 ± 9.4	(p = 0.553)		
เกิดอาการข้างเคียงจากยา				
เกิดอาการข้างเคียงจากยา	92.0 ± 9.0	0.033	- 0.272	0.786
ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยา	91.6 ± 9.4	(p = 0.855)		

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยด้านเวลาการใช้ยา และจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนนี้ แต่เมื่อวิเคราะห์โดยแยกผู้ป่วยตามระยะเวลาที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยตัดผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่า 6 เดือนออก วิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน 12 เดือนและ 18 เดือน พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับระยะเวลาการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มจะมีความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับเวลาการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.141, 0.182 และ 0.184 ตามลำดับ การที่ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เมื่อตัดผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่า 6 เดือนออก อาจเกิดจากผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่า 6 เดือน มีความสามารถในการปรับพฤติกรรมการใช้ยาให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มใช้ยา ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Howard A. A.

และคณะ (32) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์นานกว่า 2 ปี จะมีระดับความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยามาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยามาเป็นเวลานานจะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับยา ดังตารางที่ 38

ตารางที่ 38 ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยากับเวลาการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis)

ความร่วมมือในการใช้ยากับเวลาการใช้ยา และจำนวนเม็ดยาที่ได้รับต่อวัน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	Coefficient of Correlation (r)	p-value
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	276	0.024	0.698
ผู้ป่วยใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ≥ 6 เดือน	237	0.141	0.03 *
ผู้ป่วยใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ≥ 12 เดือน	188	0.182	0.013 *
ผู้ป่วยใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ≥ 18 เดือน	130	0.184	0.036 *
จำนวนเม็ดยาที่ใช้ต่อวัน	276	0.032	0.602

* significant at 0.05 level (2-tailed)

ในส่วนปัจจัยด้านยาและการรักษามีเพียงผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์นานจะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีกว่า ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเพิ่มการดูแลและให้คำแนะนำการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และการใช้กิจกรรมเสนอแนะเพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์น้อยกว่า 6 เดือนมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยานานกว่า 6 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยามานาน

3. ปัจจัยด้านสังคม

3.1 ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ

จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 276 ราย พบว่า ส่วนมาก (ร้อยละ 68.1) เป็นผู้ที่ทำงานและงานที่ทำมักต้องติดต่อกับผู้คนบ่อยหรือตลอดเวลา (ร้อยละ 72.8) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้พอดีใช้ไม่มีเหลือเก็บ (ร้อยละ 51.4) ดังแสดงในตารางที่ 39

ตารางที่ 39 ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย

ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ	จำนวนผู้ป่วย (n = 276)	ร้อยละ
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	88	31.9
ประกอบอาชีพ	188	68.1
ติดต่อกับผู้คนตลอดเวลา	57	30.3
ต้องติดต่อกับผู้คนบ่อยมาก	29	15.4
ต้องติดต่อกับผู้คนบ่อย	51	27.1
ติดต่อกับผู้คนน้อยมาก	42	22.3
ไม่จำเป็นต้องติดต่อกับใคร	9	4.9
รายได้		
ไม่มีรายได้	46	16.7
มีรายได้แต่ขาดสน	57	20.7
มีรายได้พอดีใช้	142	51.4
มีรายได้เหลือเก็บ	28	10.1
จัดอยู่ในฐานะดีมาก	3	1.1

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย พบว่า รายได้ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยในกลุ่มที่มีรายได้มาก (รายได้เหลือเก็บหรือรู้สึกว่ามีฐานะดี) จะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย (ไม่มีรายได้หรือมีพอดีใช้ไม่เหลือเก็บ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) จากตารางที่ 40 จะพบว่ากลุ่มที่มีรายได้มากจะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยมีความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ 94.7 ± 5.6 และ 91.4 ± 9.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 40 ความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ (n=276)

ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ	ความร่วมมือในการใช้ยา (mean ± SD)	Test of equal variance	T	p-value
การประกอบอาชีพ				
ประกอบอาชีพ	91.5 ± 8.7	1.470	0.684	0.871
ไม่ประกอบอาชีพ	92.3 ± 10.3	(p = 0.226)		
ความจำเป็นในการติดต่อผู้คนในเวลาทำงาน				
ติดต่อผู้คนบ่อยถึงตลอดเวลา	91.3 ± 8.8	0.055	0.370	0.740
ไม่จำเป็นต้องติดต่อใครหรือติดต่อผู้คนน้อยมาก	91.9 ± 8.4	(p = 0.815)		
รายได้				
มีรายได้เหลือเก็บจนถึงมีฐานะดีมาก	94.7 ± 5.6	5.768*	- 2.848	0.006**
ไม่มีรายได้จนถึงมีพอดีใช้	91.4 ± 9.6	(p = 0.017)		

** significant at 0.01 level (2-tailed)

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้จนถึงมีพอดีใช้ไม่เหลือเก็บมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมากที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำตามไปด้วย ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ นอกจากเรื่องรายได้โดยตรง เนื่องจากผู้ป่วยในโครงการ NAPHA ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย มีหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำมักมีความสัมพันธ์กับการมีระดับการศึกษาน้อย มีปัญหาสุขภาพจิต และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูง (70, 76)

3.2 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากสังคม

การประเมินแรงสนับสนุนจากสังคมรอบตัวผู้ป่วย ใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมตามส่วนที่ 2: แรงสนับสนุนของคนรอบตัวของท่าน (ภาคผนวก ง หน้า 139) ทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 250 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.955 มีข้อคำถามทั้งสิ้น 17 ข้อ คะแนนเต็ม 85 คะแนน เนื้อหาแบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1: หมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (tangible support) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ หมวดที่ 2: หมวดความรู้สึกเป็นที่รัก (affectionate support) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ หมวดที่ 3: หมวดสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น (positive social interaction) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ และหมวดที่ 4: หมวดการคำนึงด้านอารมณ์และข้อมูล

ต่างๆ (emotional/ information support) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนจะเรียงตามลำดับตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่มีใครที่เป็นผู้ทำสิ่งนั้นให้ และ 5 หมายถึงมีคนที่ทำสิ่งนั้นให้ทุกครั้งที่ต้องการ และในส่วนสุดท้ายเป็นส่วนที่ให้ผู้ป่วยเลือกบุคคลที่ให้กำลังใจในการรักษาโรคเอดส์มากที่สุด

จากตารางที่ 41 จากผู้ป่วยทั้งสิ้น 250 ราย ได้คะแนนรวมแรงสนับสนุนจากสังคมเท่ากับ 65.1 ± 14.3 คะแนน พบว่า ผู้ป่วยได้ค่าคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนจากสังคม ปานกลางถึงค่อนข้างมาก (3.8 คะแนน) คือ มีคนรอบตัวที่ทำการที่ถามถึงบ่อยครั้ง หมวดแรงสนับสนุนจากสังคมที่ผู้ป่วยส่วนมากได้รับมากที่สุด คือ หมวดความรู้สึกเป็นที่รัก (4.0 คะแนน) นอกนั้นคะแนนเฉลี่ยในทุกหมวดจะใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 41 คะแนนปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากสังคมรอบตัวของผู้ป่วย (n=250)

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนของผู้ป่วย	คะแนนรวม (mean \pm SD)	คะแนนเฉลี่ย (mean \pm SD)
แรงสนับสนุนจากสังคมรอบตัวของผู้ป่วย (85 คะแนน)	65.1 \pm 14.4	3.8 \pm 0.3
หมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (20 คะแนน)	15.3 \pm 4.1	3.8 \pm 1.0
หมวดความรู้สึกเป็นที่รัก (15 คะแนน)	12.1 \pm 2.9	4.0 \pm 0.9
หมวดสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น (10 คะแนน)	7.4 \pm 1.9	3.7 \pm 0.9
หมวดการคำจุนด้านอารมณ์และข้อมูลต่างๆ (40 คะแนน)	30.4 \pm 7.5	3.8 \pm 0.9

บุคคลที่คอยให้กำลังใจในการรักษาโรคเอดส์มากที่สุด คือ คนในครอบครัวที่ใกล้ชิด (ร้อยละ 71.3) และเป็นญาติอื่นๆ (ร้อยละ 7.1) และมีผู้ป่วยร้อยละ 1.8 ที่ไม่มีใครเป็นผู้ให้กำลังใจในการรักษาโรคเอดส์ ดังตารางที่ 42

ตารางที่ 42 บุคคลที่ให้กำลังใจในการรักษาโรคเอดส์ของผู้ป่วย

บุคคลที่ให้กำลังใจในการรักษาโรคเอดส์	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ครอบครัว	171	71.3
ญาติ	17	7.1
เพื่อนสนิท	9	3.8
ผู้ป่วยเอดส์	6	2.2
ไม่มีใครให้กำลังใจ	5	1.8
รวม	240	100

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากสังคมรอบตัวของผู้ป่วยด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับคะแนนรวมของแรงสนับสนุนจากสังคม แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในแต่ละหมวดของแรงสนับสนุนจากสังคม พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับแรงสนับสนุนจากสังคมในหมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และหมวดความรู้สึกเป็นที่รักของบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.194 และ 0.166 ตามลำดับ ดังตารางที่ 43 ความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางบวกกล่าวคือ ยิ่งผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมใน 2 หมวดนี้มาก ผู้ป่วยก็ยิ่งมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น โดยหมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันมีความแรงมากกว่าหมวดความรู้สึกเป็นที่รัก อาจเนื่องจากหมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันเป็นสิ่งที่สามารถจับต้องได้ง่ายกว่าอีกหมวดหนึ่ง ส่วนอีก 2 หมวดที่ไม่มีความสัมพันธ์นั้นอาจเกิดจากข้อคำถามดังกล่าวไม่สามารถสะท้อนถึงสิ่งที่ผู้ป่วยไทยต้องการจากสังคมรอบตัวเนื่องจากความแตกต่างของวัฒนธรรมไทยกับวัฒนธรรมตะวันตกที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาดัดแปลง ซึ่งเรื่องนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ตารางที่ 43 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับแรงสนับสนุนทางสังคม (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis), (n=250)

ความร่วมมือในการใช้ยากับแรงสนับสนุนทางสังคม	Coefficient of Correlation (r)	p-value
แรงสนับสนุนจากสังคมรอบตัวของผู้ป่วย	0.123	0.053
หมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน	0.194	0.002 **
หมวดความรู้สึกเป็นที่รัก	0.166	0.008 **
หมวดสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น	0.047	0.455
หมวดการคำนึงด้านอารมณ์และข้อมูลต่างๆ	0.074	0.244

** significant at 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 44 ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มที่มีญาติเป็นผู้ให้กำลังใจในการรักษา กับกลุ่มที่ผู้ให้กำลังใจเป็นบุคคลอื่น แต่เมื่อดูจากค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาแบ่งตามกลุ่มบุคคลที่ให้กำลังใจในการรักษาโรคเอดส์ของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่

มีญาติเป็นผู้ให้กำลังใจในการรักษาโรคเอดส์โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนในครอบครัวที่ใกล้ชิด จะมีความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีบุคคลอื่นๆ เป็นผู้ให้กำลังใจในการรักษาโรคเอดส์ โดยผู้ป่วยที่มีญาติเป็นผู้ให้กำลังใจในการรักษามีค่าความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 92.5 ± 8.5 ส่วนผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งมีค่าความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 90.4 ± 9.0

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts K. และ Mann T. (74) และการศึกษาของ Safren S. A. และคณะ (99) ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากสังคมรอบตัวของผู้ป่วยมีผลในทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากแรงสนับสนุนนั้นมาจากคนในครอบครัวที่ใกล้ชิดและเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย แต่ต่างจากการศึกษาของ Servellen G. V. และ Lombardi E. (85) ที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนจากสังคมทั้ง 4 หมวดย่อย พบว่า หมวดที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยชาวละตินที่เข้าร่วมการวิจัยคือ หมวดการคำนึงด้านอารมณ์และข้อมูลต่างๆ

ตารางที่ 44 ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยากับบุคคลที่ให้กำลังใจในการรักษาโรคเอดส์ (n=240)

บุคคลที่ให้กำลังใจในการรักษาโรคเอดส์	ความร่วมมือในการใช้ยา (mean \pm SD)	Test of equal variance	T	p-value
ญาติพี่น้อง	92.5 \pm 8.5	1.340	- 0.158	0.117
บุคคลอื่นๆ	90.4 \pm 9.0	(p = 0.248)		

จากการพบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมรอบตัวของผู้ป่วย ในหมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและหมวดความรู้สึกเป็นที่รัก ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การดูแลและให้กิจกรรมเสนอแนะเพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้น นอกจากจะให้กับตัวผู้ป่วยโดยตรงแล้ว อาจต้องคำนึงถึงบุคคลรอบๆ ตัวผู้ป่วยด้วย การพิจารณาให้กิจกรรมเสนอแนะทั้งกับตัวผู้ป่วยและบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงอาจเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น และต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

4. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

จากแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ตามส่วนที่ 3: ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับท่าน (ภาคผนวก ง หน้า 139) ทดสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 250 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.899 คะแนน แบ่งเป็น 5 หมวดคือ หมวดที่ 1: หมวดการดูแลเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย จำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ หมวดที่ 2: ความสะดวกใจในการบอกความลับและขอคำปรึกษาในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ หมวดที่ 3: ความเชื่อมั่นในความรู้และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ หมวดที่ 4: การยอมรับความจริงเมื่อถูกถามถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และหมวดที่ 5: ความมั่นใจในแผนการรักษาโรคเอดส์ที่กำลังได้รับ หมวดที่ 3 ถึง 5 มีจำนวนข้อคำถามหมวดละ 1 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนจะเรียงตามลำดับจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยไม่ดี และ 5 หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยดีมาก

ส่วนสุดท้ายเป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา มีคะแนนให้เลือกตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดย 0 คะแนนแทนผู้ป่วยรู้สึกแย่มากๆ กับบุคลากรทางการแพทย์ และ 10 คะแนนแทนผู้ป่วยรู้สึกดีมาก ๆ กับบุคลากรทางการแพทย์

จากตารางที่ 45 พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีความรู้สึกดีต่อบุคลากรทางการแพทย์มาก สังเกตจากคะแนนเฉลี่ยในแต่ละหมวดย่อยมีคะแนนมากกว่า 4 คะแนน มีเพียง 2 หมวดเท่านั้นที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 4 คะแนน ได้แก่ หมวดการดูแลเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเภสัชกร และหมวดการยอมรับตามความจริงเมื่อถูกถามถึงการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ การประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาอยู่ มีคะแนนเฉลี่ยรวมของทั้งสามโรงพยาบาลเท่ากับ 9.4 ± 1.3

ตารางที่ 45 คะแนนความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย	คะแนนเฉลี่ย (mean \pm SD)			
	ดำเนินสะดวก (n=88)	สมเด็จพระเทพฯ (n=62)	สมเด็จพระพุทธฯ (n=100)	รวมทั้งสิ้น (n=250)
คะแนนรวมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย	4.1 \pm 1.0	4.2 \pm 0.5	4.1 \pm 0.6	4.1 \pm 0.5
หมวด การดูแลเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย	4.1 \pm 0.6	4.2 \pm 0.6	4.1 \pm 0.7	4.1 \pm 0.6
หมวดความสะดวกใจในการบอกความลับและขอคำปรึกษาในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์				
แพทย์	4.5 \pm 0.9	4.6 \pm 0.5	4.4 \pm 0.9	4.5 \pm 0.8
เภสัชกร	3.9 \pm 1.3	3.6 \pm 1.2	4.1 \pm 1.0	3.9 \pm 1.2
พยาบาล	3.9 \pm 1.3	4.2 \pm 0.8	4.1 \pm 1.0	4.0 \pm 1.0
หมวด ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์	4.3 \pm 1.0	4.4 \pm 0.7	4.0 \pm 0.9	4.4 \pm 0.9
หมวด การยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์	3.6 \pm 1.4	4.0 \pm 1.0	4.1 \pm 1.2	3.9 \pm 1.3
หมวด ความมั่นใจในแผนการรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน	4.3 \pm 1.0	4.3 \pm 0.8	4.4 \pm 1.0	4.4 \pm 1.0
ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์	9.7 \pm 1.0	9.3 \pm 1.3	9.2 \pm 1.5	9.4 \pm 1.3

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล โดยแยกวิเคราะห์ความแตกต่างในแต่ละหมวดด้วยสถิติ One-Way ANOVA ดังแสดงในตารางที่ 46 พบว่า หมวดที่มีความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาของแต่ละโรงพยาบาล มี 3 หมวด ได้แก่

1) หมวดความสะดวกใจในการบอกความลับและขอคำปรึกษาในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเภสัชกร มีความแตกต่างกันของคะแนนแต่ละโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าสูงกว่าของโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009$) ซึ่งเท่ากับ 4.1 ± 1.0 คะแนน และ 3.6 ± 1.2 คะแนน ตามลำดับ ดังตารางที่ 46 ไม่พบว่าโรงพยาบาลดำเนินสะดวกมีความแตกต่างของคะแนนในส่วนนี้กับโรงพยาบาลอื่น คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล อาจเกิดจากหน้าที่

และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ของเภสัชกรในแต่ละโรงพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน ดังนี้

- โรงพยาบาลดำเนินสะดวก เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเภสัชกรทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำการให้ยาและข้อควรระวังในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เมื่อแรกเข้ารับการรักษา รวมทั้งจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์ให้ผู้ป่วยที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก
- โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เภสัชกรมีหน้าที่เพียงจ่ายยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกเท่านั้น ไม่มีเภสัชกรที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงในคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเภสัชกรทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำการให้ยาและข้อควรระวังในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เมื่อแรกเข้ารับการรักษา รวมทั้งให้คำปรึกษาและแก้ไขอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกับพยาบาลประจำคลินิก และเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเอดส์หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เภสัชกรจะดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2) การยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ แต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011$) โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าสูงกว่าของโรงพยาบาลดำเนินสะดวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.021$) เท่ากับ 4.1 ± 1.2 คะแนน และ 3.6 ± 1.4 คะแนนตามลำดับ แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในส่วนนี้ของโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ กับโรงพยาบาลอื่นๆ

3) การประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่า แต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.029$) โดยพบว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกจะประเมินความรู้สึกของตนเองต่อบุคลากรทางการแพทย์ดีกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.025$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของทั้ง 2 โรงพยาบาลเท่ากับ 9.7 ± 1.0 คะแนน และ 9.2 ± 1.4 คะแนนตามลำดับ ในขณะที่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในส่วนนี้ของโรงพยาบาลศูนย์

การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ กับโรงพยาบาลอื่น แม้จะพบว่า คะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล ส่วนมากผู้ป่วยประเมินความรู้สึกที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ในระดับค่อนข้างดีมาก จากผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 250 ราย มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ให้คะแนนในส่วนนี้เท่ากับ 3 คะแนน นอกนั้นให้มากกว่า 5 คะแนน และมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 71 ที่ประเมินบุคลากรทางการแพทย์เท่ากับ 10 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีมากๆ กับบุคลากรทางการแพทย์ที่กำลังให้การรักษาโรคเอดส์ของตน

ตารางที่ 46 ความแตกต่างของคะแนนความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล

	คะแนนรวม (mean ± SD)			ANOVA		
	1	2	3	Test of equal variance	F	p-value
คะแนนรวมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย	78.1±19.8	79.5 ± 8.9	78.6 ± 11.9	1.709 (p = 0.183)	0.694	0.501
หมวด เอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์	53.4 ± 7.4	54.0 ± 7.3	52.8 ± 9.4	1.709 (p = 0.879)	0.694	0.501
หมวด ความสะดวกในการบอกความลับและขอคำปรึกษาในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์						
แพทย์	4.5 ± 0.9	4.6 ± 0.5	4.4 ± 0.9	2.149 (p = 0.119)	1.319	0.269
เภสัชกร	3.9 ± 1.3	3.6 ± 1.2 ^a	4.1 ± 1.0 ^a	5.556** (p = 0.004)	4.721	0.01**
พยาบาล	3.9 ± 1.3	4.2 ± 0.8	4.1 ± 1.0	6.597** (p = 0.002)	0.894	0.410
หมวด ความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์	4.3 ± 1.0	4.4 ± 0.7	4.0 ± 0.9	1.319 (p = 0.269)	0.770	0.464
หมวด การยอมรับความจริง	3.6 ± 1.4 ^a	4.0 ± 1.0	4.1 ± 1.2 ^a	8.463** (p = 0.0001)	0.454	0.011*
หมวด ความมั่นใจในแผนการรักษา	4.3 ± 1.0	4.3 ± 0.8	4.4 ± 1.0	0.590 (p = 0.555)	0.098	0.907
ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์	9.7 ± 1.0 ^a	9.3 ± 1.3	9.2 ± 1.5 ^a	8.023** (p = 0.0001)	3.592	0.029

^a significant multiple comparisons follow up by Dunnett

* significant at 0.05 level (2- tailed), ** significant at 0.01 level (2-tailed)

1 = โรงพยาบาลดำเนินสะดวก, 2 = โรงพยาบาลสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ, 3 = โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) ดังตารางที่ 47 พบว่า หมวดที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ หมวดความสะดวกใจในการบอกความลับหรือขอคำปรึกษาในการใช้ยากับเภสัชกร ($p = 0.046$) และ หมวดการยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์ ($p = 0.0001$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.126 และ 0.226 ตามลำดับ

ตารางที่ 47 ความร่วมมือในการใช้ยากับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (ทดสอบด้วย spearman's rho correlation analysis)

ความร่วมมือในการใช้ยากับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย	Coefficient of Correlation (r)	p-value
คะแนนรวมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย	0.096	0.132
หมวด การดูแลเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้ป่วย	0.09	0.156
หมวด ความสะดวกใจในการบอกความลับและขอคำปรึกษาในเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์		
แพทย์	0.82	0.195
เภสัชกร	0.126	0.046*
พยาบาล	0.55	0.382
หมวด ความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องโรคและยารักษาโรคเอดส์	0.10	0.112
หมวด การยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์	0.226	0.0001**
หมวด ความมั่นใจในแผนการรักษาที่กำลังได้รับอยู่ในปัจจุบัน	0.088	0.168
ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์	0.017	0.791

* significant at 0.05 level (2-tailed), ** significant at 0.01 level (2-tailed)

คะแนนหมวดการยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าหมวดความสะดวกใจในการบอกความลับหรือขอคำปรึกษาการใช้ยากับเภสัชกร ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Glison L. และคณะ (89) แสดงให้เห็นว่าความซื่อสัตย์และยอมรับความจริงแก่บุคลากรทางการแพทย์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider J. และคณะ (88) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย แต่การศึกษานี้ให้ผลขัดแย้งกับการศึกษาของ Bakken S. และคณะ (68) อยู่เล็กน้อย โดยในการศึกษาของ Bakken พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในหมวดการดูแลเอาใจใส่ของบุคลากรทางการแพทย์หมวดเดียวเท่านั้น ที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย แต่ในการศึกษานี้กลับไม่พบความสัมพันธ์ของหมวดดังกล่าวกับความร่วมมือในการใช้ยา

จากตารางที่ 47 นอกจากความสัมพันธ์ที่ติระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นจากการยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์แล้ว การที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจต่อเภสัชกรยังมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยอีกด้วย ในปัจจุบันบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละโรงพยาบาลมีหน้าที่และบทบาทที่ไม่เหมือนกัน จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความระมัดระวังในการกล้าบอกความลับกับเภสัชกรในแต่ละโรงพยาบาล ด้วยสถิติ One-Way ANOVA ชำต้นช่วยยืนยันว่า เภสัชกรในโรงพยาบาลที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยมากจะได้คะแนนในส่วนนี้มากตามไปด้วย และส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงเห็นว่า เภสัชกรควรตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยให้สูงมากยิ่งขึ้น

5. การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นตัวแปรที่มีผลสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แม้จะไม่มีกำหนดว่าความร่วมมือในการใช้ยาระดับใดที่เหมาะสมที่สุด แต่จากการศึกษาจำนวนมากพบว่า ถ้าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 จะมีอัตราการดื้อยาที่ต่ำ มีการเพิ่มขึ้นของระบบภูมิคุ้มกัน (CD4) และมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น มีปัจจัยหลายตัวที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ จากการทบทวนวรรณกรรมทางผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามีอยู่ด้วยกันทั้งสิ้น 4 หมวดแบ่งเป็น 15 ปัจจัย จึงนำปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาทั้งหมดนำมาวิเคราะห์สถิติความถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) ด้วยวิธี stepwise ปัจจัย 15 ปัจจัยที่นำมาเข้าสมการความถดถอยเชิงพหุ ได้แก่

1) หมวดผู้ป่วย

1. อายุของผู้ป่วยในขณะที่ทำการศึกษา
2. ระดับการศึกษา แบ่งออกเป็นการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา (0) และการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (1)

3. ประวัติการไข้ยาเสพติด จากการศึกษาความสัมพันธ์ข้างต้นพบว่า ยาเสพติดที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ จึงนำประวัติการดื่มแอลกอฮอล์มาเข้าสมการ แบ่งออกเป็น เคยดื่มแอลกอฮอล์หรือยังคงดื่มอยู่ในปัจจุบัน (0) และไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ (1)
4. คะแนนรวมความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์
5. คะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วย
6. คะแนนรวมระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
7. คะแนนรวมการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครบทุกมื้อและตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง
8. คะแนนรวมความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

2) หมวดโรคและยา

1. ระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ แบ่งความรุนแรงของโรคเป็น 3 ระดับ คือ A, B และใช้ C เป็นกลุ่มอ้างอิง
2. การเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ต้องการการรักษาเพิ่มเป็นพิเศษ หรือส่งผลให้ต้องหยุดยา หรือต้องเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ แบ่งออกเป็น ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (0) และเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (1)
3. สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยใช้ แบ่งออกเป็น ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สูตรอื่นนอกจาก GPO-vir (0) และใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ GPO-vir (1)

3) หมวดสังคม

1. การประกอบอาชีพ แบ่งออกเป็น ไม่ได้ทำงาน (0) และทำงาน (1)
2. รายได้ของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น ไม่มีรายได้ถึงมีรายได้พอดีใช้ไม่เหลือเก็บ (0) และมีรายได้เหลือเก็บถึงรู้สึกกว่าตัวเองมีฐานะดี (1)
3. คะแนนรวมแรงสนับสนุนทางสังคม

4) หมวดความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

1. คะแนนในหมวดการยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยสถิติความถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) ด้วยวิธี stepwise ผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 270 ราย

จากตารางที่ 48 และตารางที่ 49 มีปัจจัยทั้งหมด 15 ปัจจัย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ ปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วย ปัจจัยด้านความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) เท่ากับ 0.286 แสดงว่าสมการที่ได้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 28.69

ตารางที่ 48 สถิติความถดถอยเชิงพหุของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

R	R Square	Adjusted R square	Std. error of the estimate	F	p-value
0.535	0.286	0.277	4.028	4.838	0.009**

** significant at 0.01 level (2-tailed)

ตารางที่ 49 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple regression analysis วิธี stepwise (n=270)

	B	Standardized Coefficients (β)	p-value
(Constant)	60.35		0.0001**
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	3.03	0.25	0.002**
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย	0.94	0.153	0.02*
คะแนนความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์	0.31	0.155	0.025*
อายุ	0.26	0.273	0.0001**
ความมั่นใจในการรับประทานยา	0.09	0.248	0.0001**
แรงสนับสนุนจากสังคม	0.08	0.153	0.024**

* significant at 0.05 level (2-tailed), ** significant at 0.01 level (2-tailed)

ตารางที่ 50 การเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ bivariate และ multiple regression

ปัจจัย	r	β
ปัจจัยด้านผู้ป่วย		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	sig t-test**	0.25**
อายุ	0.149**	0.153**
คะแนนรวมความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์	0.197**	0.155*
คะแนนหมวดความรู้เรื่องอาการข้างเคียงจากยา	0.207**	n/a
คะแนนประเมินความรู้เรื่องโรคและยาของตัวเอง	0.179**	n/a
ความมั่นใจในการรับประทานยา	0.217**	0.09**
ระดับความเคยชินในการรับประทานยา	0.143*	a
ปัจจัยด้านสังคม		
รายได้	sig t-test**	a
คะแนนรวมแรงสนับสนุนจากสังคม	b	0.153**
หมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน	0.194**	n/a
หมวดความรู้สึกเป็นที่รัก	0.166**	n/a
ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย		
หมวดการยอมรับตามความจริง	0.226**	0.153*
หมวดความสะดวกใจในการบอกความลับและขอ ความปรึกษากับเภสัชกร	0.126**	n/a

n/a เป็นปัจจัยที่ไม่ได้นำเข้าสมการเพื่อวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ,

a ถูกตัดออกจากสมการความถดถอยเชิงพหุเนื่องจากไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ,

b ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์โดยสถิติสหสัมพันธ์

** significant at 0.01 level (2-tailed), * significant at 0.05 level (2-tailed)

จากตารางที่ 50 เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติความถดถอยเชิงพหุพบความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยากับประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่มีส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสมากที่สุด และพบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มที่เคยดื่ม

แอลกอฮอล์กับกลุ่มที่ไม่เคยดื่มด้วยเช่นเดียวกัน เนื่องจากการศึกษานี้ไม่มีการถามถึงสาเหตุที่ทำให้ให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตามที่แพทย์สั่ง ดังนั้นการที่ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์มีความร่วมมือในการใช้ยาที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยกังวลว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปฏิกิริยากับยาต้านไวรัสเอดส์ จึงไม่รับประทานยาในวันที่ดื่มแอลกอฮอล์ ดังการศึกษาของ Rosef E. และคณะ (20) หรืออาจเกิดจากคุณลักษณะบางอย่างของผู้ป่วยเอง ซึ่งต้องศึกษาต่อไป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความดูแลผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทั้งสองยังพบว่า อายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความเสี่ยงในการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ดังนั้นนอกจากประวัติการดื่มแอลกอฮอล์แล้ว ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยยังเป็นกลุ่มที่บุคลากรทางการแพทย์ที่จัดกิจกรรมเสนอแนะควรให้ความสนใจเป็นพิเศษเช่นเดียวกัน

การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุทำให้เห็นว่า การให้กิจกรรมเสนอแนะในด้านความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์เป็นสิ่งที่ควรทำ เพราะยังผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์มากก็ยิ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้น จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสหสัมพันธ์ซึ่งพบว่า ความรู้ในหมวดอาการข้างเคียงจากยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา และเป็นข้อคำถามที่ผู้ป่วยมักตอบผิดมากกว่าหมวดอื่นๆ อีก 2 หมวด ดังนั้นการให้กิจกรรมเสนอแนะเภสัชกรจึงควรเน้นในหมวดความรู้เรื่องอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัสเอดส์ด้วย

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยในหมวดการยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อถูกถามถึงการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ มีหลายการศึกษาพบว่า การยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยได้ ดังนั้นในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุจึงใช้เพียงคะแนนจากการยอมรับตามความจริงของผู้ป่วยเท่านั้นในการเข้าสมการ แม้ว่าการศึกษาจะสามารถวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยได้จากข้อคำถามเดียว แต่การถามถึงการยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาวที่ต้องวัดซ้ำหลายครั้ง การศึกษาของ Schneider J. และคณะ (88) พบว่า แบบสอบถามการยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่มีข้อคำถามเพียงข้อเดียวไม่เหมาะสมในการใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องการวัดซ้ำหลายๆ ครั้ง เนื่องจากผลที่วัดได้จะเริ่มมีความ

คลาดเคลื่อน ทำให้ไม่สะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่แท้จริง ดังนั้นควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดการยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหลายข้อคำถาม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่ต้องการวัดหลายๆ ครั้ง

สิ่งที่น่าสนใจคือ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนความรู้เรื่องโรคและยาและคะแนนความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) พบว่าทั้งสองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.201 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะถามปัญหาเกี่ยวกับโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยสงสัยกับบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นด้วย

จากผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์และความถดถอยเชิงพหุแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมเสนอแนะที่น่าจะเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากจะให้ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์กับผู้ป่วยทุกคนก่อนที่จะใช้ยาต้านไวรัสเอดส์แล้ว กิจกรรมเสนอแนะที่ควรทำควบคู่ไปด้วยคือ การใช้กิจกรรมเสนอแนะเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย โดยอาจเป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยคิดวิธีแก้ไขเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เช่นในการศึกษาของ Smith S. R. และคณะ (91) เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และเมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากหลายๆ ครั้งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การให้กิจกรรมเสนอแนะแก่ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยยังเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากแรงสนับสนุนจากสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยเช่นเดียวกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา

ระดับชั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา (stage of change: SOC) เป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบทฤษฎีอิมเมจ (transtheoretical model) ซึ่งเป็นรูปแบบที่พยายามอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางจิตวิทยาหลายทฤษฎีร่วมกัน

stage of change มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในที่สุด

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา

การวิจัยนี้ทำการประเมิน stage of change โดยใช้แบบประเมินส่วนที่ 5: พฤติกรรมและความคิดเห็นต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ค หน้า 129) ซึ่งดัดแปลงข้อคำถามมาจากการศึกษาของ Willey C. และคณะ (40) ข้อคำถามมีทั้งหมด 3 ข้อ การแบ่ง stage of change แบ่งตามทัศนคติและความตั้งใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครบทุกมื้อและตรงเวลา และระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ครบทุกมื้อและตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ชั้นการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจในการใช้ยาแบ่งเป็น 5 ระดับ (36, 37) ดังนี้

1. ระดับก่อนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Precontemplation: PC)
2. ระดับมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Contemplation: C)
3. ระดับเตรียมการ (Preparation: P)
4. ระดับปฏิบัติการ (Action: A)
5. ระดับพฤติกรรมคงที่ (Maintenance: M)

จากตารางที่ 51 จากการประเมิน stage of change พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้ยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนมากสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ครบทุกมื้อและตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งจนอยู่ในระดับ action (ร้อยละ 32.2) และระดับ maintenance (ร้อยละ 35.0) โดยทั้งสองระดับนี้แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยในระดับ action สามารถใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้ครบทุกมื้อและตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 1 วันถึงน้อยกว่า 6 เดือน แต่ผู้ป่วยในระดับ maintenance

ต้องสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ครบทุกมื้อและตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานานมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน

ส่วนอีก 3 ระดับซึ่งเป็นระดับก่อนที่จะสามารถรับประทานยาได้ครบทุกมื้อและตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง คือ ระดับ precontemplation ระดับ contemplation และ ระดับ preparation มีผู้ป่วยรวมกันเท่ากับร้อยละ 32.8 มีผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ precontemplation เพียง 1 รายเท่านั้น ผู้ป่วยรายนี้มีความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับร้อยละ 89.96

ตารางที่ 51 ระดับขั้นความร่วมมือในการใช้ยา

ระดับขั้นความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ระดับก่อนมีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	1	0.6
ระดับมีความตั้งใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	40	23.4
ระดับเตรียมการ	15	8.8
ระดับปฏิบัติการ	55	32.2
ระดับพฤติกรรมคงที่	60	35.0
รวม	171	100

เมื่อพิจารณาแต่ละ stage of change ในการวิจัยนี้ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละ stage of change ส่วนมากอยู่ในระดับขั้น action และ maintenance คล้ายกับการศึกษาของ Willey C. และคณะ (40) ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ร้อยละ 44 อยู่ในระดับขั้น action ร้อยละ 40.9 อยู่ในระดับขั้น maintenance และมีเพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้นที่อยู่ในระดับขั้น precontemplation ในขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแม้ส่วนมากร้อยละ 31.1 จะอยู่ในระดับขั้น maintenance แต่พบว่ามีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 28.8 ที่อยู่ในระดับขั้น precontemplation

การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนมากมี stage of change อยู่ในระดับ action และ maintenance นั้น อาจเนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีความรุนแรง หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครบทุกมื้อและสม่ำเสมอ สามารถทำให้เกิดการดื้อยาและอาจส่งผลถึงแก่ชีวิตได้ รวมทั้งก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างที่ใช้ยาผู้ป่วยส่วนมากมักถูกเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จากบุคลากรทางการแพทย์อยู่เสมอ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เห็นความสำคัญของการให้ความ

ร่วมมือในการใช้ยา ในขณะที่ในโรคอื่นๆ ที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าจะพบการกระจายของผู้ป่วยใน stage of change ระดับต้น (precontemplation, contemplation และ preparation) ในจำนวนที่มากกว่า

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยใน 3 ระดับขั้นแรก (PC, C และ P) ของ stage of change มีจำนวนน้อยมาก ดังนั้นในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง stage of change กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้วิจัยจึงได้รวมระดับขั้น precontemplation, contemplation และ preparation เป็นกลุ่มเดียวกัน (PC-C-P) คือ จัดเป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถมีความร่วมมือในการใช้ยาได้ครบทุกมือและตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งได้อย่างสม่ำเสมอ

การวิเคราะห์ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละ stage of change ด้วยสถิติ One-Way ANOVA พบว่าทั้งสามกลุ่ม คือ กลุ่ม PC-C-P, กลุ่ม A และกลุ่ม M มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009$) โดยพบความแตกต่างระหว่างระดับขั้น M กับระดับขั้น PC-C-P อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) แต่ระดับขั้น A ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยากับระดับขั้นอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 52

ตารางที่ 52 ความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยา ในแต่ละระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา

	ความร่วมมือในการใช้ยา (mean \pm SD)			Test of equal variance	F	p-value
	PC-C-P	A	M			
ระดับขั้นความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย	90.2 \pm 9.0 ^a	93.6 \pm 9.9	95.2 \pm 7.2 ^a	1.112	4.859	0.009**
				($p = 0.331$)		

^a significant multiple comparisons follow up by Scheffe, ** significant at 0.01 level (2-tailed)

PC=precontemplation, C=contemplation, P= preparation, A= action, M= maintenance

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การใช้รูปแบบทรานสทิโอเรทิกเคิลสามารถสะท้อนถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์คนไทยได้ โดยพบว่าผู้ป่วยในแต่ละ stage of change จะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เท่ากัน โดยผู้ป่วยที่อยู่ในระดับขั้นที่ต่ำกว่าจะมีความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระดับขั้นที่สูงกว่า ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 31 พบว่า ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของระดับขั้น PC-C-P < A < M

เท่ากับ $90.16 < 93.55 < 95.15$ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Willey C. และคณะ (40) ที่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละ stage of change ทั้งในโรคเอดส์ และโรคความดันโลหิตสูง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ กับการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการใช้ยา ความมั่นใจในความสามารถของตัวเองในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครบทุกมื้อตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง และระดับความเคยชินในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

จากตารางที่ 53 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนในส่วนการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการใช้ยา (decision balance) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเองในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครบทุกมื้อตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง (self-efficacy) และระดับความเคยชินในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย (habit strength) ด้วยสถิติ One-Way ANOVA ไม่พบความแตกต่างของคะแนนทั้ง 3 หมวดในแต่ละ stage of change

ตารางที่ 53 ความสัมพันธ์ระหว่าง stage of change กับ decision balance, self-efficacy และ habit strength

โครงสร้าง รูปแบบทรานสทิ โอเรทิเคิล	คะแนนที่ผู้ป่วยได้รับ			Test of equal variance	F	p-value
	(mean ± SD)					
	PC-C-P (n = 56)	A (n = 55)	M (n = 61)			
decision balance	34.8 ± 5.3	35.3 ± 5.1	36.3 ± 3.8	2.048 (p = 0.132)	1.699	0.186
Pros	20.0 ± 3.2	20.3 ± 2.8	21.1 ± 2.3	0.632 (p = 0.533)	2.485	0.087
Cons	15.0 ± 3.6	15.6 ± 2.4	15.4 ± 3.5	4.108 * (p = 0.018)	0.530	0.589
self-efficacy	81.9 ± 19.8	83.4 ± 23.3	87.5 ± 19.6	0.004 (p = 0.350)	0.144	0.417
habit strength	28.6 ± 3.6	29.0 ± 3.5	29.0 ± 3.4	1.057 (p = 0.996)	0.879	0.866

* significant at 0.05 level (2-tailed)

ในส่วนของการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (decision balance) แม้ไม่เห็นความแตกต่างของคะแนนอย่างเด่นชัด แต่เมื่อพิจารณาความคิดเห็นในหมวดความคิดด้านบวกต่อการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ (pros) จะเห็นว่า คะแนนของระดับขั้น PC-C-P < A < M ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ $20.0 < 20.3 < 21.1$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Prochaska J.O. และคณะ (39) ซึ่งทำการศึกษาพฤติกรรม 12 พฤติกรรม พบว่า ยิ่งระดับขั้นสูงขึ้น ค่าคะแนน pros จะสูงมากขึ้น และจะมีค่าคะแนน cons ที่ค่อยๆ ลดลง แต่คะแนนในหมวดความคิดเห็นในด้านลบต่อการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ (cons) ในการศึกษานี้ไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนดังกล่าว

ในส่วนของความมั่นใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ (self-efficacy) พบว่า ยิ่งมีระดับขั้น stage of change สูง ผู้ป่วยจะยิ่งมีคะแนนความมั่นใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ที่สูงตามไปด้วย โดยคะแนนความมั่นใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ของระดับขั้น PC-C-P < A < M มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $81.9 < 83.5 < 87.5$ ผลการศึกษานี้ได้ตรงกับทฤษฎีของ Bandura A. ซึ่งกล่าวว่า “ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตัวเองโดยส่วนใหญ่จะมาจากประสบการณ์ในการจัดการกับชีวิตของตัวเอง โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะเพิ่มความมั่นใจให้เพิ่มมากขึ้น” ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ maintenance จะเป็นผู้ป่วยที่สามารถรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ได้ครบทุกมื้อและตรงเวลาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน จึงมีคะแนนความมั่นใจในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ที่สูงกว่าในระดับ action หรือในระดับขั้นที่ต่ำกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bergar B. A. และคณะ (100) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ใน stage of change ที่สูงจะมีความมั่นใจในการรับประทายาเพื่อรักษาโรคสะเก็ดเงินที่สูงตามไปด้วย

เมื่อพิจารณาระดับความเคยชินในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย (habit strength) กลับไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละ stage of change ผลการศึกษานี้ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Velicer W. F. และคณะ (38) ซึ่งพบว่า habit strength ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะมีค่าสูงสุดเมื่ออยู่ในระดับ precontemplation แล้วจะค่อยๆ ลดลงเมื่อเปลี่ยนระดับสูงมากขึ้น และมีค่าต่ำสุดเมื่ออยู่ในระดับ maintenance นอกจากนี้ค่า habit strength ยังเป็นค่าที่แสดงถึงการติดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งอีกด้วย ดังนั้นหากผลเป็นไปตามรูปแบบทฤษฎีโอเรทิเคิล ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเคยชินในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ให้ตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งควรมีค่าที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามระดับขั้น stage of change ที่สูงขึ้น

3. การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ แบ่งผู้ป่วยตามระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา

เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มตาม stage of change พบว่า ผู้ป่วยในแต่ละ stage of change มีปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เหมือนกัน จากตารางที่ 54 และตารางที่ 55 โดยในระดับขั้น PC-C-P ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามีเพียงปัจจัยเดียว คือ ระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) เท่ากับ 0.157 แสดงว่าสมการที่ได้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับขั้นนี้ได้ร้อยละ 15.70

ตารางที่ 54 สถิติความถดถอยเชิงพหุของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ในระดับขั้น PC-C-P

R	R Square	Adjusted R square	Std. error of the estimate	F	p-value
0.397	0.157	0.136	8.611	7.462	0.009**

** significant at 0.01 level (2-tailed)

ตารางที่ 55 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple regression analysis วิธี stepwise (ระดับขั้น PC-C-P), (n=56)

	B	Standardized Coefficients (β)	p-value
(Constant)	58.75		0.0001**
ระดับความเคยชินในการรับประทานยา	1.110	0.397	0.009**

** significant at 0.01 level (2-tailed)

ส่วนในระดับขั้น action ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาคือ การเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของการรับประทานยาและความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) เท่ากับ 0.233 สมการที่ได้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับขั้นนี้ได้ร้อยละ 23.3 ดังตารางที่ 56 และตารางที่

ตารางที่ 56 สถิติความถดถอยเชิงพหุของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในระดับขั้น
action

R	R Square	Adjusted R square	Std. error of the estimate	F	p-value
0.482	0.233	0.186	6.643	5.013	0.032*

*significant at 0.05 level (2-tailed)

ตารางที่ 57 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์วิเคราะห์ด้วยสถิติ
multiple regression analysis วิธี stepwise (ระดับขั้น action), (n=36)

	B	Standardized Coefficients (β)	p-value
(Constant)	112.44		.0001**
ความคิดเปรียบเทียบถึงผลดี-ผลเสียของการใช้ยา	- 0.760	0.313	0.021*
ความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	0.108	0.343	0.032

** significant at 0.01 level (2-tailed), * significant at 0.05 level (2-tailed)

ในระดับขั้น maintenance ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์คือ คะแนนความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและยา เวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ การประกอบอาชีพ และรายได้ของผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) เท่ากับ 0.546 สมการที่ได้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับขั้นนี้ได้ร้อยละ 54.6 ตามตารางที่ 58 และ ตารางที่ 59

ตารางที่ 58 สถิติความถดถอยเชิงพหุของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในระดับขั้น
maintenance

R	R Square	Adjusted R square	Std. error of the estimate	F	p-value
0.739	0.546	0.497	3.969	5.239	0.028*

* significant at 0.05 level (2-tailed)

ตารางที่ 59 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple regression analysis วิธี stepwise (ระดับขั้น maintenance),(n = 40)

	B	Standardized Coefficients (β)	p-value
(Constant)	84.329		0.0001**
คะแนนความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์	0.568	0.299	0.017 *
เวลาการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	0.168	0.371	0.002**
การทำงาน	- 4.821	- 0.411	0.001**
รายได้	3.440	0.265	0.028 *

** significant at 0.01 level (2-tailed), * significant at 0.05 level (2-tailed)

ผลการศึกษาในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่า การเลือกกิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายตาม stage of change เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากแต่ละระดับขั้นจะต้องการกิจกรรมเสนอแนะที่ไม่เหมือนกัน เช่นใน 3 ระดับขั้นแรก กิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยคือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างสม่ำเสมอจนกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่วนมากการจะเกิดการทำพฤติกรรมใดซ้ำๆ นั้นผู้ป่วยต้องมีความคิดและทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมดังกล่าว รวมทั้งเห็นความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ด้วย ดังนั้นการจัดกิจกรรมเสนอแนะให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและเห็นประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

ส่วนผู้ป่วยในระดับขั้น action ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความคิดในด้านบวกต่อการรับประทานยาและช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอติดต่อกันได้นานมากกว่า 6 เดือน

ส่วนในผู้ป่วยที่อยู่ในระดับขั้น maintenance หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถให้กิจกรรมเสนอแนะแก่ผู้ป่วยทุกรายได้ ควรให้กิจกรรมเสนอแนะเน้นเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่ยังคงทำงาน มีรายได้ต่ำ และเพิ่งเริ่มใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้ไม่นาน ส่วนกิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสมในผู้ป่วยระดับขั้นนี้ คือ การให้ความรู้ในเรื่องโรคเอดส์และความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอดส์ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระดับขั้นนี้ได้ยาวนานมากยิ่งขึ้นไม่ย้อนกลับไปในระดับขั้นที่ต่ำกว่าอีก

การจัดกิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลตามรูปแบบทฤษฎีโอเรทิเคิล Prochaska JO. เสนอแนวคิดที่ว่า “การจะทำให้กิจกรรมเสนอแนะ (intervention) ให้มี

ประสิทธิภาพสูงสุด บุคลากรทางการแพทย์ควรเลือกกิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสมที่สุดแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ด้วยวิธีที่เหมาะสมและในเวลาที่ถูกต้อง” จากการศึกษาถึงการให้กิจกรรมเสนอแนะแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าบางกิจกรรมไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ให้บริการปกติ (กลุ่มควบคุม) กับกลุ่มที่ให้กิจกรรมเสนอแนะ เช่น การศึกษาของ Rawlings M. K. และคณะ (101) พบว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมเสนอแนะ คือ การให้ความรู้ในเรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์เพียงอย่างเดียว ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยากับกลุ่มที่ให้บริการปกติ และบางกิจกรรมเสนอแนะเมื่อให้ไประยะหนึ่งกลับทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง (13) น่าจะเกิดจากกิจกรรมเสนอแนะในการศึกษาเหล่านั้น มีรูปแบบของการให้กิจกรรมเสนอแนะที่เหมือนกันหมดกับผู้ป่วยทุกคน ทำให้กิจกรรมนั้นอาจไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยบางคน จึงทำให้ผู้ป่วยความเบื่อหน่ายและเกิดความรู้สึกต่อต้านการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ส่งผลให้เกิดความล้มเหลวของการให้กิจกรรมเสนอแนะ

เนื่องจาก stage of change สามารถสะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้ และในแต่ละ stage of change ยังมีแนวโน้มที่ค่าของ self-efficacy และ decision balance จะแตกต่างกันในแต่ละ stage of change ตามทฤษฎีที่นำเสนอโดย Prochaska J.O. ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงเห็นว่า การจัดกิจกรรมเสนอแนะให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายตาม stage of change เป็นวิธีการที่น่าสนใจและมีโอกาสที่กิจกรรมเสนอแนะนั้นจะเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถคงพฤติกรรมนั้นได้ตลอดชีวิต เนื่องจากในการศึกษารูปแบบทฤษฎีโอเรทิเคิลในพฤติกรรมอื่นๆ นั้น ในแต่ละ stage of change จะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (process of change) ที่แตกต่างกัน รวมทั้งมี self-efficacy, decision balance และ habit strength ที่แตกต่างกัน และยังพบว่า การเลือกกิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสมตาม stage of change ของผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่ละราย ทำให้กิจกรรมเสนอแนะนั้นมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าการใช้กิจกรรมที่เหมือนกันสำหรับผู้ทุกราย

อย่างไรก็ตามเรื่องนี้ยังต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคตว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มี process of change ที่เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละ stage of change คล้ายกับของพฤติกรรมอื่นๆ หรือไม่ รวมทั้งการใช้รูปแบบทฤษฎีโอเรทิเคิลในการจัดกิจกรรมเสนอแนะให้แก่ผู้ป่วยจะช่วยให้กิจกรรมเสนอแนะนั้นมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และคงความร่วมมือในการใช้ยาได้ตลอดชีวิตเพียงใด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานสทิโอเรทิเคิล การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบ cross-sectional study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยนอกในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ (2) ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์กับระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549 ณ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยเท่ากับ 276 ราย ใช้แบบสอบถาม 2 ชุดในการถามและประเมินปัจจัยต่างๆ รวมทั้งการสืบค้นประวัติความเจ็บป่วยจากโรคเอดส์และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ตลอดจนประวัติการรักษาโรคเอดส์ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และใช้เครื่องมือในการวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ 3 เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม GEEMA การจดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสมุดจดบันทึก และการนับเม็ดยาก่อนและหลังการจดบันทึกเวลาการรับประทานยา

ส่วนที่ 1 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.9 ± 8.4 ปี ส่วนมากมีการศึกษาเทียบเท่าหรือต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ทำงานซึ่งงานที่ทำมักต้องติดต่อกับผู้อื่นบ่อยถึงติดต่อตลอดเวลา รายได้ที่ได้รับส่วนมากจะพอดีใช้ไม่เหลือเก็บไม่เคยมีแอลกอฮอล์ ไม่เคยสูบบุหรี่ และไม่เคยใช้สารเสพติดอื่นๆ เมื่อเริ่มต้นการรักษาความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ C3 และ B3 ปริมาณเซลล์ซีดีโฟร์เริ่มต้นก่อนการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 73.8 ± 71.6 เซลล์/มม³ และมีปริมาณเซลล์ซีดีโฟร์ครั้งล่าสุดเมื่อทำการวิจัยเฉลี่ยเท่ากับ 257.3 ± 193.0 เซลล์/มม³ ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์พบว่า ส่วนมากไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่พบมากที่สุดคือ โรคฉี่หนูโรค สูตริยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้มากที่สุดคือ GPO-vir เวลาใน

การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เฉลี่ยเท่ากับ 19.6 ± 12.9 เดือน ส่วนมากไม่มีการเปลี่ยนสูตรยาตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการจนถึงวันที่เริ่มวิจัย อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์จำเป็นต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษหรือต้องเปลี่ยนสูตรยาที่เกิดสูงสุด คือ ตับอักเสบ

1.2 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถาม GEEMA มีผู้ช่วยให้ความร่วมมือในการทำการประเมินมากที่สุด รองลงมาคือ การจดบันทึกเวลา และน้อยที่สุดคือการนับเม็ดยา ความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยของแบบสอบถาม GEEMA เท่ากับร้อยละ 91.7 ± 9.2 จากการจดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เท่ากับร้อยละ 95.5 ± 11.0 และจากการนับเม็ดยาก่อนและหลังจากจดบันทึกเวลาการรับประทานยาเท่ากับร้อยละ 97.3 ± 8.6 เมื่อทดสอบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาของแต่ละโรงพยาบาลพบว่า ค่าความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถาม GEEMA และค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการจดบันทึกเวลาการรับประทานยาของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับโรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ แต่ค่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการนับเม็ดยาไม่พบความแตกต่างดังกล่าว

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการประเมินจากเครื่องมือทั้ง 3 วิธี

พบว่า คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากแบบสอบถาม GEEMA มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากวิธีการจดบันทึกเวลาการรับประทานยา และมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเซลล์ซีดี4 ก่อนเริ่มต้นการใช้ยากับค่าครั้งล่าสุด เมื่อตัดกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์น้อยกว่า 6 เดือนออกไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากวิธีแบบสอบถาม GEEMA ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยทั้งหมดทดสอบด้วยสถิติสหสัมพันธ์ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 พบว่า

2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา คือ อายุ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.149 และพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ จะมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดื่ม

2.1.2 ความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ คะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับร้อยละ 67.4 พบว่า คะแนนรวมความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ หมวดความรู้เรื่องอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาและการประเมินความรู้ของตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.197, 0.207 และ 0.179 ตามลำดับ ส่วนความรู้ในหมวดอื่นไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

2.1.3 ภาวะสุขภาพจิต คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.8 ± 0.4 คะแนน ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ส่วนมากจัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและภาวะสุขภาพจิต

2.1.4 ระดับความเคยชินในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ คะแนนเฉลี่ยของระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์เท่ากับ 4.2 ± 0.5 คะแนน พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับระดับความเคยชิน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.143

2.1.5 ความคิดความเชื่อต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยต่อหมวดของความคิดความเชื่อต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เท่ากับ 4.0 ± 0.5 คะแนน โดยมีคะแนนของความคิดด้านบวกต่อการใช้ยาเท่ากับ 4.9 ± 0.6 คะแนน และความคิดด้านลบต่อการใช้ยาเท่ากับ 3.8 ± 0.8 คะแนน ไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

2.1.6 ความมั่นใจในตัวเองต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ และครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.3 ± 0.8 คะแนน พบว่าทั้งคะแนนรวมความมั่นใจในการรับประทานยา และคะแนนความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทั้ง 3 หมวด มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางบวกกล่าวคือ ยิ่งผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากก็ยิ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงตามไปด้วย

2.2 ปัจจัยด้านโรคและยา

2.2.1 ด้านโรค ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคเมื่อเริ่มต้นการรักษา ปริมาณเซลล์ซีดี4 เมื่อเริ่มต้นการรักษาและค่าครั้งล่าสุดในขณะที่ทำการศึกษา พบว่า

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในกลุ่มที่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังจากเริ่มต้นการรักษาจะมีค่าน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

2.2.2 ด้านยา และการรักษา ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยด้านยาและการรักษา แต่เมื่อวิเคราะห์โดยแยกผู้ป่วยตามเวลาที่เข้ายาต้านไวรัสเอดส์ตัดผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่า 6 เดือนออก พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับเวลาการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 ปัจจัยด้านสังคม

2.3.1 ด้านฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยที่ทำงานจะมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงาน

2.3.2 ด้านแรงสนับสนุนจากสังคม คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนจากสังคมเท่ากับ 3.8 ± 0.3 คะแนน บุคคลที่ให้กำลังใจผู้ป่วยในการรักษาโรคเอดส์มากที่สุดคือ คนในครอบครัวที่ใกล้ชิดได้แก่ พ่อ แม่ คู่สมรส และลูก ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับคะแนนรวมแรงสนับสนุนจากสังคม แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แต่ละหมวดของแรงสนับสนุนจากสังคม พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับแรงสนับสนุนในหมวดความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และหมวดความรู้สึกเป็นที่รักของบุคคลอื่น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.194 และ 0.166 ตามลำดับ

2.4 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย

2.4.1 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.1 ± 0.5 คะแนน คะแนนรวมการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาอยู่ เท่ากับ 9.4 ± 1.3 คะแนน หมวดที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ หมวดความสะดวกใจในการบอกความลับหรือขอคำปรึกษาในการใช้ยากับเภสัชกร และหมวดการยอมรับความจริงกับบุคลากรทางการแพทย์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.126 และ 0.226 ตามลำดับ

2.5 วิเคราะห์สถิติความถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 6 ปัจจัย ได้แก่ (1) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (3) ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ (4) อายุ (5) ความมั่นใจในการ

รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และ (6) แรงสนับสนุนจากสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ เท่ากับ 0.286

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยา

stage of change ของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ action (A) และระดับ maintenance (M) (ร้อยละ 67.25) เมื่อรวมผู้ป่วยในระดับขั้น precontemplation (P), contemplation (C) และ preparation (P) เป็นกลุ่มเดียวกัน พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างระดับขั้น PC-C-P กับ M คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเรียงตาม stage of change ได้ดังนี้ $PC-C-P < A < M$ มีความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ $90.2 < 93.6 < 95.2$

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ กับการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการใช้ยา ความมั่นใจในความสามารถของตัวเองในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ให้ครบทุกมื้อตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง และระดับความเคยชินในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนทั้ง 3 ส่วน ไม่พบความแตกต่างของคะแนนในแต่ละ stage of change แต่เมื่อพิจารณาที่ความคิดเห็นในด้านบวกต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (pros) พบว่า คะแนนของระดับขั้น $PC-C-P < A < M$ ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ $20.0 < 20.3 < 21.1$ และคะแนนความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของระดับขั้น $PC-C-P < A < M$ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $81.9 < 83.4 < 87.5$

3.3 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ แบ่งผู้ป่วยตามระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ในแต่ละระดับชั้นจะมีปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เหมือนกัน โดยระดับขั้น PC-C-P ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ ระดับความเคยชินในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนในระดับขั้น action คือ การเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียของการใช้ยาและความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และในระดับขั้น maintenance คือ คะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาและยาต้านไวรัสเอดส์ เวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ การประกอบอาชีพ และรายได้ของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้มีเครื่องมือที่ทดสอบความเที่ยงและความตรง ในคนไทยจำนวนมากเพียงแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตของคนไทยเท่านั้น นอกนั้นเป็นเครื่องมือที่ทางผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีภาษาและลักษณะบางอย่างของกลุ่มตัวอย่างไม่เหมือนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไทย
2. การวิจัยนี้เป็นแบบ cross-sectional study ทำให้การติดตามความร่วมมือในการใช้ยาทำได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. แม้ว่าแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ GEEMA จะมีความสัมพันธ์กับการจดบันทึกเวลาการรับประทาน และการเพิ่มขึ้นของระดับเซลล์ซีดี 4 แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ดีที่สุด ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยต่อไปในอนาคต เพื่อหาวิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีที่สุดและเหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไทย
2. เนื่องจากการวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในการวิจัยนี้มีการวัดเพียงครั้งเดียว จึงไม่อาจใช้แสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่ผ่านมาของผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามวัดความร่วมมือในการใช้ยาอย่างน้อยทุก 6 เดือน เพื่อนำความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ในปัจจัยต่างๆ เพื่อให้ได้ผลที่มีความถูกต้องเพิ่มมากขึ้น
3. การวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านไวรัสเอดส์ แต่เนื่องจากข้อมูลอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ดังนั้นในบางอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงแพทย์อาจไม่ได้บันทึกไว้ และผู้ป่วยอาจไม่บอกแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดูแล ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงอาการข้างเคียงจากยาโดยการสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยโดยตรง เพื่อสืบค้นถึงอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่แท้จริง
4. การวิจัยนี้พบว่า รูปแบบทรานสทิโอเรทิเคิลสามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และผู้ป่วยในแต่ละ stage of change มีปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่แตกต่างกัน แต่การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยการคำนึงถึงแต่ละ stage of change ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกว่า ในแต่ละ stage of change มี process of change ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจไม่เหมือนกับรูปแบบที่เสนอโดย Prochaska J.O. เนื่องจาก process of change ที่เสนอมานั้น เกิดจากการศึกษาในพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ

รวมทั้งการรับประทานยาในโรคอื่นๆ ในปัจจุบันยังไม่มียานวิจัยใดที่ศึกษาถึง process of change ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผลที่ได้อาจไม่เหมือนกับรูปแบบที่เสนอมาแล้ว การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของ process of change กับ stage of change ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จะช่วยให้สามารถจัดกิจกรรมเสนอแนะโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบทราเนสทิโอเรทิเคิลได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงมากขึ้น

5. จากผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับความมั่นใจในการใช้ยาและความรู้ในเรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ ดังนั้นกิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ควรมีการศึกษาต่อไป คือ การจัดกิจกรรมเสนอแนะที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสถานการณ์ที่ยากลำบากและเพิ่มความรู้ในเรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อคว่ามีผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และผลนั้นจะคงอยู่หลังจากการให้กิจกรรมเสนอแนะแล้วนานเพียงใด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การจกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ แม้จะมีข้อดี คือ ทำให้ทราบลักษณะการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย แต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 68 เท่านั้นที่ให้ความร่วมมือในการจดบันทึก ดังนั้นหากจะใช้วิธีนี้ในการวัดความร่วมมือในการใช้ยาในคลินิกทั่วไปไม่ควรให้ผู้ป่วยจดบันทึกติดต่อกันนานเกินไปนัก เพราะจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการจดบันทึกลดลง โดยอาจจะให้ผู้ป่วยจดบันทึกเดือนเว้นสามเดือน และสมุดบันทึกเวลาการรับประทานยาไม่ควรมีค่าที่บ่งบอกได้ว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือกำลังรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายต้องการปิดบังความเจ็บป่วยของตนเอง การที่สมุดบันทึกมีค่าเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้านำสมุดติดตัวเพื่อจดบันทึกเวลาการรับประทานยา

2. จากความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่พบว่าโรงพยาบาลที่เภสัชกรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าโรงพยาบาลที่เภสัชกรมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยน้อย ความสัมพันธ์นี้จะขึ้นอยู่กับบทบาทและหน้าที่ของเภสัชกรในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยนี้ช่วยยืนยันถึงความจำเป็นในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพราะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย และถ้าเภสัชกรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมของผู้ป่วยจะยิ่งทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

3. กิจกรรมเสนอแนะที่ทางผู้วิจัยเสนอเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่เหมาะสมคือ กิจกรรมเสนอแนะที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และเพิ่มความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ธีรพงษ์. ไวรัสเอดส์ นนทบุรี:โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. 2546. 47-57.
2. Fletcher, C.V., Kakuda, T. N., and Collier, A. C, Human immunodeficiency virus infection. 5th ed, in Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach. New York: Mc Graw-Hill. 2002. p. 2151-2174.
3. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา, สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ สำนักระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค., 2549, แหล่งที่มา: http://epid.moph.go.th/epi32_aids.html [15 พฤษภาคม 2549].
4. Palella, F., et al., Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med, 1998. 38: p. 853-860.
5. Trzynka, S., and Erlen, J. , HIV disease susceptibility in women and the barriers to adherence. Medsurg Nursing, 2004. 13(2): p. 97-102.
6. สัญชัย ชาสมบัติ, ชีวพันธ์ เลิศพิริยสุวัฒน์, และ พรทิพย์ ยุกตานนท์, บรรณาธิการ, แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย ปี 2546. กรุงเทพมหานคร: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2546.
7. Mocroft, A., et al., Decline in the AIDS and death rates in the EuriSIDA study: an observational study. Lancet, 2003. 362: p. 22-29.
8. Press, N., Wood, E., Hogg, R. S., and Montaner, J., S. G. , Virologic and immunologic response, clinical progression and highly active antiretroviral therapy adherence. JAIDS, 2002. 31: p. 112-117.
9. Wood, E., et al, The impact of adherence on CD4 cell count response among HIV-infection patients. JAIDS, 2004. 35(3): p. 261-268.
10. Paterson, D.L., et al, Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med, 2000. 133: p. 21-30.
11. Roca, B., Gomez, C. J., and Arnedo, A., A adherence, side effect and efficacy of stavudine plus lamivudine plus nelfinavir in treatment-experienced HIV-infected patients. Journal of infection, 2000. 41: p. 50-54.
12. Westerfelt, A., A qualitative investigation for men who are HIV positive. Soc Work, 2004. 49(2): p. 231-238.

13. Forgarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespire, J., and Levy, R, Patient adherence to HIV medication regimen: a review of published and abstract report. Patient education and counseling, 2002. 46: p. 93-108.
14. Chesney, M.A., Factor affecting adherence to antiretroviral therapy. Clinical infectious diseases, 2000. 30(supple 2): p. 171-176.
15. Kalichmen, S.C., Catz, S. C.,and Ramachandrom, B., Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. J Gen Intern Med, 1999. 14: p. 247-273.
16. Kalichmen, S.C., Catz, S. C., and Ramachandrom, B., Barriers to HIV/AIDS treatment and treatment adherence among African-American adults with disadvantaged education. Journal of the national medical association, 1999. 91(8): p. 439-446.
17. Baker, D.W., et al. , The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. Am J Public Health 1997. 87: p. 1027-1030.
18. Muoz-Moreno, J.A., et al. Predictive models for adherence to antiretroviral treatment in HIV infected patients. in The 15th International AIDS conference. Bangkok. 2004.
19. Bonolo, P.F., et al. Factors associates to adherence among patients initiating antiretroviral (ARV) therapy. in The 15 th International AIDS conference. 2004. Bangkok.
20. Rosef, E., J. C., et al, Adherence: how alcohol gets in the way. [abstract]. JIAPAC, 2004. 3(4): p. 136.
21. Terriff, C., Smoking rates and prevalence of depression in HIV-positive patients in Spokane, Washington. [abstract]. JIAPAC, 2004. 3(4): p. 140.
22. Mathews, W.C., et al, Prevalence, predictors and outcome of early adherence after starting or changing antiretroviral therapy. AIDS patients care and STDS, 2002. 16(4): p. 157-172.
23. Arnsten, J.K., et al, Factors associated with antiretroviral therapy adherence in injection in adherence in injection drug users [abstract]. JIAPAC, 2004. 3(4): p. 135.
24. Tseng, A.L., Compliance issues in the treatment of HIV infection. Am J Health-Syst Pharm, 1998. 55(1): p. 1817-1824.

25. พีระมน นิงสานนท์, สัญชัย ชาสมบัติ, ธิดาพร จิรวัดมนะ, และ สุวณีย์ ไหม่สุวรรณ, บรรณาธิการ, สรุปบทเรียน การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2547.
26. Wrubel, J., et al, Pediatric adherence: perspectives of mothers of children with HIV Social Science and Medicine, 2005. 61(11): p. 2423-2433.
27. Gao, X., et al, The relationship of disease severity: health beliefs and medication adherence among HIV patient. AIDS Care, 2000. 12: p. 387-398.
28. Ostrop, N.K., and Hallett, G. M., Long-term patient adherence to antiretroviral therapy. The annals of Pharmacotherapy, 2000. 34: p. 703-707.
29. Martin, M., et al, Adherence study trough time, of patients (who) initiated antiretroviral treatment in 1998, 1999 and 2000 [abstract]. JIAPAC, 2004. 3(4): p. 131.
30. Kleeberger, C.A., et al, Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the multi-center AIDS cohort study. JAIDS, 2001. 26: p. 82-92.
31. Turdra, A., Monitoring adherence to HIV therapy. Arch intern Med, 1999. 159(28): p. 1376-1377.
32. Howard, A.A., et al, A prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected women. AIDS, 2002. 16(21): p. 2165-2182.
33. Simoni, M.J., et al, Antiretroviral adherence interventions: a review of current literature and ongoing studies. Antiretroviral adherence interventions, 2003. 11: p. 185-198.
34. Gonzalez, J.S., et al, Social support, positive states of mind and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. American psychological associations, 2004. 23(4): p. 413-418.
35. Haynes, R.B., McKibbin, K. A., and Kanani, R., Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medication. Lancet, 1996. 348: p. 383-386.
36. Prochaska, J.O., DiClemente, D. D., and Norcross, J. C., In search of how people change. American psychologist, 1992. 47(9): p. 1102-1114.

37. Prochaska, J.O., Johnson, S. and Lee, P., The transtheoretical model of behavior change, in The handbook of health behavior change. 2nd. New York: Springer publishing company. 1999. p. 59-83.
38. Velicer, W.F., et al Testing 40 predictions from the transtheoretical model Addictive behavior, 1999. 24(4): p. 455-469.
39. Prochaska, J.O., et al, Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. Addictive behavior, 1994. 13(1): p. 455-469.
40. Willey, C., et al, Stages of change for adherence medication regimens for chronic disease: Development and validation of a measure. Clinical therapeutics, 2000. 22(7): p. 858-870.
41. Cipolle, R.J., Strad, L. M., and Morley, P. C., Pharmaceutical care practice. St. Louis (MO): McGraw-Hill, 1998.
42. Tuldra, A., and Wu, A. W. , Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. JAIDS, 2002. 31: p. 154-157.
43. Bryson, S., and Lawson, D., Non-compliance. Clinical pharmacy and hospital drug management, 1982: p. 133-135.
44. Knobel, H., et al, Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA study. AIDS, 2002. 16: p. 605-613.
45. Verplaken, B., and Orbell, S., Reflections on past behavior: a self-report index of habit strength. J Apply Soc Psycho, 2003. 33(6): p. 1313-1330.
46. เกียรติ รักรุ่งธรรม. ยาด้านเชื้อเอชไอวี: กลไก เภสัชวิทยา และประสิทธิภาพ. เอชไอวีและจุดที่พบ ฉวยโอกาส. 1st กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย. 2541. 19.1-19.41.
47. Copper, D.A., and Lange, J., M. A, Peptide inhibitor of virus-cell fusion enfuvirtide as a case study on clinical discovery and development. Lancet, 2004. 4: p. 426-36.
48. Boden, D., et al., HIV-1 drug resistance in newly infected individuals JAMA, 1999. 282: p. 1135-1141.
49. Hecht, F.M., et al, Sexual transmission of an HIV-1 variant resistant to multiple reverse-transcriptase and protease inhibitors. N Engl J Med, 1998. 339: p. 307-311.

50. Little, S.J., et al, Reduced antiretroviral drug susceptibility among patient with primary HIV infection. JAMA, 1992. 282: p. 1142-1149.
51. Rathbun, R.C., Farmer, K. C., Stephens, J. R. and Lockhart, S. M., Impact of an adherence clinic on behavioral outcomes and virologic response in the treatment of HIV infection: A prospective, randomized, controlled pilot study. Clinical therapeutics, 2005. 27(2): p. 199-209.
52. Montaner, J., S. G., et al, A randomized, double-blind trial comparing combinations of nevirapine, didanosine, and zidovudine for HIV-infected patients: The INCAS Trial. JAMA, 1998. 279: p. 930-937.
53. Cramer, J.A., et al, How often is medication taken as prescribed? JAMA, 1989. 261: p. 3273-3277.
54. McNabb, J., Nicolau, D., Stoner, J., and Ross, J., Patterns of adherence to antiretroviral medications: the value of electronic monitoring. AIDS, 2003. 17: p. 1763-1767.
55. Hinkin, C.H., et al, Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. AIDS, 2004. 1(18 (Supple 1)): p. 19-25.
56. Chesney, M.A., Morin, M., and Sherr, L., Adherence to HIV combination therapy Social Science & Medicine, 2000. 50.: p. 1599-1605.
57. Farley, J., Hines, S., Musk, A., Ferrus, S., and Tepper, V. , Assessment of adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected children using the medication event monitoring system, pharmacy refill, provider assessment, caregiver self-report, and appointment keeping. JAIDS, 2003. 33(2): p. 211-218.
58. Samet, J.H., et al, Compliance with zidovudine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus, type 1: a cross-sectional study in a municipal hospital clinic. Am J Med, 1992. 92: p. 495-502.
59. Kastrissios, H., et al, The extent of non-adherence in a large AIDS clinical trial using plasma dideoxynucleoside concentrations as a marker. AIDS, 1999. 12: p. 2305-2311.
60. Cramer, J.A., Microelectronic systems for monitoring and enhancing patient compliance with medication regimens. Drugs, 1995. 49: p. 321-327.

61. Wu, H., et al, Pharmacodynamic of antiretroviral agents in HIV-1 infected patient: using viral dynamic models that incorporate drug susceptibility and adherence. [abstracts: Epub ahead to print]. J pharmacokinet Pharmacodyn, 2006. Apr 1.
62. Mitty, J.A., et al, A pilot study of modified directly observed therapy to enhance adherence to HAART. [Abstract 487]. In: Program and abstracts of the 36th Annual Meeting of the Infectious Disease Society of America. Denver. , 1998. Nov 12-15.
63. Fischl, M., et al, Impact of directly observed therapy on outcome in HIV clinical trials. [Abstract 71]. In: Program and abstracts of the 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco., 2000. Jan 30- Feb 2.
64. Molly, S., MaKenzie, M., Mitty, K. A., and Flanigen, T. P., Enhancing adherence to HAART: a pilot program of modified directly observed therapy. AIDS Read, 2001. 11(6): p. 317-328.
65. Hugen, P.W., et al, Assessment of adherence to HIV protease inhibitors: comparison and combination of various methods, including MEMS (electronic monitoring), patient and nurse report, and therapeutic drug monitoring. JAIDS, 2002. 30(3): p. 324-334.
66. Arnsten J, H., et al, Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: comparison of self-report and electronic monitoring. Clin Infect Dis, 2001 33(8): p. 1417-1423.
67. Melbourne, K.M., et al, Medication adherence in patient with HIV infection: a comparison of two measurement methods. AIDS Read, 1999. 9(5): p. 329-338.
68. Bakken, S., et al, Relationships between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS. AIDS patients care and STDS, 2000. 14(4): p. 189-197.
69. Haubrich, R.H., et al, The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. california collaborative treatment group. AIDS, 1999 13(9): p. 1099-1107.

70. Spire, B., et al, Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach Social Science and Medicine, 2002. 54: p. 1481-1496.
71. Nischal, K.C., Khopkar, U., and Saple, D. G., Improving adherence to antiretroviral therapy. Indian J Dermatol Venereal Leprol, 2005. 71(5): p. 316-320.
72. Sando, K., Adherence to antiretrovirals in HIV disease AIDS Read, 2000. 10(12): p. 709-717.
73. Viswanathan, H., Anderson, R., and Thomas, J., Evaluation of an antiretroviral medication attitude scale and relationships between medication attitudes and medication nonadherence. AIDS patients care and STDS, 2005. 19: p. 306-316.
74. Roberts, K.J., Mann, T., and Mann, T., Barriers to antiretroviral medication adherence in HIV-infected women. AIDS Care, 2000. 12(4): p. 377-386.
75. Carreri, M.P., et al, Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy: a 5-year follow-up analysis with correction for the bias induces by missing data in the treatment maintenance phase. JAIDS, 2006. 41(4): p. 477-485.
76. Moralejo, L., Ines, S., Marcos, M., Fuertes, A., and Luna, G., Factors influencing adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. Curr HIV Res, 2006. 4(2): p. 221-227.
77. อภิชาติ มงคล., และคณะ. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์, 2546. .
78. World Health Organization, Requirements for adverse reaction reporting. Geneva: WHO, 1975. Cited in ASHP Guidelines on adverse drugs reaction monitoring and reporting. Am J Health-Syst Pharm, 1995. 52 p. 417-419.
79. Bartlett, J.G., et al, Guidelines for the use of antiretroviral agent in HIV-1 infected adults and adolescents 2006. 2006, Available from: <http://AIDSinfonih.gov>. [25 June 2006].
80. Abel E, E.a., Factors that influence adherence to HIV medications: Perceptions of women and health care providers. JANAC, 2003. 14(4): p. 61-69.

81. Mocroft, A., et al, Reasons for stopping antiretrovirals used in an initial highly active antiretroviral regimen: increased incidence of stopping due to toxicity or patient/physician choice in patients with hepatitis C coinfection. AIDS Res Hum Retroviruses, 2005. 21(6): p. 527-536.
82. Ickovics, J.R., and Meisker, A.W. , Adherence in AIDS clinical trial: a framework for clinical research and clinical care. J Clin Epidemiol, 1997. 50(4): p. 385-391.
83. Byrne, M., Hinig, J., Jurgrau, A., Heffernan, S. M., and Donahue, M. C., Achieving adherence with antiretroviral medications for pediatric HIV disease. AIDS Read, 2002. 12(4): p. 151-164.
84. Glass, T.R., et al, Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy HIV-infected patients. JAIDS, 2006. 41(3): p. 385-392.
85. Servellen, G.V., and Lombardi, E., Supportive relationships and medication adherence in HIV-infected, low-income Latinos. West J Nurs Res, 2005. 27(8): p. 1023-1039.
86. Johnston, K., and Mann, T., Barriers to antiretroviral medication adherence in HIV-infected women. AIDS Care, 2000. 12(4): p. 377-386.
87. Russell, J.B., Krantz, S., and Neville, S., The patient -provider relationship and adherence to highly active antiretroviral therapy. J Assoc Nurses AIDS Care, 2004. 15(5): p. 490-47.
88. Schneider, J., Kaplan, S. H., Greenfield, S., Li, W., and Wilson, I. B., Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. JGIM, 2004. 19(1096-1103).
89. Glison, L., Palmer, N., and Schneider, H., Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. Soc Sci Med, 2005. 61(7): p. 1418-1429.
90. Arora, N.K., Ayanian, J. Z., and Guadagnoli, E., Examining the relationship of patients' attitudes and beliefs with their self-reported level of participation in medical decision-making. Med Care, 2005. 43(9): p. 865-872.
91. Smith, S.R., Rublein, J. C., Marcus, C., Brock, T. P., and Chesney, M. A. , A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. Patient Education and Counseling, 2003. 50: p. 187-199.

92. Dawson, B., and Trapp, R. G. , Statistical methods for multiple variables. Basic & clinical biostatistics. 4nd. Singapore:Mc Graw Hill. 2004.
93. Sherbourne, C.D., and Stewart, A. L., The MOS social support survey. Soc Sci Med, 1991. 32(6): p. 705-714.
94. ศุภทินี ตันพงศ์เจริญ. การให้ความรู้โดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
95. Rudd, P., et al, The natural history of medication complication in a drug trial: limitations of pill count. Clin Pharmacol Ther, 1989. 46: p. 169-176.
96. Kastrissios, H., et al, Characterizing patterns of drug-taking behavior with a multiple drug regimen in an AIDS clinical trial. AIDS, 1998. 12: p. 2295-2303.
97. Wutoh, A.K., et al, Treatment perceptions and attitudes of older human immunodeficiency virus-infected adults. Social and administrative pharmacy 2005. 1: p. 60-76.
98. Highstein, G.R., Willey, C., and Mundy, L. M., Development of stage of readiness and decisional balance instruments: tools to enhance clinical decision-making for adherence to antiretroviral therapy. AIDS Behav, 2006: p. Mar 22 [Epub ahead of print].
99. Safren, S.A., and et al, Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-Steps and medication monitoring. Behavior research and therapy, 2001. 39: p. 1151-1162.
100. Berger, B.A., Hudmon, K. S., and Liang, H. , Predicting treatment discontinuation among patients with multiple sclerosis: application of the transtheoretical model of change. J Am Pharm Assoc, 2004. 44(4): p. 445-454.
101. Rawlings, M.K., et al, Impact of an educational program on efficacy and adherence with a twice-daily lamivudine/zidovudine/abacavir regimen in underrepresented HIV-infected patients. AIDS, 2003 34(2): p. 174-183.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient or Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง	ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทฤษฎีไอเรทิกเคิล (Adherence of antiretroviral therapy in HIV-infected/AIDS patients: application of transtheoretical model)
ชื่อผู้วิจัย	ภญ. กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล
แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย	1. นพ. วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ 2. นพ. ณรงค์ เห็นประเสริฐแท้ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก 3. นพ. พิเชียร วุฒิสถิรภิญโญ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
หน่วยงานที่ทำการศึกษาวิจัย	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์ (สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง)	04-0771329

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยเรื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทฤษฎีไอเรทิกเคิล ก่อนที่ท่านจะได้ตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจำเป็นต้องเข้าใจความเสี่ยงและประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งสิ่งที่คาดหวังจากท่านในฐานะที่เป็นผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ ขั้นตอนนี้เป็น “กระบวนการให้คำยินยอม” ผู้วิจัยขอเรียนให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษานี้

ข้อมูลพื้นฐาน โรคเอดส์เป็นโรคซึ่งทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่องและเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย พบว่า ความสำเร็จของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด ซึ่งความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยสามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านโรคและยา ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรการแพทย์และผู้ป่วย

ขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาถึงระดับความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับระดับ

ชั้นการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจในการใช้ยาในผู้ป่วยไทย ทางผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเพื่อสร้างแนวทางที่เหมาะสมในการให้กิจกรรมเสนอแนะต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลทางสถิติของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของท่าน
2. ได้ข้อมูลของปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเภสัชกร และบุคลากรทางสาธารณสุขในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของท่านและผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์
3. ได้ข้อมูลของความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อเป็นข้อมูลในการเลือกกิจกรรมเสนอแนะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและระดับชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยโดยใช้แบบสอบถามสอบถามท่านถึงปัจจัยต่างๆ โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ในการพบกันครั้งที่ 1 หากท่านยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะได้ทำแบบสอบถามชุดที่ 1 และได้รับสมุดบันทึกเวลาการกินยาต้านไวรัสเอดส์เป็นเวลา 1 เดือน เมื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไปจะได้ทำแบบสอบถามชุดที่ 2 ส่วนข้อมูลทั่วไปของท่านนั้นผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ท่านอาจไม่ต้องตอบคำถามทุกข้อในแบบสอบถาม ถ้าท่านรู้สึกไม่สบายใจในการตอบ และท่านสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการรักษาใดๆ ที่ท่านกำลังได้รับอยู่

การรักษาความลับของบันทึกทางการแพทย์และข้อมูลการศึกษาวิจัย การเข้าถึงข้อมูลจะทำได้เฉพาะผู้วิจัย และจะระมัดระวังไม่ให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูล รวมทั้งเมื่อการวิจัยสิ้นสุดข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจะถูกทำลาย

การเปิดเผยข้อมูลการศึกษาวิจัย ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและข้อมูล ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถระบุหรือบ่งชี้ถึงท่านได้

การสอบถามข้อสงสัย

หากมีข้อสงสัยในการวิจัยสามารถสอบถามได้จาก ภญ. กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล โทร. 04-0771429

การให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจะอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะถือว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมในการวิจัยครั้งนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

code.....

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

เพศ ชาย หญิง วันเกิด อายุ ปี น้ำหนักแรกจับ.....กก.

ประวัติการแพ้ยา.....

2. ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี

เคยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมีอาการดังนี้ ไม่เคยเป็น ไม่มีประวัติ เชื้อราในปาก ไข้เรื้อรัง อุดจากระวงเรื้อรัง ปอดอักเสบ PCP ผื่นผิวหนังอักเสบเรื้อรัง วัณโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบ งูสวัด เริม อื่นๆ.....

ระยะการติดเชื้อเอชไอวีก่อนกินยาต้านไวรัส ประเมินระดับความรุนแรงในการติดเชื้อ

 Asymptomatic HIV symptomatic HIV AIDSCD4 ก่อนกินยาต้านไวรัส..... cell/mm³ วันที่วัด.....

3. ข้อมูลการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

วันที่เริ่มยา.....สูตรยาเริ่มต้น เริ่มด้วยสูตร.....

 GPO-vir S30 GPO-vir S40 อื่นๆ

สถานการณ์การใ้ยาในปัจจุบัน

 กินยาต้านไวรัสเอดส์สูตรเดิม ได้รับคำสั่งหยุดยาชั่วคราว วันที่.....เนื่องจาก วันที่เริ่มยาใหม่..... เปลี่ยนสูตรยา

วันที่เปลี่ยน(ครั้งที่1).....สูตรยาที่เปลี่ยน.....สาเหตุ.....

วันที่เปลี่ยน(ครั้งที่2).....สูตรยาที่เปลี่ยน.....สาเหตุ.....

วันที่เปลี่ยน(ครั้งที่3).....สูตรยาที่เปลี่ยน.....สาเหตุ.....

● ระยะเวลาการใ้ยาต้านไวรัสเอดส์จนถึงปัจจุบัน.....เดือนปี

ปัจจุบันใ้ยาสูตร GPO-vir d4T+3TC+EFV d4T+3TC+(indinavir+ritonavir) อื่นๆ.....

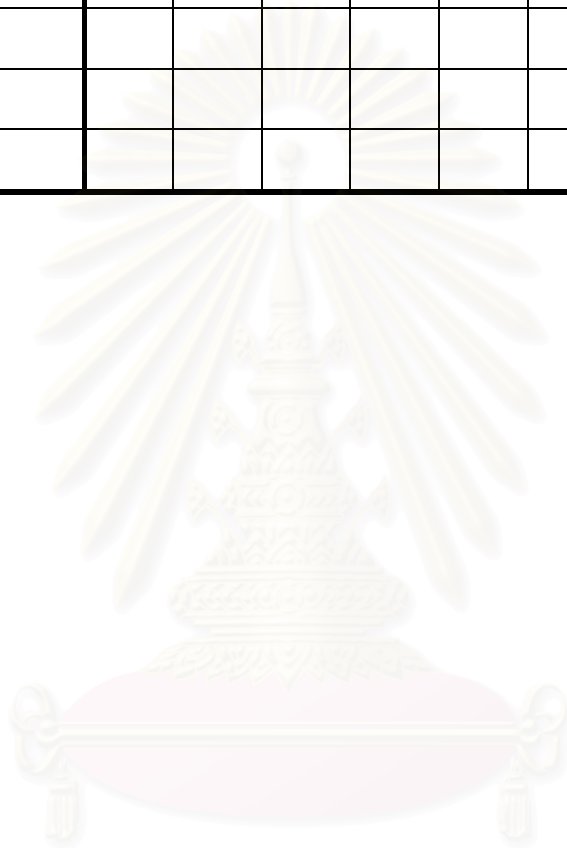
4. ข้อมูลการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

4.1 การใช้ยาในปัจจุบัน

เดือน												
น.น.												
CD4 / %CD4												
ALT(SGPT)												
AST(SGOT)												
ขนาดยา												
เดือน												
น.น.												
CD4 / %CD4												
ALT(SGPT)												
AST(SGOT)												
ขนาดยา												
เดือน												
น.น.												
CD4 / %CD4												
ALT(SGPT)												
AST(SGOT)												
ขนาดยา												

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่	ค่าปกติ									
BUN										
Scr										
TC										
LDL										
HDL										
TG										
glucose										



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามชุดที่ 1

ลำดับที่.....

เรื่อง: ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์: การประยุกต์ใช้
ทฤษฎีทรานสทีโอเรทิเคิล

- หมายเหตุ: 1. ข้อมูลที่ท่านตอบต่อไปนี้จะไม่มีการเก็บใดๆ ต่อการรักษาที่ท่านกำลังได้รับ
2. ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และถูกนำเสนอในแบบภาพรวมเท่านั้น ไม่สามารถระบุหรือบ่งชี้ถึงตัวท่านได้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

1. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. สมรส	<input type="checkbox"/> 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
---------------------------------	----------------------------------	---
2. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> 1. ประถม	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3. อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> 4. ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 5. สูงกว่าปริญญาตรี	
3. ในปัจจุบันท่านทำงานหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ทำ (หากท่านไม่ทำงานให้ข้ามคำถามข้อ 4 ไปตอบข้อ 5 เลย)	<input type="checkbox"/> 2. ทำ
---	--------------------------------
4. ท่านคิดว่า งานของท่านในแต่ละวันต้องติดต่อกับผู้คนมากหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่จำเป็นต้องติดต่อกับผู้คนเลย	<input type="checkbox"/> 2. ติดต่อกับผู้คนน้อยมาก	<input type="checkbox"/> 3. ต้องติดต่อกับผู้คนบ่อย
<input type="checkbox"/> 4. ต้องติดต่อกับผู้คนบ่อยมาก	<input type="checkbox"/> 5. ต้องติดต่อกับผู้คนตลอดเวลา	
5. สถานะการเงินของท่านเป็นอย่างไร

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้	<input type="checkbox"/> 2. มีรายได้ แต่ขัดสน	<input type="checkbox"/> 3. มีรายได้พอดีใช้ (ไม่เหลือเก็บ)
<input type="checkbox"/> 4. มีรายได้เหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> 5. จัดอยู่ในฐานะดีมาก	
6. ในปัจจุบันพฤติกรรมการดื่มสุราของท่าน เป็นอย่างไร

<input type="checkbox"/> 1. ดื่มเป็นประจำ _____ ครั้ง/สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 2. ดื่บบ้างเป็นบางครั้ง (ดื่มประมาณ 1-2 ครั้ง/เดือน)
<input type="checkbox"/> 3. นานๆ ดื่มที	<input type="checkbox"/> 4. เคยดื่มในอดีต แต่ปัจจุบันเลิกแล้วเป็นเวลา _____ ปี
<input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยดื่มเลย	
7. ในปัจจุบันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของท่าน เป็นอย่างไร

<input type="checkbox"/> 1. สูบเป็นประจำ _____ มวน/วัน	<input type="checkbox"/> 2. สูบบ้างเป็นบางครั้ง (2-3 วันสูบที)
<input type="checkbox"/> 3. นานๆ สูบที	<input type="checkbox"/> 4. เคยสูบในอดีต แต่ปัจจุบันเลิกแล้วเป็นเวลา _____ ปี
<input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยสูบเลย	
8. ในอดีตท่านเคยใช้ยาเสพติดอื่นอีกหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยใช้ (หากไม่เคยใช้ยาเสพติดอื่นๆ ให้ข้ามไปตอบส่วนที่ 2)	
<input type="checkbox"/> 2. เคยใช้ (ตอบคำถามต่อไปในข้อ 9 และ 10 โดยเรียงลำดับชนิดยาเสพติดตามที่เขียนในข้อนี้)	
-เคยใช้มากที่สุดลำดับ 1 ได้แก่ _____	
-เคยใช้มากเป็นลำดับ 2 ได้แก่ _____ - อื่นๆ ได้แก่ _____	

9. ในปัจจุบันพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดลำดับที่ 1 ของท่าน เป็นอย่างไร

1. ยังใช้เป็นประจำ _____ ครั้ง/สัปดาห์ 2. ใช้บ้างเป็นครั้งคราว
3. นานๆ ใช้ที 4. เคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว _____ ปี

10. ในปัจจุบันพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดลำดับที่ 2 ของท่าน เป็นอย่างไร

1. ยังใช้เป็นประจำ _____ ครั้ง/สัปดาห์ 2. ใช้บ้างเป็นครั้งคราว
3. นานๆ ใช้ที 4. เคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว _____ ปี

ส่วนที่ 2: ความคิดเห็นในเรื่องการกินยาต้านไวรัสเอดส์

ให้กาเครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ฉันเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้.....	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ช่วยให้ร่างกายของฉันแข็งแรงขึ้น					
2. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ช่วยให้ฉันมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น					
3. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมโรคเอดส์ได้ดี					
4. ฉันรู้สึกว่า การกินยาต้านไวรัสเอดส์ส่งผลดีต่อฉันมากกว่าการไม่ได้ใช้ยา					
5. การกินยาต้านไวรัสเอดส์มีส่วนช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย จึงลดโอกาสเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ					
6. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ทำให้ฉันรู้สึกตัวอยู่เสมอว่าตัวเองติดเชื้อเอดส์					
7. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ สม่ำเสมอ อาจเป็นอันตรายแก่ร่างกายฉัน					
8. การกินยาต้านไวรัสเอดส์สร้างความลำบากต่อการใช้ชีวิตประจำวันของฉัน					
9. อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่เกิดขึ้น ทำให้ฉันสงสัยว่า ถ้า หยุด ยาต้านไวรัสเอดส์จะทำให้สุขภาพของฉันดีขึ้น					
10. ฉันกังวลว่า การกินยาต้านไวรัสเอดส์จะทำให้คนรอบตัวฉันรู้ว่า ฉันเป็นโรคเอดส์					

ส่วนที่ 3: ความมั่นใจในกินยาต้านไวรัสเอดส์

ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความมั่นใจในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของท่านต่อ
สถานการณ์ต่อไปนี้

1. ฉันมั่นใจว่าจะกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ <u>ครบทุกมื้อ</u> <u>และตรงเวลา</u> ตามที่แพทย์สั่ง ในสถานการณ์ ต่อไปนี้...	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. เมื่ออยู่ที่บ้าน					
2. เมื่อต้องกินยาโดยไม่มีเครื่องช่วยเตือนความจำ เช่น นาฬิกาช่วยจำ หรือตารางเวลาช่วยจำ					
3. ขณะอยู่ที่ทำงาน					
4. ในวันหยุดงาน หรือวันหยุดสุดสัปดาห์					
5. เมื่อยาทำให้เกิดอาการข้างเคียงเล็กน้อย					
6. เมื่อฉันรู้สึกว่าคุณภาพแข็งแรงดี					
7. ขณะอยู่ในที่ประชุม หรือท่ามกลางกลุ่มคนที่รู้จักฉัน					
8. เมื่อไม่มีใครช่วยเตือนฉันว่าถึงเวลาต้องกินยาแล้ว					
9. เมื่อมีแขกมาเยี่ยมที่บ้าน					
10. ในขณะที่ฉันอารมณ์ไม่ปกติ เช่น หลังจากทะเลาะกับ เพื่อน หรือคนที่ฉันรัก					
11. เมื่อฉันรู้สึกคลื่นไส้เล็กน้อย					
12. ขณะที่ฉันกำลังทำงานยุ่ง					
13. เมื่อฉันรู้สึกป่วยหนัก					
14. เมื่อฉันรู้สึกเศร้ามาก					
15. ในขณะที่คนแปลกหน้าจ้องมองฉันอยู่ เช่น ในร้านอาหาร					
16. ขณะอยู่ในงานเลี้ยง					
17. ในขณะที่ต้องเดินทางเป็นเวลานาน					
18. เมื่อต้องกินยาต่อหน้าคนที่ฉันรู้ว่า ฉันเป็นเอดส์					
19. เมื่อกิจวัตรประจำวันของฉันถูกรบกวน					
II. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ <u>ตรง</u> <u>เวลาทุกมื้อ</u> ตามที่แพทย์สั่ง <u>ตลอดระยะเวลาต่อไปนี้</u>	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. ใน 7 วันข้างหน้า					
2. ใน 30 วันข้างหน้า					
3. ใน 6 เดือนข้างหน้า					

III. ฉันมั่นใจว่า...	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ฉันกล้ามาพบแพทย์เพื่อขอรับยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มก่อนที่จะหมด ถึงจะไม่ใช่วันนัดก็ตาม					
2. ฉันกล้าถามคำถามเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์กับเภสัชกร แม้เภสัชกรจะมีงานยุ่ง					
3. ฉันหาคนรับ-ส่งมาโรงพยาบาลได้ เมื่อฉันป่วยจนไม่สามารถมาได้ด้วยตัวเอง					

ส่วนที่ 4: การกินยาต้านไวรัสเอดส์

ให้กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด คำถามต่อไปนี้จะถามถึงการพฤติกรรมการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินว่าอยู่ในระดับใด

1. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ให้ ครบทุกมื้อและตรงเวลา ตามที่แพทย์สั่ง เป็นพฤติกรรมที่...	ไม่ใช่อย่างยิ่ง	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	ใช่	ใช่อย่างยิ่ง
1. ฉันทำได้ทุกวัน					
2. ฉันทำโดยไม่ต้องเตือนตัวเอง					
3. ฉันทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายาม					
4. ถ้าลืมกินยา ฉันจะรู้สึกกังวล					
5. ฉันต้องใช้นาฬิกา หรือสัญญาณบอกเวลา เพื่อไม่ให้ลืมกินยา					
6. การกินยาเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันของฉัน					
7. ฉันพบว่า มันเป็นเรื่องยากที่จะลืมกินยา					
8. ถ้าไม่กินยาทุกมื้อให้ตรงเวลา ฉันจะรู้สึกกังวลใจ					

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมและความคิดเห็นต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ท่านคิดว่าข้อใดเป็นพฤติกรรมและความคิดเห็นของท่านต่อการกินยาต้านไวรัสเอดส์มากที่สุด

1. ฉันไม่ค่อยกินยาต้านไวรัสเอดส์และยังกินยาไม่ตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง เพราะคิดว่าไม่ใช่เรื่องสำคัญที่สุดต่อการรักษาโรคเอดส์ของฉัน
2. ฉันยังลืมกินยาต้านไวรัสเอดส์ในบางครั้ง และกินยาไม่ตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง แต่คิดว่าการกินยาครบทุกมื้อและตรงเวลาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดต่อการรักษาโรคเอดส์ของฉัน
3. แม้ตอนนี้ฉันยังไม่สามารถกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ครบทุกมื้อและตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง แต่ฉันตั้งใจที่จะทำมันให้ได้
4. ฉันสามารถกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ครบทุกมื้อและตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

2. ภายใน 3 เดือนนี้ คุณเคยลืมกินยาต้านไวรัสเอดส์ หรือ กินยาไม่ตรงเวลาหรือไม่

เคย

ไม่เคย

*** ถ้าคุณกินยาต้านไวรัสเอดส์ยังไม่ถึง 6 เดือน ไม่ต้องทำข้อต่อไป ***

3. ภายใน 6 เดือนนี้ คุณเคยลืมกินยาต้านไวรัสเอดส์ หรือ กินยาไม่ตรงเวลาหรือไม่

เคย

ไม่เคย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6

แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

1. คุณเคยสัมผัสรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่

เคย ไม่เคย
2. คุณละเลยเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ใช่หรือไม่ (เช่น ไม่รับประทานยาตามเวลาที่ระบุไว้)

ใช่ ไม่ใช่
3. ในบางครั้งที่คุณรู้สึกมีอาการแสบ คุณจะไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ใช่หรือไม่

ใช่ ไม่ใช่
4. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณคิดว่าคุณสัมผัสรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์บ่อยแค่ไหน

1 – 2 ครั้ง 3 – 5 ครั้ง 6 – 10 ครั้ง

มากกว่า 10 ครั้ง ไม่เคยสัมผัสเลย
5. ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณสัมผัสรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่

ใช่ ไม่ใช่
6. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามแพทย์สั่งจำนวนกี่วัน

1 – 2 วัน 3 – 5 วัน 6 – 10 วัน

มากกว่า 10 วัน ไม่เคยสัมผัสเลย

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามชุดที่ 2

ลำดับที่.....

เรื่อง: ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์: การประยุกต์ใช้
ทฤษฎีทรานสทีโอเรทีเคิล

- หมายเหตุ: 1. ข้อมูลที่ท่านตอบต่อไปนี้จะไม่มีการทบทวนใดๆต่อการรักษาที่ท่านกำลังได้รับ
2. ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยชื่อ ข้อมูลของท่าน
จะถูกนำเสนอในรูปแบบภาพรวมเท่านั้น ไม่สามารถระบุหรือบ่งชี้ถึงตัวผู้ตอบแต่
ละรายได้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะจิตใจ

1. ให้กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด ข้อความต่อไปนี้จะถามถึง
ประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบันนี้ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมิน
เหตุการณ์ อากาาร ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใดแล้ว

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1. ฉันรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2. ฉันรู้สึกสบายใจ				
3. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินการดำเนินชีวิตประจำวัน				
4. ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
5. ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีแต่ความทุกข์				
6. ฉันสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมี ปัญหา)				
7. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขัน หรือร้ายแรงเกิดขึ้น				
8. ฉันมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
9. ฉันรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10. ฉันรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11. ฉันให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
12. ฉันรู้สึกภูมิใจในตัวเอง				
13. ฉันรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว				
14. หากฉันป่วยหนัก ฉันเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลฉันเป็นอย่างดี				
15. สมาชิกในครอบครัวของฉันมีความรักและผูกพันต่อกัน				

2. อารมณ์ความรู้สึกของท่านวันนี้เป็นอย่างไร _____ คะแนน

ให้ท่านให้คะแนนตัวเองในหัวข้อนี้ โดยเลือกคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10

โดยคะแนนต่ำสุดคือ 0 =วันนี้รู้สึกแย่มากๆ และ คะแนนสูงสุดคือ 10 = วันนี้รู้สึกดีมาก

ส่วนที่ 2: แรงสนับสนุนของคนรอบตัวของท่าน

2.1 ให้กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด คำถามต่อไปนี้จะเป็นการถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากคนรอบตัวของท่าน ให้ท่านสำรวจคนรอบตัวของตนเอง และประเมิน

ฉันมี <u>คนใกล้ชิด</u> ที่สามารถ...	ไม่มีเลย	มีน้อย ครั้ง	มี บางครั้ง	มี บ่อยครั้ง	มีทุกครั้ง ที่ ต้องการ
1. ช่วยเหลือฉัน เมื่อฉันนอนป่วยบนเตียงเคลื่อนไหวไม่ได้					
2. ช่วยพาฉันมาพบแพทย์					
3. จัดเตรียมอาหารให้ฉัน					
4. ช่วยทำงานบางอย่างแทนฉัน					
5. แสดงความรักและความรู้สึกที่ดีกับฉัน					
6. ปลอบใจฉัน					
7. รักฉัน					
8. อยู่ด้วยแล้วฉันสนุกสนาน					
9. ทำกิจกรรมสนุกสนานร่วมกัน					
10. รับฟังฉัน					
11. ใจกว้างใจ					
12. รับฟังปัญหาของฉัน					
13. เข้าใจปัญหาของฉัน					
14. ให้คำแนะนำที่ดี					
15. ให้ข้อมูลแก่ฉัน					
16. ให้คำแนะนำในเรื่องที่ฉันต้องการ					
17. ไปหาเมื่อต้องการข้อเสนอแนะ					

2.2 บุคคลที่คอยให้กำลังใจในการรักษาโรคของตัวท่านมากที่สุด คือใคร

1. คนในครอบครัว (พ่อ/แม่/คู่สมรส/ลูก/พี่น้อง) 2. ญาติ
 3. เพื่อนสนิท 4. ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน 5. อื่น.....

ส่วนที่ 3: ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับท่าน

3.1. ให้กาเครื่องหมาย ✓ เพื่อแสดงว่าท่านมีความคิดเห็นกับข้อความต่อไปนี้มาก-น้อยเพียงใด
ข้อความส่วนนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์ (ได้แก่ แพทย์
เภสัชกร และพยาบาล) ที่ให้การดูแลรักษาโรคเอดส์ของท่าน

I. ฉันรู้สึกว่าคุณบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษาฉัน...	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. รับฟังปัญหาของฉัน					
2. ดูแลเอาใจใส่ฉัน					
3. ตอบคำถามที่ฉันสงสัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ และยาต้านไวรัสเอดส์					
4. ให้ความล่าช้ากับฉันอย่างเพียงพอตามที่ต้องการ					
5. ให้ฉันมีส่วนร่วมกับการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาโรคเอดส์ และยาที่ใช้ในการรักษา					
6. ยอมรับต่อการตัดสินใจของฉัน					
7. ช่วยจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากโรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์					
8. ให้ฉันมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง					
9. คอยช่วยเหลือฉัน เมื่อมีปัญหาในเรื่องการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์					
10. ยอมรับในตัวฉันแม้ฉันจะติดเชื้อเอชไอวี					
11. ให้ฉันพบเมื่อฉันต้องการ					
12. สนับสนุนการตัดสินใจของฉัน					
13. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ที่ฉันต้องการอย่างเพียงพอ					
II. ฉันรู้สึกสะดวกใจในการบอกความลับ และขอคำปรึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์ จาก...	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. แพทย์					
2. เภสัชกร					
3. พยาบาล					
III. ฉันเชื่อมั่นในความรู้และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องโรคเอดส์ และการรักษา					
IV. ฉันเคยตอบไม่ตรงกับความจริง เมื่อถูกถามเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์					
V. ฉันเชื่อว่า ปัจจุบันนี้ฉันกำลังได้รับการรักษาโรคเอดส์ที่ถูกต้องและเหมาะสม					

3.2. ท่านรู้สึกต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลท่านอย่างไร _____ คะแนน

ให้ท่านให้คะแนนตัวเองในหัวข้อนี้ โดยเลือกคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10

โดยคะแนนต่ำสุดคือ 0 = รู้สึกแย่มากๆ และ คะแนนสูงสุดคือ 10 = รู้สึกดีมาก

ส่วนที่ 4: ความรู้ทั่วไป

4.1. คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเพื่อประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์ และความเข้าใจเรื่องยา เมื่อท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้ว หากท่านแน่ใจว่าข้อความนั้นถูกให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ถูก หากท่านแน่ใจว่าข้อความนั้นผิดให้กาเครื่องหมาย X ในช่อง ผิด หากท่านไม่แน่ใจในความถูก-ผิดของข้อความนั้นให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ไม่แน่ใจ

คำถาม	ถูก	ผิด	ไม่แน่ใจ
1. โรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี			
2. โรคเอดส์สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์เท่านั้น			
3. โรคเอดส์ติดต่อกันได้ทางเลือด			
4. โรคเอดส์ไม่สามารถติดต่อ จากแม่ไปสู่ลูก			
5. โรคเอดส์สามารถรักษาให้หายขาดได้			
6. ค่าซีดีโฟร์ (CD4) เป็นค่าที่บ่งบอกให้ทราบถึงภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อโรคติดเชื้ออื่นๆ			
7. ถ้าค่าซีดีโฟร์สูงขึ้นจะลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรืออาการแทรกซ้อนอื่นๆ			
8. การมีค่าซีดีโฟร์น้อยกว่า 200 เซลล์/มม. ³ บ่งบอกว่าร่างกายแข็งแรง			
9. โรคเอดส์สามารถทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินระว่างเร็วจริงได้			
10. โรควัณโรคปอดสามารถเกิดขึ้นกับใครก็ได้แม้จะมีค่าซีดีโฟร์มากกว่า 200 เซลล์/มม. ³			
11. ถ้าคุณมีภูมิคุ้มกันลดลงมากๆ อาจทำให้เกิดโรคเชื้อราในช่องปากได้			
12. ยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ช่วยทำให้เชื้อไวรัสเอดส์ในเลือดลดจำนวนลง			
13. หากกินยาต้านไวรัสเอดส์แล้วมี อาการคลื่นไส้ อาเจียนแม้เล็กน้อย ควรหยุดยาทันที			
14. หากกินยาต้านไวรัสเอดส์แล้วมี ภาวะฉุกเฉินระว่างน้อยกว่า 3 ครั้งต่อวัน ควรหยุดยาทันที			
15. ยาจีพีโอเวียร์ (GPO-vir) สามารถทำให้เกิดอาการแถมตอบได้			
16. หากกินยาต้านไวรัสเอดส์แล้วมี อาการผื่นแดงบนและมือมีอาการคันเล็กน้อย ควรหยุดยาทันที			
17. คุณสามารถหยุดใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้หากมีอาการดีขึ้น			
18. คุณต้องกินยาต้านไวรัสเอดส์ให้ ครบทุกมื้อ ตามที่แพทย์สั่ง			
19. คุณไม่จำเป็นต้องกินยาต้านไวรัสเอดส์ให้ ตรงเวลา ตามที่แพทย์สั่ง			
20. การกินยารักษาโรคเอดส์ไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้เกิดการดื้อยาได้			
21. การกินยาต้านไวรัสเอดส์มีความจำเป็นสำหรับการรักษาโรคเอดส์ของคุณ			
22. หากเกิดการดื้อยาด้านไวรัสเอดส์สูตรแรก คุณจะมีโอกาสที่จะเกิดการดื้อยาด้านไวรัสเอดส์สูตรที่เปลี่ยนใหม่เพิ่มมากขึ้น			

4.2. โดยรวมท่านคิดว่า ท่านมีความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัสเอดส์ระดับใด _____ คะแนน

ให้ท่านให้คะแนนตัวเองในหัวข้อนี้ โดยเลือกคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10

เมื่อคะแนนต่ำสุดคือ 0 = ท่านไม่มีความรู้เลย และคะแนนสูงสุดคือ 10 = ท่านมีความรู้ดีมาก

ภาคผนวก จ

แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคเอดส์

การจำแนกระยะการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้เกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคและป้องกันโรค (Centers for disease Control and Prevention: CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- A: Asymptomatic HIV หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ หรือ อาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- B: Symptomatic HIV หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ หรือ อาการแสดง 1 ใน 11 ดังต่อไปนี้
 1. ติดเชื้อรา Candida ในช่องปาก (oropharyngeal candidiasis) หรือติดเชื้อราในช่องคลอดหรือในช่องคลอด (vulvovaginal candidiasis) ตลอดเวลา หรือบ่อยๆ หรือรักษาไม่ค่อยหาย หรือเกิด hairy leukoplakia ในปาก
 2. เป็นโรคงูสวัด (herpes zoster) มากกว่า 1 dermatome หรืออย่างน้อย 2 ครั้ง
 3. มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system dysfunction)
 4. อูจจาระร่วงเป็นเวลานานกว่า 1 เดือน
 5. มีไข้เป็นเวลานานมากกว่า 1 เดือน
 6. น้ำหนักลดมากกว่า 10 % ของน้ำหนักตัว หรือผอมชူးจากการขาดอาหาร (cachexia)
 7. อ่อนเพลีย หรือการขาดกำลัง (asthenia) เป็นเวลานานมากกว่า 1 เดือน
 8. ผิวหนังอักเสบเรื้อรังนานมากกว่า 1 เดือน
 9. มีภาวะโลหิตจาง (anemia) เม็ดเลือดขาวต่ำ (lymphopenia) เกร็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia)
 10. มีอาการไอเรื้อรัง หรือเป็นปอดบวมมากกว่า 2 เดือน ยกเว้นวัณโรค
 11. ต่อม้ำเหลืองบริเวณนอกขาหนีบโต ขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร อย่างน้อย 2 ที่ เป็นเวลามากกว่า 1 เดือน
- C: AIDS หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็ง 1 หรือ 25 โรค ดังต่อไปนี้
 1. เป็นโรคเชื้อราจาก candida บริเวณหลอดอาหาร หลอดลม หรือ ปอด
 2. มะเร็งปากมดลูกชนิดรุกราน (invasive cervical cancer)

3. Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอด ต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
4. ติดเชื้อรา Cryptococcosis นอกปอด
5. มีอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน จาก Cryptosporidiosis
6. โรคติดเชื้อไวรัสจาก Cytomegalovirus (CMV) ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง
7. จอตาอักเสบจาก CMV (CMV retinitis) และสูญเสียการมองเห็น
8. สมองอักเสบจากเชื้อเอชไอวี (HIV encephalopathy)
9. เป็นโรคเริม (herpes simplex virus; HSV) นานเกิน 1 เดือน หรือหลอดลม อักเสบ ปอดบวม หรือหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อเริม
10. ติดเชื้อ Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายหรือนอกปอด
11. Isosporiasis และมีอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
12. Kaposi's sarcoma
13. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Burkitt หรือเทียบเท่า (Burkett's lymphoma)
14. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด immunoblastic หรือเทียบเท่า (Immunoblastic lymphoma)
15. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดที่มีต้นกำเนิดในสมอง
16. *Mycobacterium avium complex* หรือ *M. kansasii*
17. ติดเชื้อ Mycobacterium สายพันธุ์อื่นๆ ชนิดแพร่กระจาย หรือนอกปอด (disseminated or extrapulmonary)
18. ติดเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ทั้งใน และนอกปอด
19. Pneumonia recurrent (bacteria) มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี
20. *Pneumocystis carinii pneumonia*
21. *Penicillium marneffei*
22. Progressive multifocal leukoencephalopathy
23. ติดเชื้อในเลือดจาก Salmonella ซ้ำ
24. ติดเชื้อ Toxoplasmosis ในสมอง
25. ภาวะผอมแห้ง (wasting syndrome, emaciation, slim disease) จากไวรัส

ภาคผนวก ฉ
สมุดบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ส่วนปก



หน้าที 1

สมุดบันทึกเวลาการรับประทานยา

ผู้บันทึก.....
เดือน.....

ยาที่รับประทาน

1. ชื่อยา..... เริ่มต้น.....เม็ด เหลือ.....เม็ด
2. ชื่อยา..... เริ่มต้น.....เม็ด เหลือ.....เม็ด
3. ชื่อยา..... เริ่มต้น.....เม็ด เหลือ.....เม็ด
4. ชื่อยา..... เริ่มต้น.....เม็ด เหลือ.....เม็ด
- ชื่อยา..... เริ่มต้น.....เม็ด เหลือ.....เม็ด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างตารางที่ใช้ในการลงบันทึกเวลาการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

สัปดาห์ที่ 1 วันที่.....ถึงวันที่.....

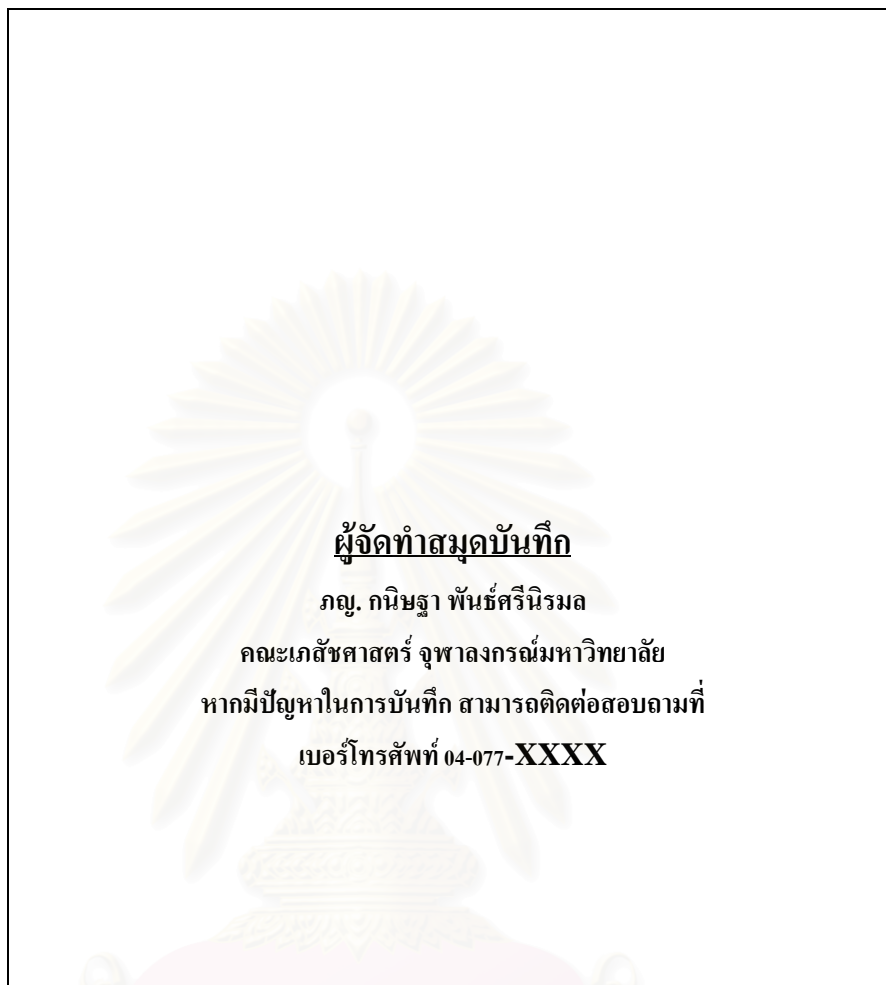
มือ	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
มือที่ 1							
มือที่ 2							
มือที่ 3							
มือที่ 4							

สัปดาห์ที่ 2 วันที่.....ถึงวันที่.....

มือ	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
มือที่ 1							
มือที่ 2							
มือที่ 3							
มือที่ 4							

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนปกหลัง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ช

การคิดคะแนนจากแบบประเมินความร่วมมือ

แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม โดยมี 4 ข้อคำถาม เป็นคำถามเชิงคุณภาพ มีคำตอบ คือ ใช่ / ไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3 และ 5 และ 2 ข้อคำถาม เป็นคำถามเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อ 4 และ ข้อ 6 โดยจากการศึกษา GEEMA พบว่า ในแต่ละข้อคำถามมีค่าความสัมพันธ์กับความล้มเหลวของการรักษาทางคลินิก (แสดงโดยค่าปริมาณไวรัสที่ลดลงในระดับที่ไม่สามารถตรวจวัดได้) แตกต่างกัน แสดงด้วยค่า Odd Ratio (OR) ดังนี้

ข้อที่	คำถาม	OR
1	เคยลิ้มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่	2.1
2	ละเลยเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ใช่หรือไม่	2.4
3	บางครั้งที่คุณรู้สึกมีอาการแย่ลง คุณจะหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์	2.1
4	ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณคิดว่าคุณลิ้มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์บ่อยแค่ไหน	1.6
	1. 1 – 2 ครั้ง	2.8
	2. 3 – 5 ครั้ง	6.3
	3. 6 – 10 ครั้ง	9.5
	4. > 10 ครั้ง	Ref
	5. ไม่เคยลิ้มเลย	
5	ช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณลิ้มรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่	2.5
6	ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามแพทย์สั่งจำนวนกี่วัน	2.9

- การคิดคะแนนจะอ้างอิงค่า OR ในแต่ละคำถาม คิดเป็น weighted scores ดังนี้

1. คำถามเชิงคุณภาพ ข้อ 1, 2, 3 และ 5

กรณีตอบ “ใช่” มีคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน

กรณีตอบ “ไม่ใช่” มีคะแนน เท่ากับ 0 คะแนน

2. คำถามเชิงปริมาณ

ข้อ 4 กรณีตอบ “1 -2, 3 – 5, 6 – 10 และ > 10 ครั้ง” มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

กรณีตอบ “ไม่เคยลิ้ม” มีคะแนน เท่ากับ 0 คะแนน

ข้อ 6 กรณีตอบ “ > 2 วัน” มีคะแนน เท่ากับ 1 คะแนน

กรณีตอบ “ < 2 วัน” มีคะแนน เท่ากับ 0 คะแนน

3. นำคะแนนของแต่ละข้อคำถามมาคูณกับค่า OR ของแต่ละคำถาม ได้เป็น weighted scores
4. นำ weighted score ของแต่ละคำถามมารวมกัน เป็น Total weighted scores
5. นำ Total weighted scores หาดด้วยผลรวมของค่า OR ของทุกข้อคำถาม

$$\text{Total OR} = 2.1 + 2.4 + 2.1 + 1.6 + 2.8 + 6.3 + 9.5 + 2.5 + 2.9 = 32.2$$
6. เทียบคะแนนที่ได้เป็นร้อยละ ซึ่งคะแนนที่ได้เป็น คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
7. นำร้อยละความไม่ร่วมมือลบด้วย 100 จะได้เป็นร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

- ตัวอย่างการคิดคะแนน

ผู้ป่วยตอบคำถามทั้ง 6 ข้อ ดังนี้

ข้อ	คำตอบ	คะแนน	weighted scores
1	ใช่	1	$1 \times 2.1 = 2.1$
2	ใช่	1	$1 \times 2.4 = 2.4$
3	ไม่ใช่	0	0
4	ไม่เคยดื่มเลย	0	0
5	ไม่ใช่	0	0
6	< 2 วัน	0	0
Total weighted scores			4.5
คะแนนความไม่ร่วมมือ			$4.5/32.2 = 0.140$
ร้อยละความไม่ร่วมมือ			$0.140 \times 100 = 14$
ร้อยละความร่วมมือ			$100 - 14 = 86$

ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ร้อยละ 86

ภาคผนวก ช

อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ [79]

Adverse effects	Causative ARVs	Onset/clinical manifestation	Estimated frequency	Risk Factors	Prevention/ monitoring	Management
POTENTIALLY LIFE-THREATENING ADVERSE EFFECTS (Listed in alphabetical order)						
Hepatic Events (nevirapine-associated symptomatic events, including hepatic necrosis)	NVP	<p><u>Onset:</u> Greatest risk within 1st few weeks of therapy; can occur through 18 weeks</p> <p><u>Symptoms:</u> Abrupt onset of flu-like symptoms (nausea, vomiting, myalgia, fatigue), abdominal pain, jaundice, or fever with or without skin rash; may progress to fulminant hepatic failure with encephalopathy</p> <p>Approximately 1/2 of the cases have accompanying skin rash</p> <p>Some may present as part of DRESS syndrome (drug rash with eosinophilia and systemic symptoms)</p>	<p><u>Symptomatic hepatic events:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 4% overall (2.5%-11% from different trials) • In women - 11% in those w/ pre-NVP CD4 >250 cells/mm³ vs. 0.9% w/ CD4 <250 cells/mm³. • In men - 6.3% w/ pre-NVP CD4 >400 cells/mm³ vs. 2.3% w/ CD4 <400 cells/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> • Higher CD4 T cell count at initiation (>250 cells/mm³ in women & >400 cells/mm³ in men) • Female gender (including pregnant women) • Elevated ALT or AST at baseline; • HBV and/or HCV co-infection; • Alcoholic liver disease • HIV (-) individuals when NVP is used for post-exposure prophylaxis • High NVP concentration 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoid initiation of NVP in women w/ CD4 >250 cells/mm³ or men w/ CD4 >400 cells/mm³ unless the benefit clearly outweighs the risk • Counsel pts re: signs & symptoms of hepatitis; stop NVP & seek medical attention if signs & symptoms of hepatitis, severe skin rash, or hypersensitivity reactions appear • Monitoring of ALT & AST (every 2 weeks x 1st month, then monthly x 3 months, then every 3 months) • Obtain AST & ALT in patients with rash • 2-week dose escalation may reduce incidence of hepatic events 	<ul style="list-style-type: none"> • Discontinue ARV including nevirapine (caution should be taken in discontinuation of 3TC, FTC, or TDF in HBV co-infected patients) • Discontinue all other hepatotoxic agents if possible • Rule out other causes of hepatitis • Aggressive supportive care as indicated <p>Note: Hepatic injury may progress despite treatment discontinuation. Careful monitoring should continue until symptom resolution.</p> <p>Do not rechallenge patient with NVP</p> <p>The safety of other NNRTIs (EFV or DLV) in patients who experienced significant hepatic event from NVP is unknown – use with caution.</p>
Lactic acidosis/ hepatic steatosis +/- pancreatitis (severe mitochondrial toxicities)	NRTIs, esp. d4T, ddI, ZDV	<p><u>Onset:</u> months after initiation of NRTIs</p> <p><u>Symptoms:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Initial onset may be insidious with nonspecific gastrointestinal prodrome (nausea, anorexia, abdominal pain, vomiting), weight loss, and fatigue; • Subsequent symptoms may be rapidly progressive with tachycardia, tachypnea, hyperventilation, jaundice, muscular weakness, mental status changes, or respiratory distress • Some may present with multi-organ failure, such as fulminant hepatic failure, acute pancreatitis, encephalopathy, and respiratory failure <p><u>Laboratory findings:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Increased lactate (often > 5 mmole) • Low arterial pH (some as low as < 7.0) • Low serum bicarbonate • Increased anion gap • Elevated serum transaminases, prothrombin time, bilirubin • Low serum albumin • Increase serum amylase & lipase in patients with pancreatitis • Histologic findings of the liver – microvesicular or macrovesicular steatosis 	<p>Rare</p> <p>One estimate 0.85 cases per 1000 patient-years</p> <p>Mortality up to 50% in some case series, (esp. in patients with serum lactate > 10 mmole)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • d4T + ddI • d4T, ZDV, ddI use (d4T most frequently implicated) • Long duration of NRTI use • Female gender • Obesity • Pregnancy (esp. with d4T+ddI) • ddI + hydroxyurea or ribavirin • High baseline body mass index 	<ul style="list-style-type: none"> • Routine monitoring of lactic acid is generally not recommended; • Consider obtaining lactate levels in patients with low serum bicarbonate or high anion gap and with complaints consistent with lactic acidosis; • Appropriate phlebotomy technique for obtaining lactate level should be employed 	<ul style="list-style-type: none"> • Discontinue all ARVs if this syndrome is highly suspected (diagnosis is established by clinical correlations, drug history, and lactate level) • Symptomatic support with fluid hydration • Some patients may require IV bicarbonate infusion, hemodialysis or hemofiltration, parenteral nutrition or mechanical ventilation • IV thiamine and/or riboflavin – resulted in rapid resolution of hyperlactatemia in some case reports <p>Note:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interpretation of high lactate level should be done in the context of clinical findings. • The implication of asymptomatic hyperlactatemia is unknown at this point <p>ARV treatment options:</p> <ul style="list-style-type: none"> • May consider using NRTIs with less propensity of mitochondrial toxicities – (e.g., ABC, TDF, 3TC, FTC) – should not be introduced until lactate returns to normal. • Recommend close monitoring of serum lactate after restarting NRTIs • Some consider using NRTI-sparing regimens with PI + NNRTI +/- FI (e.g., IDV + EFV, LPV/r + EFV, etc) – efficacy and benefit of this type of regimen unknown, but currently under investigation

Adverse effects	Causative ARVs	Onset/clinical manifestation	Estimated frequency	Risk Factors	Prevention/monitoring	Management
POTENTIALLY LIFE-THREATENING ADVERSE EFFECTS (Listed in alphabetical order)						
Lactic acidosis/ Rapidly progressive ascending neuromuscular weakness	Most frequently implicated ARV: d4T	<u>Onset:</u> months after initiation of ARV; then dramatic motor weakness occurring within days to weeks <u>Symptom:</u> very rapidly progressive ascending demyelinating polyneuropathy, may mimic Guillain-Barré Syndrome; some patients may develop respiratory paralysis requiring mechanical ventilation; resulted in deaths in some patients <u>Laboratory findings may include:</u> •Low arterial pH •Increased lactate •Low serum bicarbonate •Increased anion gap •Markedly increased creatine phosphokinase	Rare	Prolonged d4T use [found in 61 of 69 (88%) cases in one report]	Early recognition and discontinuation of ARVs may avoid further progression	<ul style="list-style-type: none"> •Discontinuation of ARVs •Supportive care, including mechanical ventilation if needed (as in cases of lactic acidosis listed previously) •Other measures attempted with variable successes: plasmapheresis, high dose corticosteroid, intravenous immunoglobulin, carnitine, acetylcarnitine •Recovery often takes months – ranging from complete recovery to substantial residual deficits •Symptoms may be irreversible in some patients <p>Do not rechallenge patient with offending agent</p>
Stevens-Johnson Syndrome (SJS)/ Toxic epidermal necrosis (TEN)	NVP > EFV, DLV; Also reported with: APV, f-APV, ABC, ZDV, ddI, IDV, LPV/r, ATV	<u>Onset:</u> first few days to weeks after initiation of therapy <u>Symptoms:</u> <u>Cutaneous involvement:</u> •Skin eruption with mucosal ulcerations (may involve orolingival mucosa, conjunctiva, anogenital area); •Can rapidly evolve with blister or bullae formation; •May eventually evolve to epidermal detachment and/or necrosis <u>Systemic Symptoms:</u> fever, tachycardia, malaise, myalgia, arthralgia <u>Complications:</u> ↓ oral intake → fluid depletion; bacterial or fungal superinfection; multiorgan failure	NVP: 0.3% to 1% DLV & EFV: 0.1% 1-2 case reports for ABC, f-APV, ddI, ZDV, IDV, LPV/r, ATV	NVP – Female, Black, Asian, Hispanic	<ul style="list-style-type: none"> •2-week lead in period with 200mg once daily, then escalate to 200mg twice daily •Educate patients to report symptoms as soon as they appear •Avoid use of corticosteroid during NVP dose escalation – may increase incidence of rash 	<ul style="list-style-type: none"> •Discontinue all ARVs and any other possible agent(s) (e.g., cotrimoxazole) •Aggressive symptomatic support may include: •Intensive care support •Aggressive local wound care (e.g., in a burn unit) •Intravenous hydration •Parenteral nutrition, if necessary •Pain management •Antipyretics •Empiric broad-spectrum antimicrobial therapy if superinfection is suspected <p><u>Controversial management strategies:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Corticosteroid •Intravenous immunoglobulin <p>Do not rechallenge patient with offending agent</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪It is unknown whether patients who experienced SJS while NNRTI are more susceptible to SJS from another NNRTI – most experts would suggest avoiding use of this class unless no other option available
Hypersensitivity reaction (HSR)	ABC	<u>Onset of 1st reaction:</u> median onset – 9 days; approximately 90% within 1 st 6 weeks <u>Onset of rechallenge reactions:</u> within hours of rechallenge dose <u>Symptoms:</u> acute onset of symptoms (in descending frequency): high fever, diffuse skin rash, malaise, nausea, headache, myalgia, chills, diarrhea, vomiting, abdominal pain, dyspnea, arthralgia, respiratory symptoms (pharyngitis, dyspnea/tachypnea) <u>With continuation of ABC, symptoms may worsen to include:</u> hypotension, respiratory distress, vascular collapse <u>Rechallenge reactions:</u> generally greater intensity than 1 st reaction, can mimic anaphylaxis	Approximately 8% in clinical trial (2-9%); 5% in retrospective analysis	<ul style="list-style-type: none"> •HLA-B*5701, HLA-DR7, HLA-DQ3 (from Australian data) •ARV-naïve patients •Higher incidence of grade 3 or 4 HSR with 600mg once daily dose than 300mg twice daily dose in one study (5% vs. 2%) 	<ul style="list-style-type: none"> •Educate patients about potential signs and symptoms of HSR and need for reporting of symptoms promptly •Wallet card with warning information for patients 	<ul style="list-style-type: none"> •Discontinue ABC and other ARVs •Rule out other causes of symptoms (e.g., intercurrent illnesses such as viral syndromes, and other causes of skin rash, etc) •Most signs and symptoms resolve 48 hours after discontinuation of ABC <p><u>More severe cases:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Symptomatic support – antipyretic, fluid resuscitation, pressure support (if necessary) <p>Do not rechallenge patients with ABC after suspected HSR</p>

Adverse effects	Causative ARVs	Onset/clinical manifestation	Estimated frequency	Risk Factors	Prevention/monitoring	Management
POTENTIALLY SERIOUS ADVERSE EFFECTS (listed in alphabetical order)						
Bleeding episodes – increase in hemophiliac patients	PIs	<u>Onset:</u> few weeks <u>Symptoms:</u> ↑ spontaneous bleeding tendency – in joints, muscles, soft tissues, and hematuria	Frequency unknown	•PI use in hemophiliac patients	•Consider using NNRTI-based regimen •Monitor for spontaneous bleeding	•May require increase use of Factor VIII products
Bone marrow suppression	ZDV	<u>Onset:</u> few weeks to months <u>Laboratory abnormalities:</u> •Anemia •Neutropenia <u>Symptoms:</u> fatigue because of anemia; potential for increase bacterial infections because of neutropenia	Anemia -1.1 to 4% Neutropenia – 1.8-8%	•Advanced HIV •High dose •Pre-existing anemia or neutropenia; •Concomitant use of bone marrow suppressants (such as cotrimoxazole, ribavirin, ganciclovir, etc.)	Avoid use in patients at risk Avoid other bone marrow suppressants if possible Monitor CBC with differential at least every three months (more frequently in patients at risk)	•Switch to another NRTI if there is alternative option; •Discontinue concomitant bone marrow suppressant if there is alternative option; otherwise: <u>For neutropenia:</u> •Identify and treat other causes •Consider treatment with filgrastim <u>For anemia:</u> •Identify and treat other causes of anemia (if present) •Blood transfusion if indicated •Consider erythropoietin therapy
Hepatotoxicity (clinical hepatitis or asymptomatic serum transaminase elevation)	All NNRTIs; All PIs; All NRTIs	<u>Onset:</u> NNRTI – for NVP - 2/3 within 1 st 12 weeks NRTI – over months to years PI – generally after weeks to months <u>Symptoms/Findings:</u> NNRTI – asymptomatic to non-specific symptoms such as anorexia, weight loss, or fatigue. Approximately 1/3 of patients with NVP-associated symptomatic hepatic events present with skin rash. NRTI – •ZDV, ddI, d4T - may cause hepatotoxicity associated with lactic acidosis with microvesicular or macrovesicular hepatic steatosis because of mitochondrial toxicity •3TC, FTC, or tenofovir – HBV co-infected patients may develop severe hepatic flare when these drugs are withdrawn or when resistance develops. <u>PI –</u> •Clinical hepatitis & hepatic decompensation have been reported with TPV/RTV. Underlying liver disease increases risk. •Generally asymptomatic, some with anorexia, weight loss, jaundice, etc.	Varies with the different agents	•Hepatitis B or C co-infection •Alcoholism •Concomitant hepatotoxic drugs •For NVP-associated hepatic events – female w/ pre-NVP CD ₄ >250cells/mm ³ or male w/ pre-NVP CD ₄ >400cells/mm ³	<u>NVP</u> – monitor liver associated enzymes at baseline, 2 & 4 weeks, then monthly for 1 st 3 months; then every 3 months <u>TPV/RTV</u> - contraindicated in patients with moderate to severe hepatic insufficiency; for other patients follow “frequently” during treatment <u>Other agents:</u> monitor liver-associated enzymes at least every 3-4 months or more frequently in patients at risk	•Rule out other causes of hepatotoxicity – alcoholism, viral hepatitis, chronic HBV w/ 3TC, FTC or TDF withdrawal, or HBV resistance, etc. <u>For symptomatic patients:</u> •Discontinue all ARV (with caution in patients with chronic HBV infection treated w/ 3TC, FTC and/or TDF) and other potential hepatotoxic agents •After symptoms subside & serum transaminases returned to normal, construct a new ARV regimen without the potential offending agent(s) <u>For asymptomatic patients:</u> •If ALT > 5-10x ULN, some may consider discontinuing ARVs, others may continue therapy with close monitoring •After serum transaminases returned to normal, construct a new ARV regimen without the potential offending agent(s) <u>Note:</u> Please refer to information regarding NVP-associated symptomatic hepatic events & NRTI-associated lactic acidosis with hepatic steatosis in this table
Nephrolithiasis/ urolithiasis/ crystalluria	IDV – most frequent	<u>Onset:</u> any time after beginning of therapy – especially at times of reduced fluid intake <u>Laboratory abnormalities:</u> pyuria, hematuria, crystalluria; rarely – rise in serum creatinine & acute renal failure <u>Symptoms:</u> flank pain and/or abdominal pain (can be severe), dysuria, frequency	12.4% of nephrolithiasis reported in clinical trials (4.7% -34.4% in different trials)	•History of nephrolithiasis •Patients unable to maintain adequate fluid intake •High peak IDV concentration •↑ duration of exposure	•Drink at least 1.5 to 2 liters of non-caffeinated fluid (preferably water) per day •Increase fluid intake at first sign of darkened urine •Monitor urinalysis and serum creatinine every 3-6 months	•Increase hydration •Pain control •May consider switching to alternative agent or therapeutic drug monitoring if treatment option is limited •Stent placement may be required

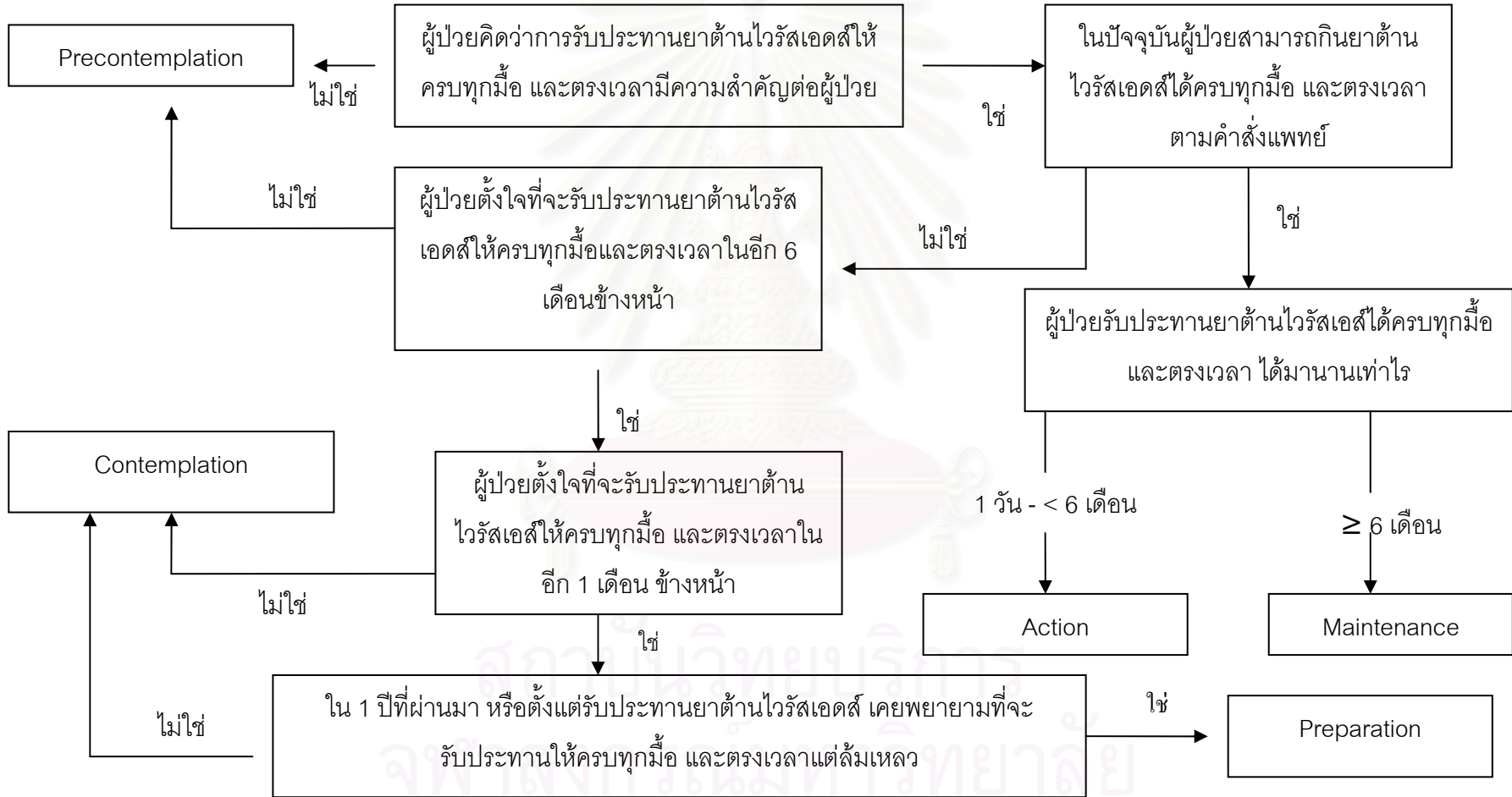
Adverse effects	Causative ARVs	Onset/clinical manifestation	Estimated frequency	Risk Factors	Prevention/monitoring	Management
POTENTIALLY SERIOUS ADVERSE EFFECTS (listed in alphabetical order)						
Nephrotoxicity	IDV, potentially TDF	<p><u>Onset:</u> IDV – months after therapy TDF – weeks to months after therapy</p> <p><u>Laboratory and other findings:</u> IDV: ↑ serum creatinine, pyuria; hydronephrosis or renal atrophy TDF: ↑ serum creatinine, proteinuria, hypophosphatemia, glycosuria, hypokalemia, non-anion gap metabolic acidosis</p> <p><u>Symptoms:</u> IDV: asymptomatic; rarely develop to end stage renal disease TDF: asymptomatic to signs of nephrogenic diabetes insipidus, Fanconi Syndrome</p>	Not known	<ul style="list-style-type: none"> History of renal disease Concomitant use of nephrotoxic drugs 	<ul style="list-style-type: none"> Avoid use of other nephrotoxic drugs Adequate hydration if on IDV therapy Monitor serum creatinine, urinalysis, serum potassium and phosphorus in patients at risk 	<ul style="list-style-type: none"> Stop offending agent, generally reversible Supportive care Electrolyte replacement as indicated
Pancreatitis	ddI alone; ddI + d4T; ddI + hydroxyurea (HU) or ribavirin (RBV); 3TC in children	<p><u>Onset:</u> usually weeks to months</p> <p><u>Laboratory abnormalities:</u> increased serum amylase and lipase</p> <p><u>Symptoms:</u> post-prandial abdominal pain, nausea, vomiting</p>	<p>ddI alone – 1-7%</p> <p>ddI with HU – ↑ by 4-5 fold</p> <p>ddI with RBV, d4T or TDF – ↑ frequency</p> <p>3TC in children – early trials: 14-18%; later trial - <1%</p>	<ul style="list-style-type: none"> High intracellular and/or serum ddI concentrations History of pancreatitis Alcoholism Hypertriglyceridemia Concomitant use of ddI with d4T, HU, or RBV Use of ddI + TDF without ddI dose reduction 	<ul style="list-style-type: none"> ddI should not be used in patients with history of pancreatitis Avoid concomitant use of ddI with d4T, HU or RBV Reduce ddI dose when used with TDF Monitoring of amylase/lipase in asymptomatic patients is generally not recommended 	<ul style="list-style-type: none"> Discontinue offending agent(s) Symptomatic management of pancreatitis – bowel rest, IV hydration, pain control, then gradual resumption of oral intake Parenteral nutrition may be necessary in patients with recurrent symptoms upon resumption of oral intake
Skin rash	NVP > EFV, DLV; ABC, APV, f-APV, ATV, TPV/RTV	<p><u>Onset:</u> within first few days to weeks after initiation of therapy</p> <p><u>Symptoms:</u> most rashes are mild to moderate in nature; diffuse maculopapular rash with or without pruritus; severe rash, rash with fever or with mucus membrane involvement warrants immediate discontinuation of ARV</p> <p>TPV-RTV - Rash accompanied by joint pain/ stiffness, throat tightness, or generalized pruritus have been reported.</p> <p><u>Note:</u> Please also see sections on Stevens-Johnson Syndrome & Systemic Hypersensitivity Reaction</p>	<p><u>All Grades (severe)</u></p> <p><u>NVP:</u> 14.8% (1.5% severe)</p> <p><u>EFV:</u> 26% (1% grades 3-4)</p> <p><u>DLV:</u> 35.4% (4.4% grades 3-4)</p> <p><u>ABC:</u> <5% in pts w/o HSR; <u>APV:</u> 20-27% (1.0% grades 3-4)</p> <p><u>f-APV:</u> 19% (<1% grades 3-4)</p> <p><u>ATV:</u> 21% (<1% severe)</p> <p><u>TPV/RTV</u> 14% female & 8-10% male in Phase 2/3 trials; 33% in female HIV- subjects in Phase 1 study with ethinyl estradiol</p>	<ul style="list-style-type: none"> NVP – female, Black, Asian, Hispanic f-APV, APV, TPV – sulfonamide derivative – potential for cross hypersensitivity with other sulfa drugs TPV – female gender associated with an increased frequency of skin rash associated with TPV EFV – higher incidence in children 	<ul style="list-style-type: none"> NVP – always use a 2-week low dose lead-in period Avoid use of corticosteroid during NVP dose escalation – may increase incidence of rash Patient education – advise to report first sign of rash Most experts suggest avoidance of EFV or DLV in patients with history of severe rash from NVP, and vice versa 	<ul style="list-style-type: none"> Mild to moderate rash may be managed by symptomatic treatment with antihistamine and continuation of offending agent Discontinue therapy if skin rash progresses to severe in nature (accompanied by blisters, fever, mucous membrane involvement, conjunctivitis, edema, or arthralgias) or in presence of systemic symptoms (including fever) Do not restart offending medication in case of severe rash If rash develops during first 18 weeks of NVP treatment – obtain serum transaminases to rule out symptomatic hepatic event

Adverse effects	Causative ARVs	Onset/clinical manifestation	Estimated frequency	Risk Factors	Prevention/monitoring	Management
Cardiovascular effects	Possibly all PIs; maybe except for ATV	<u>Onset:</u> months to years after beginning of therapy <u>Presentation:</u> premature coronary artery disease	3-6 per 1000/pt years	Other risk factors for cardiovascular disease such as smoking, age, hyperlipidemia, hypertension, diabetes mellitus, family history of premature coronary artery disease and personal history of coronary artery disease	<ul style="list-style-type: none"> Assess each patient's cardiac risk factors Consider non-PI based regimen Monitor & identify pts w/ hyperlipidemia or hyperglycemia Counseling for life style modification - smoking cessation, diet, and exercise 	<ul style="list-style-type: none"> Early diagnosis, prevention, and pharmacologic management of other cardiovascular risk factors such as hyperlipidemia, hypertension, and insulin-resistance/diabetes mellitus Assess cardiac risk factors Lifestyle modifications: diet, exercise, and/or smoking cessation Switch to agents with less propensity for increasing cardiovascular risk factors, ie NNRTI- or ATV-based regimen & avoid d4T use
Hyperlipidemia	All PIs (except ATV); d4T; EFV (to a lesser extent)	<u>Onset:</u> weeks to months after beginning of therapy <u>Presentation:</u> All PIs except ATV – ↑ in LDL & total cholesterol (TC) & triglyceride (TG), ↓ in HDL LPV/r & RTV – disproportionate ↑ in TG d4T – mostly ↑ in TG; may also have ↑ in LDL & total cholesterol (TC) EFV or NVP: ↑ in HDL, slight ↑ TG	Varies with different agents; 47% -75% of pts receiving PI in some clinics; <u>Swiss Cohort:</u> ↑TC & TG – 1.7-2.3x higher in pts receiving (non-ATV) PI	<ul style="list-style-type: none"> Underlying hyperlipidemia Risk based on ARV therapy PI: LPV/r & RTV > NFV & APV > IDV & SQV > ATV; NNRTI: less than PIs; NRTI: d4T > ZDV & TDF 	<ul style="list-style-type: none"> Use non-PI, non-d4T based regimen Use ATV-based regimen Fasting lipid profile at baseline, 3-6 months after starting new regimen, then annually or more frequently if indicated (in high risk patients, or patients with abnormal baseline levels) 	<ul style="list-style-type: none"> Follow ACTG guidelines's recommendations for management Assess cardiac risk factor Lifestyle modification: diet, exercise, and/or smoking cessation Switching to agents with less propensity for causing hyperlipidemia <p><u>Pharmacologic Management:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ total cholesterol, LDL, TG 200-500 mg/dL: "statins" – pravastatin or atorvastatin TG > 500 mg/dL – gemfibrozil or micronized fenofibrate
Insulin resistance/ Diabetes mellitus	All PIs	<u>Onset:</u> weeks to months after beginning of therapy <u>Presentation:</u> Polyuria, polydipsia, polyphagia, fatigue, weakness; exacerbation of hyperglycemia in patients with underlying diabetes	Up to 3-5% of patients developed diabetes in some series	Underlying hyperglycemia, family history of diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> Use PI-sparing regimens Fasting blood glucose 1-3 months after starting new regimen, then at least every 3-6 months 	<ul style="list-style-type: none"> Diet and exercise Consider switching to an NNRTI-based regimen Metformin "glitazones" Sulfonylurea Insulin
Osteonecrosis	All PIs	<u>Clinical Presentation (generally similar to non-HIV population):</u> <ul style="list-style-type: none"> Insidious in onset, with subtle symptoms of mild to moderate periarticular pain 85% of the cases involving one or both femoral heads, but other bones may also be affected Pain may be triggered by weight bearing or movement 	Reported incidence on the rise. <u>Symptomatic osteonecrosis:</u> 0.08% to 1.33%; <u>Asymptomatic osteonecrosis:</u> 4% from MRI reports	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes Prior steroid use Old age Alcohol use Hyperlipidemia Role of ARVs and osteonecrosis – still controversial 	<ul style="list-style-type: none"> Risk reduction (e.g., limit steroid and alcohol use) Asymptomatic cases w/ < 15% bony head involvement – follow with MRI every 3-6 months x 1 yr, then every 6 mon x 1 yr, then annually – to assess for disease progression 	<p><u>Conservative management:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ weight bearing on affected joint; Remove or reduce risk factors Analgesics as needed <p><u>Surgical Intervention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Core decompression +/- bone grafting – for early stages of disease For more severe and debilitating disease – total joint arthroplasty

Adverse effects	Causative ARVs	Onset/clinical manifestation	Estimated frequency	Risk Factors	Prevention/monitoring	Management
Central nervous system effects	EFV	Onset: begin with first few doses Symptoms: may include one or more of the following: drowsiness, somnolence, insomnia, abnormal dreams, dizziness, impaired concentration & attention span, depression, hallucination; exacerbation of psychiatric disorders; psychosis; suicidal ideation Most symptoms subside or diminish after 2-4 weeks	> 50% of patients may have some symptoms	<ul style="list-style-type: none"> Pre-existing or unstable psychiatric illnesses; Use of concomitant drugs with CNS effects 	<ul style="list-style-type: none"> Take at bedtime or 2-3 hours before bedtime; Take on an empty stomach to reduce drug concentration & CNS effects Warn patients regarding restriction of risky activities – such as operating heavy machinery during the 1st 2-4 weeks of therapy 	<ul style="list-style-type: none"> Symptoms usually diminish or disappear after 2-4 weeks May consider discontinuing therapy if symptoms persist and cause significant impairment in daily function or exacerbation of psychiatric illness
Fat maldistribution	PIs, d4T	Onset: gradual - months after initiation of therapy Symptoms: <ul style="list-style-type: none"> Lipoatrophy – peripheral fat loss manifested as facial thinning, thinning of extremities and buttocks (d4T) Increase in abdominal girth, breast size, and dorsocervical fat pad (buffalo hump) 	High – exact frequency uncertain; increases with duration on offending agents	Lipoatrophy – low baseline body mass index	None to date	<ul style="list-style-type: none"> Switching to other agents – may slow or halt progression, however, may not reverse effects Injectable poly-L-lactic acid for treatment of facial lipoatrophy
Gastrointestinal (GI) intolerance	All PIs, ZDV, ddI	Onset: Begin within first doses Symptoms: <ul style="list-style-type: none"> Nausea, vomiting, abdominal pain – all listed agents Diarrhea – commonly seen with NFV, LPV/r, & ddI buffered formulations 	Varies with different agents	All patients	<ul style="list-style-type: none"> Taking with food may reduce symptoms (not recommended for ddI or unboosted IDV) Some patients may require antiemetics or antidiarrheals pre-emptively to reduce symptoms 	<p>May spontaneously resolve or become tolerable with time; if not:</p> <p>For nausea & vomiting, consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antiemetic prior to dosing Switch to less emetogenic ARV <p>For diarrhea, consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antimotility agents – such as loperamide, diphenoxylate/atropine Calcium tablets Bulk-forming agents, such as psyllium products Pancreatic enzymes <p>In case of severe GI loss:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rehydration & electrolyte replacement as indicated
Injection site reactions	Enfuvirtide	Onset: Within first few doses Symptoms: pain, pruritus, erythema, ecchymosis, warmth, nodules, rarely injection site infection	98%	All patients	Educate patients regarding use of sterile technique, ensure solution at room temperature before injection, rotate injection sites, avoid injection into sites with little subcutaneous fat or sites of existing or previous reactions	<ul style="list-style-type: none"> Massaging area after injection may reduce pain Wear loose clothing – especially around the injection site areas or areas of previous reactions Rarely, warm compact or analgesics may be necessary
Peripheral neuropathy	ddI, d4T, ddC	Onset: weeks to months after initiation of therapy (may be sooner in patients with pre-existing neuropathy) Symptoms: <ul style="list-style-type: none"> Begins with numbness & paresthesia of toes and feet; May progress to painful neuropathy of feet and calf; Upper extremities less frequently involved Can be debilitating for some patients. May be irreversible despite discontinuation of offending agent(s) 	<p>ddI: 12-34% in clinical trials</p> <p>d4T: 52% in monotherapy trial</p> <p>ddC: 22-35% in clinical trials</p> <p>Incidence increases with prolonged exposure</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pre-existing peripheral neuropathy; Combined use of these NRTIs or concomitant use of other drugs which may cause neuropathy Advanced HIV disease High dose or concomitant use of drugs which may increase ddI intracellular activities (e.g., HU or RBV) 	<ul style="list-style-type: none"> Avoid using these agents in patients at risk – if possible Avoid combined use of these agents Patient query at each encounter 	<ul style="list-style-type: none"> May consider discontinuing offending agent before pain becomes disabling – may halt further progression, but symptoms maybe irreversible <p>Pharmacological management (with variable successes):</p> <ul style="list-style-type: none"> Gabapentin (most experience), tricyclic antidepressants, lamotrigine, oxycarbamazepine (potential for CYP interactions), topiramate, tramadol Narcotic analgesics Capsaicin cream Topical lidocaine

ภาคผนวก ฉ

กรอบแนวคิดการแบ่งระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์



ภาคผนวก ญ

ผลการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย

แบบประเมินชุดที่ 1 จากภาคผนวก ค

ส่วนที่ 2: ความคิดเห็นในเรื่องการกินยาต้านไวรัสเอดส์

ค่า Cronbach's alpha (10 ข้อ) เท่ากับ 0.5700 และค่า Cronbach's alpha 9 ข้อ (ยกเว้นข้อ 6) เท่ากับ 0.644

ฉันเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้.....	คะแนนเฉลี่ย
1. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ช่วยให้ร่างกายของฉันแข็งแรงขึ้น	4.05
2. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ช่วยให้ฉันมีชีวิตรื่นยาวมากขึ้น	4.05
3. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมโรคเอดส์ได้ดี	3.92
4. ฉันรู้สึกว่าการกินยาต้านไวรัสเอดส์ส่งผลดีต่อฉันมากกว่าการไม่ได้ใช้ยา	4.33
5. การกินยาต้านไวรัสเอดส์มีส่วนช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย จึงลดโอกาสเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้ออวัยวะอื่นๆ	4.06
6. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ทำให้ฉันรู้สึกตัวอยู่เสมอว่าตัวเองติดเชื้อเอดส์	2.46
7. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ สม่ำเสมอ อาจเป็นอันตรายแก่ร่างกายฉัน	3.81
8. การกินยาต้านไวรัสเอดส์สร้างความลำบากต่อการใช้ชีวิตประจำวันของฉัน	3.97
9. อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ที่เกิดขึ้น ทำให้ฉันสงสัยว่า ถ้า หยุด ยาต้านไวรัสเอดส์จะทำให้สุขภาพของฉันดีขึ้น	4.16
10. ฉันกังวลว่า การกินยาต้านไวรัสเอดส์จะทำให้คนรอบตัวฉันรู้ว่า ฉันเป็นโรคเอดส์	3.27

ส่วนที่ 3 : ความมั่นใจในกินยาด้านไวรัสเอดส์

ค่า Cronbach's alpha = 0.9256

I. <u>ฉันมั่นใจว่าจะกินยาด้านไวรัสเอดส์ได้ ครบทุกมื้อและตรงเวลา</u> <u>ตามที่แพทย์สั่ง ในสถานการณ์ต่อไปนี้...</u>	คะแนนเฉลี่ย
1. เมื่ออยู่ที่บ้าน	4.29
2. เมื่อต้องกินยาโดยไม่มีเครื่องช่วยเตือนความจำ เช่น นาฬิกาช่วยจำ หรือ ตารางเวลาช่วยจำ	3.30
3. ขณะอยู่ที่ทำงาน	3.58
4. ในวันหยุดงาน หรือวันหยุดสุดสัปดาห์	3.78
5. เมื่อยาทำให้เกิดอาการข้างเคียงเล็กน้อย	2.88
6. เมื่อฉันรู้สึกว่าคุณภาพแข็งแรงดี	4.08
7. ขณะอยู่ในที่ประชุม หรือท่ามกลางกลุ่มคนที่รู้จักฉัน	3.38
8. เมื่อไม่มีใครช่วยเตือนฉันว่าถึงเวลาต้องกินยาแล้ว	3.09
9. เมื่อมีแขกมาเยี่ยมที่บ้าน	3.11
10. ในขณะที่ฉันอารมณ์ไม่ปกติ เช่น หลังจากทะเลาะกับเพื่อน หรือคนที่ฉันรัก	2.96
11. เมื่อฉันรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียนเล็กน้อย	2.84
12. ขณะที่ฉันกำลังทำงานยุ่ง	2.97
13. เมื่อฉันรู้สึกป่วยหนัก	2.88
14. เมื่อฉันรู้สึกเศร้ามาก	2.96
15. ในขณะที่คนแปลกหน้าจ้องมองฉันอยู่ เช่น ในร้านอาหาร	2.89
16. ขณะอยู่ในงานเลี้ยง	2.96
17. ในขณะที่ต้องเดินทางเป็นเวลานาน	3.06
18. เมื่อต้องกินยาต่อหน้าคนที่ฉันไม่รู้ว่า ฉันเป็นเอดส์	2.98
19. เมื่อกิจวัตรประจำวันของฉันถูกรบกวน	2.82
II. <u>ฉันมั่นใจว่า</u> ฉันสามารถกินยาด้านไวรัสเอดส์ได้ <u>ตรงเวลาทุกมื้อ</u> ตามที่แพทย์สั่ง <u>ตลอดระยะเวลาต่อไปนี้</u>	
1. ใน 7 วันข้างหน้า	4.18
2. ใน 30 วันข้างหน้า	4.11
3. ใน 6 เดือนข้างหน้า	4.00

III. ฉันมั่นใจว่า...	
1. ฉันกล้ามาพบแพทย์เพื่อขอรับยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มก่อนที่จะหมด ถึงจะไม่ใช้วันนัดก็ตาม	3.65
2. ฉันกล้าถามคำถามเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์กับเภสัชกร แม้เภสัชกรจะมีงานยุ่ง	3.31
3. ฉันหาคนรับ-ส่งมาโรงพยาบาลได้ เมื่อฉันป่วยจนไม่สามารถมาได้ด้วยตัวเอง	3.36

ส่วนที่ 4 : ระดับความเคยชิน

ค่า Cronbach's alpha (8 ข้อ) เท่ากับ 0.5609 และค่า Cronbach's alpha 7 ข้อ (ยกเว้นข้อ 5) เท่ากับ 0.734

I. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ให้ ครบทุกมื้อและตรงเวลา ตามที่แพทย์สั่ง เป็นพฤติกรรมที่...	คะแนนเฉลี่ย
1. ฉันทำได้ทุกวัน	4.36
2. ฉันทำโดยไม่ต้องเตือนตัวเอง	4.05
3. ฉันทำได้ โดยไม่ต้องใช้ความพยายาม	4.19
4. ถ้าลืมกินยา ฉันจะรู้สึกกังวล	4.07
5. ฉันต้องใช้นาฬิกา หรือสัญญาณบอกเวลา เพื่อไม่ให้ลืมกินยา	2.34
6. การกินยาเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันของฉัน	4.38
7. ฉันพบว่า มันเป็นเรื่องยากที่จะลืมกินยา	3.84
8. ถ้าไม่กินยาทุกมื้อให้ตรงเวลา ฉันจะรู้สึกกังวลใจ	4.16

ส่วนที่ 6: แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ค่า Cronbach's alpha = 0.60

ข้อคำถาม		จำนวนผู้ป่วย (n=276), (ร้อยละ)
1. คุณเคยลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่	เคย	133 (48.2)
	ไม่เคย	143 (51.8)
2. คุณละเลยเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ใช่หรือไม่ (เช่น ไม่รับประทานยาตามเวลาที่ระบุไว้)	ใช่	71 (25.7)
	ไม่ใช่	205 (74.3)
3. ในบางครั้งที่คุณรู้สึกมีอาการแย่ลง คุณจะหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ใช่หรือไม่	ใช่	28 (10.1)
	ไม่ใช่	248 (89.9)
4. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณคิดว่าคุณลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์บ่อยแค่ไหน	1-2 ครั้ง	61 (22.1)
	3-5 ครั้ง	10 (3.6)
	6-10 ครั้ง	2 (0.7)
	> 10 ครั้ง	2 (0.7)
	ไม่เคยลืม	201 (72.8)
5. ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่	ใช่	16 (5.8)
	ไม่ใช่	260 (94.2)
6. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ครบตามแพทย์สั่งจำนวนกี่วัน	1-2 วัน	71 (25.7)
	3-5 วัน	7 (2.5)
	6-10 วัน	1 (0.4)
	> 10 วัน	2 (0.7)
	ไม่เคยลืมเลย	195 (10.7)

แบบประเมินชุดที่ 2 จากภาคผนวก ง

ส่วนที่ 1: ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย

ค่า Cronbach's alpha = 0.783

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ย
1. ฉันรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	1.93
2. ฉันรู้สึกสบายใจ	1.84
3. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายต่อเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน	0.74
4. ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเอง	0.92
5. ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีแต่ความทุกข์	0.91
6. ฉันสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับ ปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	1.71
7. ฉันมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	1.83
8. ฉันมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	1.92
9. ฉันรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	2.16
10. ฉันรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	2.17
11. ฉันให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	2.05
12. ฉันรู้สึกภูมิใจในตัวเอง	1.95
13. ฉันรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	2.25
14. หากฉันป่วยหนัก ฉันเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลฉันเป็นอย่างดี	2.15
15. สมาชิกในครอบครัวของฉันมีความรักและผูกพันต่อกัน	2.30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2: แรงสนับสนุนจากสังคม

ค่า Cronbach's alpha = 0.955

ฉันมี <u>คนใกล้ชิด</u> ที่สามารถ...	คะแนนเฉลี่ย
1. ช่วยเหลือฉัน เมื่อฉันนอนป่วยบนเตียงเคลื่อนไหวไม่ไหว	3.93
2. ช่วยพาฉันมาพบแพทย์	3.94
3. จัดเตรียมอาหารให้ฉัน	3.97
4. ช่วยทำงานบางอย่างแทนฉัน	3.45
5. แสดงความรักและความรู้สึกที่ดีกับฉัน	4.10
6. ปลอบใจฉัน	3.88
7. รักฉัน	4.09
8. อยู่ด้วยแล้วฉันสนุกสนาน	3.22
9. ทำกิจกรรมสนุกสนานร่วมกัน	3.55
10. รับฟังฉัน	3.75
11. ไว้ใจใจ	3.91
12. รับฟังปัญหาของฉัน	3.86
13. เข้าใจปัญหาของฉัน	3.91
14. ให้คำแนะนำที่ดี	3.96
15. ให้ข้อมูลแก่ฉัน	3.75
16. ให้คำแนะนำในเรื่องที่ฉันต้องการ	3.72
17. ไปหาเมื่อต้องการขอเสนอแนะ	3.52

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 : ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับท่าน

ค่า Cronbach's alpha = 0.899

I. ฉันรู้สึกว่าคุณบุคลากรทางการแพทย์ที่คุณดูแลรักษาฉัน...	คะแนนเฉลี่ย
1. รับฟังปัญหาของฉัน	4.13
2. ดูแลเอาใจใส่ฉัน	4.19
3. ตอบคำถามที่ฉันสงสัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ และยาต้านไวรัสเอดส์	4.24
4. ให้ออกกำลังกายอย่างเพียงพอตามที่ต้องการ	3.87
5. ให้อ่านมีส่วนร่วมกับการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาโรคเอดส์ และยาที่ใช้ในการรักษา	4.02
6. ยอมรับต่อการตัดสินใจของฉัน	3.86
7. ช่วยจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากโรคเอดส์และการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	4.25
8. ให้อ่านมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง	4.23
9. คอยช่วยเหลือฉัน เมื่อมีปัญหาในเรื่องการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	4.28
10. ยอมรับในตัวฉันแม้ฉันจะติดเชื้อเอชไอวี	4.29
11. ให้อ่านพบเมื่อฉันต้องการ	4.01
12. สนับสนุนการตัดสินใจของฉัน	3.85
13. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ที่ฉันต้องการอย่างเพียงพอ	4.15
II. ฉันรู้สึกสะดวกใจในการบอกความลับ และขอคำปรึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัสเอดส์ จาก...	
1. แพทย์	4.45
2. เภสัชกร	3.9
3. พยาบาล	4.05
III. ฉันเชื่อมั่นในความรู้และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องโรคเอดส์ และการรักษา	4.35
IV. ฉันเคยตอบไม่ตรงกับความจริง เมื่อถูกถามเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์	3.89
V. ฉันเชื่อว่า ปัจจุบันนี้ฉันกำลังได้รับการรักษาโรคเอดส์ที่ถูกต้องและเหมาะสม	4.37

ส่วนที่ 4: ความรู้ทั่วไป

คำถาม	จำนวนผู้ปวยที่ ตอบถูก (n=246), (ร้อยละ)
1. โรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี	225 (81.5)
2. โรคเอดส์สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์เท่านั้น	109 (44.3)
3. โรคเอดส์ติดต่อกันได้ทางเลือด	225 (81.5)
4. โรคเอดส์ไม่สามารถติดต่อ จากแม่ไปสู่ลูก	156 (56.5)
5. โรคเอดส์สามารถรักษาให้หายขาดได้	137 (49.6)
6. ค่าซีดีโฟร์ (CD4) เป็นค่าที่บ่งบอกให้ทราบถึงภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อโรคติดเชื้ออื่นๆ	185 (67.0)
7. ถ้าค่าซีดีโฟร์สูงขึ้นจะลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรืออาการแทรกซ้อนอื่นๆ	194 (70.3)
8. การมีค่าซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มม. ³ บ่งบอกว่าร่างกายแข็งแรง	152 (55.1)
9. โรคเอดส์สามารถทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินรุนแรงเรื้อรังได้	181 (65.6)
10. โรคฉวยโรคปอดสามารถเกิดขึ้นกับใครก็ได้แม้จะมีค่าซีดีโฟร์ มากกว่า 200 เซลล์/มม. ³	167 (60.5)
11. ถ้าคุณมีภูมิคุ้มกันลดลงมากๆ อาจทำให้เกิดโรคเชื้อราในช่องปากได้	214 (77.5)
12. ยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่ช่วย ทำให้เชื้อไวรัสเอดส์ในเลือดลดจำนวนลง	94 (34.1)
13. หากกินยาต้านไวรัสเอดส์แล้วมี อาการคลื่นไส้อาเจียนแม้เล็กน้อย ควรหยุดยาทันที	127 (46.0)
14. หากกินยาต้านไวรัสเอดส์แล้วมี ภาวะฉุกเฉินรุนแรงน้อยกว่า 3 ครั้งต่อวัน ควรหยุดยาทันที	120 (43.5)
15. ยาจีพีโอเวียร์ (GPO-vir) สามารถทำให้เกิดอาการแสบตอบได้	82 (29.7)
16. หากกินยาต้านไวรัสเอดส์แล้วมี อาการผื่นแดงบนและจะมีอาการคันเล็กน้อย ควรหยุดยาทันที	105 (38.0)
17. คุณสามารถหยุดใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้หากมีอาการดีขึ้น	184 (66.7)
18. คุณ ต้อง กินยาต้านไวรัสเอดส์ให้ ครบทุกมื้อ ตามที่แพทย์สั่ง	233 (84.4)
19. คุณ ไม่จำเป็นต้อง กินยาต้านไวรัสเอดส์ให้ ตรงเวลา ตามที่แพทย์สั่ง	216 (78.3)
20. การกินยารักษาโรคเอดส์ ไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้เกิดการดื้อยาได้	216 (78.3)
21. การกินยาต้านไวรัสเอดส์มีความจำเป็นสำหรับการรักษาโรคเอดส์ของคุณ	233 (84.4)
22. หากเกิดการดื้อยาด้านไวรัสเอดส์สูตรแรก คุณจะมีโอกาสที่จะเกิดการดื้อยาด้านไวรัสเอดส์สูตรที่เปลี่ยนใหม่ เพิ่มมากขึ้น	89 (32.2)

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวกนิษฐา พันธุ์ศรีนรมล เกิดวันที่ 25 มิถุนายน 2519 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี
เภสัชศาสตรบัณฑิต จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ในปีการศึกษา 2542 และเข้า
ศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2547
ปัจจุบันทำงานเภสัชกร กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัด
สมุทรสงคราม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย