



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อความสม่ำเสมอ
ในการใช้ยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

The Effectiveness of Self-Management Promoting Program on
Antiretroviral Adherence in HIV/AIDs Patients At Sirattana Hospital,
Sisaket Province.

โกวิท ทองละมุล^{1*}

Kovit Thonglamul^{1*}

¹ เกษัชกรชำนาญการ, ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน, โรงพยาบาลศรีรัตนะ, จังหวัดศรีสะเกษ

¹ Professional pharmacist, Sirattana Hospital, Sisaket Province.

*Corresponding author, E-mail: kovitwpunya@gmail.com.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีรัตนะที่มีอายุตั้งแต่ 20-55 ปี และมีคะแนนการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่าร้อยละ 95 จำนวน 30 คน ผู้เข้าร่วมการศึกษาจะถูกนัดให้ร่วมทำกิจกรรมตามโปรแกรมกำหนดทุกเดือนเป็นระยะเวลา 6 เดือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยวิธี Paired Sample t-Tests เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสและระดับ CD4 Lymphocyte ก่อนและหลังการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนเริ่มโปรแกรมมีค่า 90.55 ± 3.14 และหลังจบโปรแกรมมีค่า 96.16 ± 1.72 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระดับ CD4 Lymphocyte ก่อนเริ่มโปรแกรมมีค่า 556.93 ± 227.47 และหลังจบโปรแกรมมีค่า 605.00 ± 217.24 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสและระดับ CD4 Lymphocyte ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, ความสม่ำเสมอในการใช้ยา, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์, ระดับ CD4 Lymphocyte



Abstract

This study was a quasi-experimental design aimed to examine the effects the self-management program in HIV/AIDS patient. The samples were randomly selected from patients who were treated at Sirattana Hospital aged between 20 to 55 years with drug adherence score lower than 95%. Participants were scheduled to participate in program-based activities every month for a period of 6 months. The results showed that the average score and standard deviation of the drug adherence before entry to the program were 90.55 ± 3.14 , and exit the program was 96.16 ± 1.72 with a statistically significant difference ($p < 0.05$). The CD4 Lymphocyte level before entry the program starts is 556.93 ± 227.47 and exit the program ends there is 605.00 ± 217.24 with a statistically significant difference ($p < 0.05$). In conclusion, self-management program of pharmaceutical care provided by multidisciplinary health care professions to HIV/AIDS patient can increase drug adherence and CD4 Lymphocyte levels.

Keywords: Patient's Self-Management Program, Drug Adherence, HIV/AIDS Patient, CD4 Lymphocyte

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก แม้ในปัจจุบันโรคจะไม่หายขาด แต่สามารถรักษาอาการได้ การเข้าถึงยาต้านไวรัสทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยจะช่วยลดพัฒนาการของโรคได้ การดูแลรักษาเอชไอวีนั้นประกอบไปด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และการดูแลด้านอื่น ๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องทำควบคู่กัน เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี คือ เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุด (< 50 copies/mL) และนานที่สุด รวมถึงให้จำนวน CD4 กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness) และลดโรคแทรกซ้อนที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Non AIDS-related illness) (UNAIDS, 2018)

เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2573 เป็นเป้าหมายที่โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ และประเทศไทยได้นำมาใช้เป็นเป้าหมายของประเทศด้วย ระยะแรกวางเป้าหมายในปี พ.ศ. 2563 ไว้ 3 เป้าหมาย คือ ร้อยละ 90 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับทราบสถานะการติดเชื้อ ร้อยละ 90 ของผู้ที่มีผลเลือดบวกได้รับการรักษา และร้อยละ 90 ของผู้ที่ได้รับยาต้านเอชไอวีสามารถกดปริมาณไวรัสลงได้ โดยเรียกว่า RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain จากข้อมูลศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอช ไอ วีของประเทศ พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5,323 ราย ได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 4,434 ราย (ร้อยละ 83.29) และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดต่ำกว่า 1,000 copies/mL จำนวน 3,892 ราย (ร้อยละ 87.77) (ข้อมูล



ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย, 2562) ข้อมูลของโรงพยาบาลศรีรัตนะ มีคลินิกบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยให้บริการทุกวันจันทร์ รูปแบบการบริการของคลินิก one stop service ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในคลินิกจำนวน 172 ราย ได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 152 ราย (ร้อยละ 88.37) และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดต่ำกว่า 1,000 copies/mL จำนวน 131 ราย (ร้อยละ 86.18) (โรงพยาบาลศรีรัตนะ, 2563) ซึ่งทั้งปริมาณผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ และผู้ที่มีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดต่ำกว่า 1,000 copies/mL ต่ำกว่าเป้าที่กำหนด และมีแนวโน้มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี การบริการมีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยได้รับการบริการการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ครอบคลุมไปถึงการดูแลทางด้านการตรวจรักษาและการรับจ่ายยา การดูแลทางด้านสังคมจิตวิทยา การดูแลทางด้านสังคมเศรษฐกิจและการคุ้มครองสิทธิ โดยการดำเนินงานทั้งหมดดังกล่าวเกิดจากการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพของผู้ให้บริการ และการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อฯ รวมถึงการดูแลของผู้ติดเชื้อและชุมชน จากการค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า (สุเมธ องค์กรวัฒนดี และคณะ, 2560) เซลล์ลิ้มโฟไซต์ชนิด CD4 เป็นเม็ดเลือดขาว มีหน้าที่ควบคุมการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ และเป็นเซลล์เป้าหมายสำคัญของเชื้อเอชไอวีที่เข้าไปเพิ่มจำนวนและทำลายเซลล์ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายมีจำนวน CD4 ลดลง ดังนั้น การตรวจหาจำนวน CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อการพยากรณ์โรค การตัดสินใจในการให้ยาต้านเอชไอวีและยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ พร้อมทั้งการติดตามการดูแลและประเมินผลการรักษา การเริ่มยาต้านเอชไอวีในประเทศไทยให้ยาต้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อทุกรายในทุกจำนวน CD4 ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ร่วมด้วยผู้ติดเชื้อที่จะเริ่มยาต้านเอชไอวีต้องเข้าใจถึงประโยชน์และผลข้างเคียงของการรักษา เข้าใจประเด็นความสำคัญของ Adherence ยินดีที่จะเริ่มยาต้านเอชไอวี และมีความมุ่งมั่นตั้งใจรับยาต้านเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอตลอดชีวิต

บทบาทของเภสัชกรในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเภสัชกร เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ยาเพื่อให้การใช้ยาเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพและเภสัชกรเองยังสามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยการประเมินแนวโน้มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากนั้นจึงหาวิธีการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งวิธีที่ประสบความสำเร็จในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาควรจะดำเนินการหลายวิธีร่วมกัน (นันทลักษณ์ สถาพร นานนท์, 2555) ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีผลการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส $\leq 95\%$ ตลอดเวลาส่งผลให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวน ค่า CD4 lymphocyte ลดลงและไม่สามารถกดปริมาณไวรัสให้ต่ำได้ อันนำไปสู่ภาวะที่ต่อยาต้านไวรัส และการรักษาที่ล้มเหลวในการรักษาในที่สุด ผู้วิจัยมีความสนใจนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการต่อยา ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ

แนวคิด ทฤษฎี กรอบแนวคิด

การจัดการตนเองตามแนวคิดนี้เป็นกระบวนการที่ใช้ในการกำกับพฤติกรรมของตนเอง (self-regulatory behavior) ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเกิดความล้มเหลวของการรักษา ซึ่งมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1) วิธีการรักษาอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ 2) ผู้ป่วยละเลยที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จึงได้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการจัดการตนเอง เพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง และการเจ็บป่วยมากขึ้น การจัดการตนเองจะเน้นให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่ ตลอดจนให้ผู้ป่วยจัดการกับสิ่งแวดล้อมของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิด Kanfer การจัดการตนเอง หมายถึง รูปแบบของการดูแลผู้ป่วย โดยความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย ซึ่งทีมสุขภาพจะเป็นผู้ให้ข้อมูลสอนแนวทางในการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ด้วยตนเอง มีการฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring or self-observation) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เพื่อเพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา เพิ่มความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมให้ เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม นำไปสู่ความสามารถในการควบคุมโรคได้ และมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข (วรรณนิภา แสนสุภา, 2555; Kanfer et al., 1991)

การไม่ใช้ยาตามสั่ง (Medication noncompliance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา หรือคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือเภสัชกร เนื่องจาก คำว่า "ความร่วมมือในการใช้ยา" (Medication adherence) จะเป็นการเปิดบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการรักษาตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ใช่เป็นฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนคำว่า "การใช้ยาตามสั่ง" ดังนั้น ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication non adherence) จึงหมายถึงการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์ที่แนะนำให้โดยที่ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจแผนการรักษาแล้ว ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence) จะตรงกันข้ามกับความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ความร่วมมือในการใช้ยา หรือ Medication adherence นั้น เป็นคำที่มีความหมายที่ในทางบวก หรือความหมายที่ดีมากกว่าเมื่อเทียบกับคำว่า การใช้ยาตามสั่ง หรือ medication compliance เช่นที่เคยใช้กันมา อีกคำหนึ่งที่มีใช้กันคือ "Medication concordance" ซึ่งเป็นคำที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยและแพทย์มีการตกลงร่วมกันถึงแผนการรักษา โดยผู้ป่วยเองจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาของตัวเอง

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันความหมายของคำทั้งสามยังมีความหมายใกล้เคียงกันและสามารถใช้แทนกันในการวางแผนการรักษาบุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาให้มากที่สุด ซึ่งแสดงว่าจะต้องลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาให้มัน้อยที่สุด (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555)

ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ให้สามารถติดตามตนเองอย่างสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การประเมินและวางแผน 2) การเตรียมความพร้อม 3) การปฏิบัติจัดการด้วยตนเอง และ 4) การติดตามผลและประเมินผล

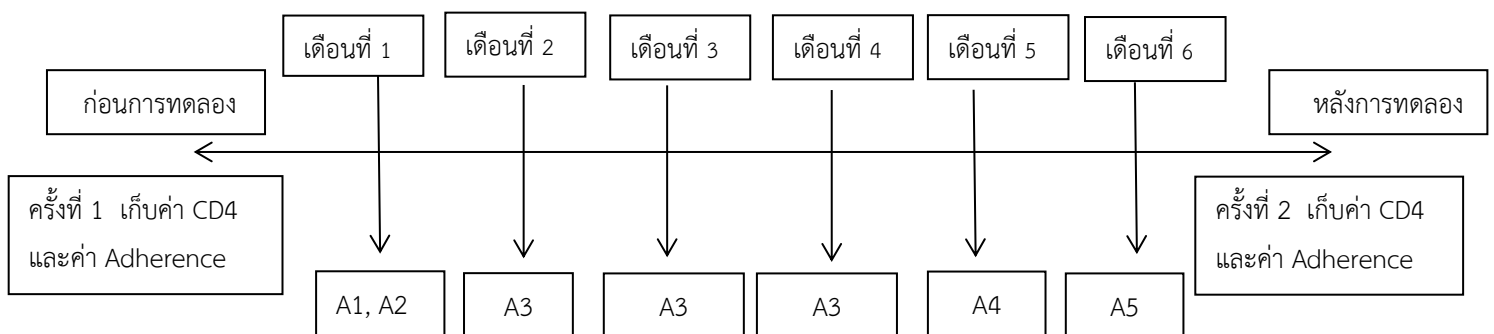
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลศรีรัตนะ จำนวน 152 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นว่าติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีอายุระหว่าง 20-55 ปี สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถออกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ และผ่านการประเมินพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 95 สำหรับการคัดเลือกตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive criteria) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน (จันทน์ จันทร์ทำจัน, 2548) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม – เดือนธันวาคม พ.ศ.2563

ขั้นตอนการวิจัย



A1 หมายถึง ระยะเวลาประเมินและวางแผน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี การประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อนำมาวางแผน



ให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที พร้อมทั้งมอบคู่มือการจัดการตนเอง

A2 หมายถึง ระยะเวลาเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้ การทำความเข้าใจ การสร้างทัศนคติที่ดี เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และการจัดการตนเองทั่ว ๆ ไป การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการกำกับตนเอง มีการสาธิตรวมทั้งการฝึกทักษะการติดตามตนเองโดยการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ มีการให้กลุ่มตัวอย่างฝึกกำหนดเป้าหมายด้วยตนเองร่วมกับผู้วิจัย และส่งเสริมให้มีการเสริมแรงตนเอง ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการเตรียมความพร้อม ได้แก่ ภาพพลิก วีดีทัศน์ และสมุดคู่มือการจัดการตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

A3 หมายถึง การฝึกปฏิบัติการในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเองหรือการสังเกตตนเอง (self-monitoring or self-observation) โดยการสังเกตและการบันทึก อาการต่าง ๆ ของตนเองการบันทึกการรับประทานยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นต้น 2) การประเมินตนเองจากแบบบันทึกการติดตาม (self-evaluation) โดยกำหนดเป้าหมายกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะสั้นหรือระยะยาว เปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยการให้รางวัลหรือ การชมเชยตนเอง เมื่อปฏิบัติกิจกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

A4 หมายถึง ระยะเวลาติดตามผลการปฏิบัติการในการจัดการตนเองและการประเมินผล เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างจากแบบบันทึก และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การออกเยี่ยมบ้านของกลุ่มแกนนำผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ และการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทุกครั้งที่มาตามนัด พร้อมทั้งให้แรงเสริมแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติได้ก็จะร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และหากกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จจะเสริมแรงโดยการทำกำลังใจเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมินผลการจัดการจากพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างในแต่ละเดือน และประเมินระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม

A5 หมายถึง การประเมินผลโปรแกรมการ จัดตนเองรายบุคคล (วรรณนิภา แสนสุภา, 2555)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลมี 2 แบบ คือ

1) แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคและยาต้านไวรัส ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 22 ข้อ ส่วนที่ 3 ความคิดและความเชื่อ หรือทัศนคติที่เกี่ยวกับโรคและยาต้านไวรัส ข้อคำถามทั้งด้านบวก และด้านลบ จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W. (Best et al., 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ เห็น



ด้วยระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย และการตรวจนับเม็ดยา (pill count) (ปรีชา มณฑาทิกุล และคณะ, 2550) เพื่อใช้ในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ตามสูตร

$$\% \text{ Adherence} = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ต้องกิน} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนวันที่ติดตาม} \times \text{จำนวนเม็ดยาต่อวัน}}$$

ระดับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์อยู่ในช่วงร้อยละ 0-100 การแปรผลใช้วิธีอิงเกณฑ์ของ Paterson (Paterson et al., 2000) มีเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับสูง มีค่า Adherence $\geq 95\%$ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับต่ำ มีค่า Adherence $< 95\%$ (ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกษัชกรประจำคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลขุนหาญ และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลศรีรัตนะ โดยใช้ IOC (Index of Item Objective Congruence) พบว่าข้อคำถามมีค่า IOC ≥ 0.5 ทุกข้อคำถาม ถือว่าเครื่องมือมีถูกต้องเชิงเนื้อหา และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของโรงพยาบาลขุนหาญ และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach et al., 1951) เท่ากับ 0.84

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หมายเลข ศก 0032.008/ว10762 วันที่รับรอง 21 กุมภาพันธ์ 2563 และกลุ่มตัวอย่างได้ลงลายมือชื่อในแบบยินยอมหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยก่อนรับเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Adherence) และค่า CD4 Lymphocyte โดยใช้สถิติ Paired Sample t-Tests โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ผลการวิจัย

ผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (53,30%) มากกว่าเพศหญิง (46.70%) มีอายุระหว่าง 40-50 ปี (\bar{X} =43.13, S.D.=9.03, Max=55.00, Min=20.00) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (56.70%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (40%) มีเพียงร้อยละ 6.7 ที่ไม่ได้รับการศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (63.00%) รองลงมาคืออาชีพค้าขาย (14.80%) การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ขับรถมอเตอร์ไซค์มาเอง (73.3%) มีเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่นั่งรถโดยสารประจำทาง การมีผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่ดูแลจัดการตัวเอง (ร้อยละ 63.30) การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อมีกับคนในครอบครัวพบว่าการบอกผลการติดเชื้อมีกับครอบครัว (ร้อยละ 80.00) มีการเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อมีกับเพื่อน (ร้อยละ 63.30) และชุมชน (ร้อยละ 60.70) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,000-10,000 บาท (53.70%) (\bar{X} =3,267.86, S.D.=10,210.63, Median=2,000.00, Max=15,000.00, Min=500.00) ระยะเวลาที่ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อยู่ระหว่าง 2-10 ปี (48.80%) (\bar{X} =7.76, S.D.=7.60, Max=15.00, Min=2.00)

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีค่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.55 (S.D. = 3.14) เป็นร้อยละ 96.16 (S.D. = 1.72) และระดับภูมิคุ้มกัน CD4 Lymphocyte มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 556.93 เซลล์/มม.³ (S.D. = 227.47) เป็น 605.00 เซลล์/มม.³ (S.D. = 217.24) ซึ่งมีค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence) และค่า CD4 Lymphocyte ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์		t	P-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (Adherence)	90.55	3.14	96.16	1.72	8.81	0.000*
ค่า CD4 Lymphocyte	556.93	227.47	605.00	217.24	2.80	0.009*

* ระดับนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05



สรุปและอภิปรายผล

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่าผู้ป่วยบางส่วน (10.00%) ก่อนการทดลองมีค่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 80.00) เนื่องจากยังขาดความรู้เกี่ยวกับจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่ทราบผลดีและผลเสียหากรับประทานยาอย่างไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้การเน้นย้ำและสร้างความตระหนักรู้และเข้าใจของโรคเอชไอวี ชนิดของยาต้านไวรัสเอชไอวี ตลอดจนเทคนิคการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี สามารถนำไปสู่ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมส่งผลความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่าการพัฒนากระบวนการส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสของคู่นอนผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ โดยเป็นการให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มโดยบุคลากรทางสุขภาพทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งก่อนเริ่มการรับประทานยาและขณะรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (มณีรัตน์ สิทธิเดช, 2548) นอกจากนี้การสร้าง 3 แนวปฏิบัติ 6 ขั้นตอน คือ ให้การปรึกษาเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยสถานะ การติดเชื้อต่อคู่นอนของตนให้การปรึกษาเพื่อให้คู่นอนของผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยได้รับตรวจวินิจฉัยให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการตรวจวินิจฉัยเป็นบวก ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี และการรักษาเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (อรุณ สิทธิประภาพร, 2562)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล, 2546; มณีรัตน์ สิทธิเดช, 2548) ได้ข้อค้นพบว่าการส่งเสริมใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง เพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 สูงกว่าสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และ ในสัปดาห์ที่ 3 มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และความร่วมมือมากกว่าร้อยละ 95 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.008$) คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก $50.96 + 16.77$ คะแนน เป็น $89.07 + 6.37$ คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ระดับ CD4 เพิ่มขึ้นจาก $190.33 + 140.82$ cell/mm³ เป็น $229.67 + 180.11$ cell/mm³ ($n = 6$) แต่ไม่แตกต่างกัน สำหรับน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจาก $54.51 + 10.10$ กิโลกรัม เป็น $56.12 + 9.67$ กิโลกรัม อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.01$) สำหรับการบริหารทางเภสัชกรรมที่เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า (ปิ่นมชรัก เฟื่องโพธิ์ทอง และคณะ, 2560) ด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ (ค่า adherence < 95) คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับสูง (295%) ร้อยละ 96.49 เมื่อเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง พบว่า สัดส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับสูงหลังการทดลองและก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)



นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ประกอบด้วยหลายปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่ผลกระทบต่อรับประทานยาของผู้ป่วยประกอบด้วยระยะทางที่ไกลจากบ้านมาโรงพยาบาล สูงอายุ ความยากจน ความเชื่อส่วนตัว และความเชื่อทางสังคมที่รังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยภาครัฐเองได้นำแนวทางการลดการที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพตีตราและเลือกปฏิบัติ (stigmatization and discrimination: S&D) ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายของยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว 2) ปัจจัยด้านระบบบริการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ประกอบด้วย การสำรองยาต้านเอชไอวีที่ไม่เพียงพอที่จะจ่ายให้กับผู้ป่วย ระยะเวลาการรื้อยานาน บุคลากรด้านสุขภาพให้ข้อมูลเรื่องโรค ยาและการรักษาไม่กระจ่าง ล้วนเป็นปัจจัยที่ลดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอช ไอ วี 3) ระยะความเจ็บป่วยของโรคเอง เป็นปัจจัยที่ลด Adherence ในการใช้ยา โดยเฉพาะหากผู้ติดเชื้ออยู่ในระยะไม่แสดงอาการ (asymptomatic) ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ใจตนเองจึงได้ตระหนักที่รับประทานยา และแม้เข้าสู่ระยะแสดงอาการ (symptomatic) แต่ผู้ป่วยอาจมีอาการทรุดลงและเจ็บป่วยทรมาณมากจนท้อแท้สิ้นหวังและไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และ 4) กระบวนการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านเอชไอวี ได้แก่ วิธีการใช้ยาที่ยุ่งยาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้สูตรยา การรักษาต้องการตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด การรักษาที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา และผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงจากการใช้ยา ล้วนส่งผลลดระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพเองต้องพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้านครบทุกมิติ ต้องมีการประสานความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพ และนำผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการและแก้ปัญหาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อีกทั้งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย (ปริชา มณฑานติกุล และคณะ, 2550)

จากผลการวิจัยจะเห็นว่า การนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับค่า CD4 Lymphocyte ของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 1 ปี เพื่อการวัดประเมินปริมาณ Viral load



เอกสารอ้างอิง

- ข้อมูลศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอช ไอ วีของประเทศ. (2562). สืบค้น 14 มกราคม 2563. จาก https://hivhub.ddc.moph.go.th/hospitalDATA.php?Region_id=National.
- จันทน์ จันทร์ทำจิ้น. (2548). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). วารสารไทยเภสัชวิทยานิพนธ์ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์), 7, 1-18.
- ปิ่นมชรัก เฟื่องโพธิ์ทอง, นพรัตน์ ส่งเสริม และเผ่าไทย วงศ์เหล่า. (2560). โปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26, 185-197
- ปรีชา มณฑานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, นวกรณ์ วิมลสารวงค์ และสุทธิพร ภัทรชยากุล. (2550). คู่มือสำหรับเภสัชกรการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : บริษัทประชาชน จำกัด, สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล.
- พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. (2546). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มระดับประคองเพื่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มณีรัตน์ สิทธิเดช. (2548). ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก). สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- โรงพยาบาลศรีรัตนะ. (2563). รายงานสรุปข้อมูลด้านคลินิก พ.ศ. 2561-2562. ศรีสะเกษ : โรงพยาบาลศรีรัตนะ
- วรรณนิภา แสนสุภา. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีและดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุเมธ องค์กรวรรณดี, ศศิโสภิน เกียรติบูรณกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล และรังสิมา โล่เลขา. (2560). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย พ.ศ. 2560. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อรุณ สิทธิประภาพร. (2562). การพัฒนากระบวนการส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสของคู่นอนผู้ติดเชื้อเอชไอ วี. วิทยานิพนธ์ ภ.ม.(เภสัชกรรมปฐมภูมิ). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.



- Best, John W. (1977). *Research is Evaluation* (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Kanfer, F.H. & Goldstein, A. (1991). *Self-Management Methods. In Helping People Changes : A Textbook of Methods*. New York: Pergamon Press.
- Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 21-30
- UNAIDS. (2018). *UNAIDS Data 2018. Programme on HIV/AIDS*. January 13, 2019, from <https://doi.org/978-92-9173-945-5>