



ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
วัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

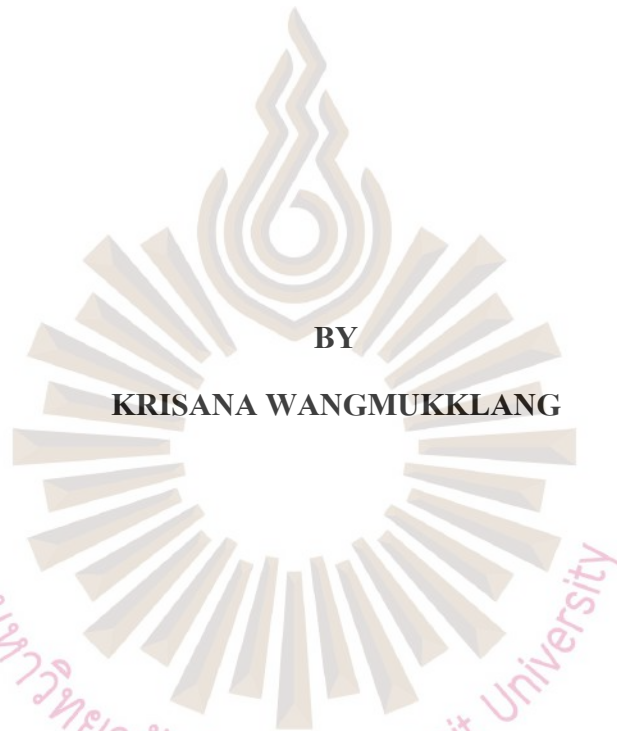


วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2567



**FACTORS PREDICTING ANTIRETROVIRAL THERAPY ADHERENCE OF
ADULTS WITH HIV INFECTION IN A SECONDARY LEVEL HOSPITAL,
NAKHON RATCHASIMA PROVINCE**



BY

KRISANA WANGMUKKLANG

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING
SCHOOL OF NURSING**

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2024

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
วัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

โดย

กฤษฎา หวังมุกกลาง

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2567

ผศ.ดร.ศากุล ช่างไม้
ประธานกรรมการสอบ

รศ.ดร.อาภรณ์ ดินนาน
กรรมการ

รศ.ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ศ. ดร.เสด็จศักดิ์ เพ็ชรประสาน)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

8 สิงหาคม 2567

Thesis entitled

**FACTORS PREDICTING ANTIRETROVIRAL THERAPY ADHERENCE OF
ADULTS WITH HIV INFECTION IN A SECONDARY LEVEL HOSPITAL,
NAKHON RATCHASIMA PROVINCE**

by

KRISANA WANGMUKKLANG

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Rangsit University
Academic Year 2024

Asst. Prof. Sakul Changmai, Ph.D.
Examination Committee Chairperson

Assoc. Prof. Aporn Deenan, Ph.D.
Member

Assoc. Prof. Wimonrut Boonsatean, Ph.D.
Member and Advisor

Asst. Prof. Nam-oy Pakdevong, Dr.P.H.
Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Prof. Suejit Pechprasarn, Ph.D.)

Dean of Graduate School

August 8, 2024

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนของรองศาสตราจารย์ ดร. วัฒนรัตน์ บุญเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. อาภรณ์ ดินาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ศิริชัย วิวัฒน์โรจนกุล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรัญญา จุฬาริ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และ ดร. วราภรณ์ เทียนทอง พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาของการศึกษา เจ้าหน้าที่ ตลอดจนเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล เพื่อนร่วมงานและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบุพการีและบุคคลในครอบครัวที่อันเป็นที่รักยิ่ง เพื่อนใกล้ชิดที่คอยสนับสนุนและช่วยเหลือเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

กฤษณา หวังนุกกลาง

ผู้วิจัย

6305971 : กฤษณา หวังมงคล
 ชื่อวิทยานิพนธ์ : ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี
 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
 ในจังหวัดนครราชสีมา
 หลักสูตร : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
 อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร
 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design) เพื่อศึกษา
 ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ ในคลินิก
 ยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา
 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบโควต้า 173 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน 2566 โดย
 ใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา 2) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจาก
 การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา 4)
 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และ 5) แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
 ต้านไวรัส ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI=1.00 วิเคราะห์ข้อมูล
 ด้วยสถิติเชิงบรรยาย Chi - Square และ Binary Logistic Regression

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เคยดื่มและเคยรับประทานยาผิดเวลา (ร้อยละ
 62.43 และ 67.63 ตามลำดับ) ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี
 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา
 ($\beta = 1.863$) ประวัติการรักษา ($\beta = 1.861$) อาการข้างเคียงจากยา ($\beta = 0.996$) และความเชื่อเฉพาะ
 ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ($\beta = 1.391$) โดยร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 36.1
 (Nagelkerke $R^2 = 0.361$) ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมินปัจจัยที่
 ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ และ
 ความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยเฉพาะในกลุ่มที่มี
 ระยะเวลาการรักษา 1-3 ปี มีประวัติรับประทานไม่ต่อเนื่อง มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา
 และกลุ่มที่ไม่รับรู้ความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัส

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 132 หน้า)

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ใหญ่, ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ลายมือชื่อนักศึกษา ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

6305971 : Krisana Wangmukklang
 Thesis Title : Factors Predicting Antiretroviral Therapy Adherence of Adults with HIV Infection in A Secondary Level Hospital, Nakhon Ratchasima Province
 Program : Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
 Thesis Advisor : Assoc. Prof. Wimonrut Boonsatean, Ph.D.
 Thesis Co-Advisor : Asst. Prof. Nam-oy Pakdevong, Dr.P.H.

Abstract

This predictive correlational research design aimed to investigate predictive factors for antiretroviral therapy adherence among HIV-infected adults at an outpatient antiretroviral clinic in a secondary level hospital, Nakhon Ratchasima province. A quota sampling method was used to select 173 adults with HIV Infection. Data were collected from July to September 2023 using questionnaires as follows: 1) personal and treatment-related information, 2) side effects of antiretroviral medication, 3) beliefs regarding medication adherence, 4) Health Literacy Scale: HLS-14 (Thai version) and 5) Adherence Index Score. The content validity index (CVI) of 1.00 was verified by three experts. Data were analyzed by descriptive statistics, chi-square and binary logistic regression.

The research findings revealed that a majority of HIV-infected individuals had experienced forgetting and incorrectly time-taking medication (62.43% and 67.63% respectively). Predictive factors significantly associated with antiretroviral therapy adherence among adults with HIV infection were identified ($p < .05$), including treatment duration ($\beta = 1.863$), treatment history ($\beta = 1.861$), side effects from antiretroviral drugs ($\beta = 0.996$) and beliefs regarding specific-necessity of medication adherence ($\beta = 1.391$), collectively predicting 36.1% of the variances (Nagelkerke $R^2 = 0.361$). These findings reflect the necessity of assessing factors influencing antiretroviral adherence among HIV-infected adults and the significance of promoting continuous and consistent medication adherence, especially in those undergoing treatment for 1-3 years, having a history of intermittent treatment, experiencing medication side effects, and those unaware of the important of antiretroviral adherence.

(Total 132 pages)

Keywords: HIV-infected individuals, Adults, Antiretroviral therapy adherence

Student's Signature Thesis Advisor's Signature
 Thesis Co-Advisor's Signature

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูป	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
คำถามการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
นิยามเชิงปฏิบัติการ	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี	10
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส	28
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส	33
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	56
ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	56
ส่วนที่ 2 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรและความสามารถในการ ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี	69
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	74
สรุปผลการวิจัย	74
อภิปรายผลการวิจัย	75
ข้อเสนอแนะ	82
เอกสารอ้างอิง	84
ภาคผนวก	93
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือ	94
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	110
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	120
ประวัติผู้วิจัย	132

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1	ระยะเวลาเริ่มขาด้านไวรัสเอชไอวีภายหลังรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
3.1	ค่าคะแนนและจำนวนวันที่สัมผัสโรคที่สัมพันธ์กับประสิทธิผล
4.1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4.2	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคร่วม โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4.3	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ และร้อยละ
4.4	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ และร้อยละ
4.5	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ และร้อยละ
4.6	ลักษณะความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ และร้อยละ
4.7	ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยใช้สถิติ Chi-square
4.8	ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยใช้สถิติ Chi-square
4.9	ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกชนิด Binary ของปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	7
2.1	ปริมาณไวรัสเอชไอวีกับปริมาณภูมิคุ้มกัน (CD4) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	20
2.2	ผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี HIV Treatment Cascade ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566	22



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus, HIV) ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) เข้าสู่ระยะของโรคเอดส์ และเพิ่มโอกาสในการเสียชีวิต จากสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2022 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 39 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.3 ล้านคน ในจำนวนนี้ 1.2 ล้านคนมีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 92) และมีผู้ติดเชื้อเสียชีวิต 650,000 คน (World Health Organization, 2023) สถานการณ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 561,578 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,230 คน โดยร้อยละ 99.41 (จำนวน 9,176 คน) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวีพบในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มวัยผู้ใหญ่ สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้ป้องกัน ร้อยละ 96 และร้อยละ 4 พบในผู้ใส่สารเสพติดชนิดฉีด (ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย, 2566) การติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยตรง ทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ เกิดการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาสและอากรุนแรงจนเสียชีวิต นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยในปีงบประมาณ 2565 มีการใช้งบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงถึง 3,978 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ซึ่งเป็นงบประมาณที่สูงรองจากการดูแลสุขภาพโรคไตวายเรื้อรัง

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (The United States Centers for Disease Control and Prevention, U.S.; CDC) ได้ประเมินสถานการณ์แพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบจำลอง The Progression and Transmission of HIV Model (PATH 2.0) ในปี ค.ศ. 2016 มีเป้าหมายในการติดตามการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ ความชุกของการติดเชื้อ การรักษา และการกดไวรัส พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ

เอชไอวีและผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการรักษา และร้อยละ 20 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสแต่ไม่สามารถกดไวรัสได้ เพื่อยุติการระบาดของติดเชื้อเอชไอวี กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์แห่งสหรัฐอเมริกา (The U.S. Department of Health and Human Services; HHS) ได้เสนอแนวทางให้ปรับปรุงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในระยะเริ่มต้น เมื่อตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีต้องเข้าสู่การดูแลรักษาและป้องกันอย่างรวดเร็ว เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสามารถกดไวรัส (Viral Suppression) ได้สำเร็จโดยเร็วที่สุด ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จมีความสำคัญต่อการยับยั้งการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ และการลดการแพร่เชื้อเอชไอวี (Li, Purcell, Sansom, Hayes, & Hall, 2019) ในปี ค.ศ. 2019 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อแห่งสหรัฐอเมริกาคำหนดกลยุทธ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า The HIV Care Continuum หรือที่รู้จักในประเทศไทย คือ HIV Treatment Cascade มีลำดับขั้น ดังนี้ (1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะของการติดเชื้อและได้รับการวินิจฉัย (2) เข้าสู่การรักษาภายใน 1 เดือนภายหลังทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี (3) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (4) การคงอยู่ในการรักษา และ (5) ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสและสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ (Centers for Disease Control and Prevention, 2019) ต่อมากองโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; UNAIDS) ได้กำหนดเป้าหมายของกลยุทธ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง คือ 95-95-95 ซึ่งหมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบสถานะการติดเชื้อ ร้อยละ 95 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและคงอยู่ในการรักษา และร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสามารถกดไวรัสสำเร็จ ตามลำดับ ผลการดำเนินงานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะของการติดเชื้อเป็นไปตามเป้าหมาย (มากกว่าร้อยละ 95) แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ร้อยละ 84 ในขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสจนสามารถกดไวรัสสำเร็จ ร้อยละ 87 ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นพื้นที่ศึกษาของโครงการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องร้อยละ 85 และสามารถกดไวรัสสำเร็จ ร้อยละ 80 (ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย, 2566) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย คาดว่าการไม่บรรลุเป้าหมายดังกล่าวน่าจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในการรับประชนา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน และยังไม่สามารถสรุปปัจจัยสาเหตุที่แน่นอนได้

จากข้อมูลดังกล่าว ประเทศไทยจึงมีการปรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมุ่งเน้นการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ เพื่อให้เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็ว ส่งเสริมการ

รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและคงอยู่ในการรักษา ซึ่งการรับประทานยาต้านไวรัสมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากยาออกฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย และช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อไวรัสทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดทีเซลล์ (T-cell) ซึ่งเป็นระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญของร่างกาย ทำให้ป้องกันและลดการติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (ปริชา มณฑานติกุล, 2550) ผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ จะมีระดับของเชื้อไวรัสในร่างกายลดลงจนถึงระดับที่ไม่สามารถตรวจพบได้ (Viral Load Undetectable) (ปริชา มณฑานติกุล, 2550; เสาวนีย์ วิบูลสันติ, ศศิโสภณ เกียรติบุญกุล, โอภาส พุทธเจริญ, เอกจิตรา สุขกุล, และรังสิมา โล่เลขา, 2565) การรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการลดไวรัส ลดการเจ็บป่วย และลดการเสียชีวิต (Conway, 2007; Gulick, 2010) นอกจากนี้ยังช่วยลดการแพร่เชื้อและลดการเกิดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (Wilson, Law, Grulich, Cooper, & Kaldor, 2008) ในขณะที่การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ($p < 0.001$) และส่งผลต่อการดื้อยาต้านไวรัสตามมา (เจตนิพัทธ์ มิดขุนทด, 2562; ปราณี ขาวแดง, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) แบ่งเป็น 5 ด้าน ซึ่งส่งผลต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (Health System Factors) ได้แก่ การจัดบริการ สิทธิการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับบุคลากรสาธารณสุข (2) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social & Economic Factors) ได้แก่ เศรษฐฐานะ (Financial Status) การมีผู้ดูแล (Achappa et al., 2013; Gast & Mathes, 2019) (3) ปัจจัยด้านการรักษา (Therapy-Related Factors) ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา สูตรยาที่ใช้ในการรักษา (Treatment Regimen) อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส (ชนิกา ศรีราช, จีวีวรรณ บุญสุยา, และอรนุช ภาชีน, 2561; ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ครุฑทากศ, อุษณีย์ เทพวรชัย, และเขาวรัตน์ อินทอง, 2558; Achappa et al., 2013) ประวัติการรักษาต่อเนื่องหรือขาดการรักษา (Loss to Follow-up) (Bantie, Seid, Kerebeh, Alebel, & Dessie, 2022; Telayneh et al., 2022) (4) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patients-Related Factors) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เวลาในการทำงาน รายได้ สถานภาพสมรส การเปิดเผยการติดเชื้อ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ความเชื่อ (Achappa et al., 2013; Fazeli et al., 2020; Gast & Mathes, 2019; Kioko & Pertet, 2017; Mendez, Perez, & Baez, 2015) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) (Sianturi et al., 2020; Stonbraker et al., 2017) และ (5) ปัจจัยเกี่ยวกับโรค (Condition-Related Factors) ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม ความรู้

เกี่ยวกับโรค (ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ, 2558; Achappa et al., 2013; Gast & Mathes, 2019) ซึ่ง การศึกษารุ่นนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์ระดับกลางถึงสูงกับพฤติกรรม ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ 2 ด้าน คือ ด้านการ รักษา (ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส) และด้านผู้ป่วย (ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ) ผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลปัจจัยด้านการรักษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีระยะเวลาในการรักษาตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ($p < .05$) (ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561) และมีประวัติ การรักษาต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ($p = .001$) (Bantie et al., 2022; Telayneh et al., 2022) นอกจากนี้การเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเป็น หนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ($p < .001$) (ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561; Achappa et al., 2013; Kioko & Pertet, 2017) ในส่วนของปัจจัยด้าน ผู้ป่วย พบว่า บุคคลที่มีความเชื่อว่าการรับประทานยาต้านไวรัสมีความจำเป็นจะให้ความร่วมมือใน การรับประทานยา และมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาสม่ำเสมอ ($p = .001$) (Horne, Cooper, Gellaitry, Date, & Fisher, 2007; Phillips, Diefenbach, Kronish, Negron, & Horowitz, 2014) ส่วนความรอบรู้ ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคม ที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึง เข้าใจและตัดสินใจ เลือกใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008) การมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพสูงอาจช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และตระหนักถึงความสำคัญของการ รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ จึงเกิดแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะรับประทานยาต้านไวรัสไม่ สม่ำเสมอและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง (Cunha et al., 2016; Stonbraker et al., 2017)

จากสถานการณ์ปัญหาที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในระดับประเทศและในพื้นที่ศึกษามี ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่าเป้าหมาย ร่วมกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการในต่างประเทศ (Achappa et al., 2013; Altice et al., 2019; Cunha et al., 2016; Fazeli et al., 2020; Gakumo et al., 2013; Kioko & Pertet, 2017; Mendez et al., 2015; Palumbo, 2015; Perez, Chagas, & Pinheiro, 2021; Sianturi et al., 2020; Stonbraker et al., 2017; Thompson, Havenga, & Naude, 2015) ซึ่งไม่ เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ค้นพบในประเทศไทยมีจำนวนจำกัด (เจตนิพัทธ์ มิดขุนทด, 2562; ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561; ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ, 2558;

ปราณี ขาวแดง, 2555) และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของความเชื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยเลือกปัจจัยจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับกลางถึงสูงกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อยืนยันอิทธิพลในการทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้พัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส ลดการติดต่อยาต้านไวรัส

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ของปัจจัยระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำถามการวิจัย

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่เป็นอย่างไร
2. ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ได้หรือไม่ อย่างไร

3. ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ได้หรือไม่ อย่างไร

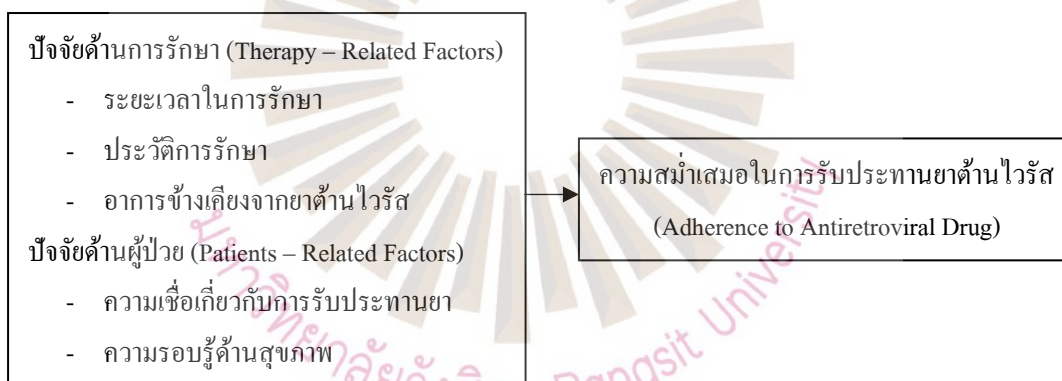
สมมติฐานการวิจัย

ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์จากโมเดลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (The HIV Care Continuum) (Centers for Disease Control and Prevention, 2019) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โมเดลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง เป็นโมเดลที่อธิบายขั้นตอนหรือระยะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องประสบ 5 ขั้นตอน คือ 1) ได้รับการวินิจฉัย (Diagnosed with HIV) 2) เข้าถึงการดูแลรักษาภายใน 1 เดือนหลังการวินิจฉัย (Linked to Care) 3) รับประทานยาต้านไวรัส (Received HIV Medical Care) 4) คงอยู่ในการรักษา (Retained in Care) และ 5) กดไวรัสได้สำเร็จและคงปริมาณในระดับต่ำหรือตรวจไม่พบไวรัสในกระแสเลือด (Achieved and Maintained Viral Suppression) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนที่ 3-4 และส่งผลต่อความสำเร็จของการคงอยู่ในการรักษา จนสามารถกดไวรัสได้ในขั้นตอนที่ 5 จากการทบทวนงานวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรักษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาในการรักษา 10 ปีขึ้นไปมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่า 10 ปี (ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประวัติได้รับการรักษาต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในทางตรงข้ามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เคยมีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่สม่ำเสมอ (Bantie et al., 2022; Telayneh et al., 2022) และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส เป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นผลมาจากการ

รับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (ชนิกาศรีราช และคณะ, 2561; Achappa et al., 2013; Kioko & Pertet, 2017) ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patients-Related Factors) พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา บุคคลที่รับรู้ว่าการรับประทานยา มีความจำเป็นมากกว่ามีความกังวลต่อการรับประทานยา จะมีความร่วมมือในการรับประทานยา และมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Horne et al., 2007; Phillips et al., 2014) ตัวแปรนี้ถูกนำไปใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์และทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ (Horne, 1997) ซึ่งพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา มีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ (ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2557) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวี รวมถึงการรับประทานยาต้านไวรัส ได้ถูกต้อง ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ (Sianturi et al., 2020; Stonbraker et al., 2017) ทำให้เกิดแรงจูงใจให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะส่งผลต่อการปฏิบัติ และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Osborn, 2010) โดยสรุปกรอบแนวคิดดังแสดงในรูปที่ 1.1



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ระยะเวลาในการรักษา หมายถึง จำนวนปีเต็มตั้งแต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน

ประวัติการรักษา หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาตามนัดหมายของบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ได้มาได้รับการรักษาต่อเนื่อง ขาดการรักษา (Loss to Follow-up) โดยมีประวัติไม่มาได้รับการรักษาตามนัดมากกว่า 90 วัน หรือขาดการรับประทานยาต้านไวรัส มากกว่า 90 วันนับจากการรับประทานยาครั้งสุดท้ายจนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และสอบถามข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในขนาดปกติ ซึ่งอาจมีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ได้แก่ ผื่นตามร่างกาย วิงเวียน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ผื่นร่าย ชาตามร่างกาย ชีต ตาและตัวเหลือง ตับอักเสบ ปวดเอว ปวดท้อง ปัสสาวะขัด แก้มตอบ แขนขาอักเสบ กล้ามเนื้อลีบ ก้นลีบ และอื่น ๆ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 4 ข้อ เกี่ยวกับการเกิดอาการข้างเคียง ความถี่ ความรุนแรง และการแก้ปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ลักษณะคำตอบมีทั้งแบบเลือกตอบเพียง 1 ข้อ เลือกตอบมากกว่า 1 ข้อ และการให้ค่าคะแนนเป็นตัวเลข 1 - 10 ขึ้นกับข้อคำถาม แบ่งระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา หมายถึง การรับรู้และยอมรับเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาศัยประสบการณ์และการไตร่ตรองของตนเองในการพิจารณา ซึ่งส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการรับประทานยา และความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (Specific-Necessity) จำนวน 5 ข้อ และความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา (Specific-Concern) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมที่สูงขึ้น หมายถึง มีความเชื่อสูงเกี่ยวกับการรับประทานยาในด้านนั้น ๆ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการสร้างแรงจูงใจให้ตนเองสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในการพิจารณาตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของ

ตนเองไว้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้ทางด้านสุขภาพ The 14-Item Health Literacy Scale: HLS-14 (Suku et al., 2013) ฉบับภาษาไทยของวิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์ยะสกุล (2564) จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นพื้นฐาน จำนวน 4 ข้อ ชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ และชั้นวิจารณ์ญาณ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนโดยรวมและรายด้านที่สูงขึ้น หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและด้านนั้น ๆ สูงขึ้น

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส หมายถึง พฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา โดยรับประทานตรงตามจำนวน ขนาด เวลา และวิธีการรับประทานตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ที่กำหนดเวลาการรับประทานยาร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเมินโดยใช้แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence Index Score) ของชนิกา ศรีราช และคณะ (2561) จำนวน 3 ข้อ เกี่ยวกับการเคยรับประทานยาต้านไวรัสผิดเวลา จำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ลืมรับประทานยา และระยะเวลาเป็นวันจากครั้งสุดท้ายที่ลืมรับประทานยาจนถึงวันที่มาตรวจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียง 1 ข้อ แต่ละข้อมีการกำหนดคะแนนที่แตกต่างกัน คะแนนรวม 10 คะแนนขึ้นไป หมายถึง รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย ความหมาย กระบวนการและการดำเนินโรค การวินิจฉัย การรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (The HIV Care Continuum) และบทบาทการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความสม่ำเสมอในการรับประทายา ประกอบด้วย ความหมายของความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส แนวคิดเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทายาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสและผลกระทบจากการรับประทายาไม่สม่ำเสมอ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี

สถานการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลมาจากกลยุทธ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องและความพยายามในการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้รวดเร็ว สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมทางเพศเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้ป้องกัน ทำให้การติดเชื้อเอชไอวีพบมากในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวี

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการให้ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวีไว้หลากหลาย ดังนี้

วรารณ กิ่งแก้ว (2558) ให้ความหมายของ การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เชื้อไวรัสกลุ่ม Human Immunodeficiency Virus (HIV) เข้าไปทำลายเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เม็ดโลหิตขาวที่เรียกว่า ที - เซลล์ ชนิดลิมโฟไซท์ ที่เรียกว่า ซีดีโฟร์ (CD4) จะถูกทำลาย ซึ่ง ซีดีโฟร์มีบทบาทสำคัญในระบบภูมิคุ้มกัน กว่าที่ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีจะมีการเจ็บป่วยส่วนมากต้องใช้เวลาประมาณ 10 ปี แม้จะไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีก็ตาม ทั้งนี้กระบวนการดำเนินโรคของแต่ละคนอาจใช้เวลาไม่เท่ากัน เมื่อระบบภูมิคุ้มกันถูกทำลาย จนจำนวนซีดีโฟร์ลดลงถึงระดับที่ต่ำมาก ทำให้อวัยวะมีการติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (2016) ให้ความหมายของ การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การรับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อและทำลายระบบภูมิคุ้มกันซีดีโฟร์ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยร่วมกับการติดเชื้อฉวยโอกาส หากไม่ได้รับการรักษาภายใน 8-10 ปี จะพัฒนาไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น

องค์การอนามัยโลก (2021) ได้ให้ความหมายของ การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยเชื้อเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง เชื้อจะใช้เวลาหลายปีในการทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และตรวจพบระดับภูมิคุ้มกันซีดีโฟร์ลดลง

กรมควบคุมโรค (2564) ให้ความหมายของ การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่เชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เกิดการติดเชื้อโรคอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรค ปอดบวม เชื้อหุ้มสมองอักเสบ หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะมีการของโรครุนแรง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต

สรุปความหมายของ การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยเชื้อเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่เรียกว่า ซีดีโฟร์ (CD4) ซึ่งเชื่อจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันอย่างช้า ๆ จนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจเลือด จะมีผลการตรวจพบเชื้อเอชไอวีในร่างกาย และได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ตามการวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก

กระบวนการและการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) เป็นรีโทรไวรัส (Retrovirus) คือไวรัสอาร์เอ็นเอ (RNA) ที่สามารถเปลี่ยนกลับไปเป็นดีเอ็นเอ (DNA) เพื่อแฝงตัวอยู่ในโครโมโซมของเซลล์เจ้าบ้านที่มีสารพันธุกรรมเป็นดีเอ็นเอได้ เมื่อต้องการแบ่งตัวจะสังเคราะห์กลับไปเป็นอาร์เอ็นเอ โดยใช้ส่วนประกอบที่มีอยู่ในเซลล์เจ้าบ้าน และเพิ่มจำนวนแพร่กระจายไปสู่เซลล์อื่น รีโทรไวรัสใช้อาร์เอ็นเอสายเดี่ยวเป็นสายพันธุกรรมหลังจากเข้าไปในเซลล์ จะใช้เอนไซม์ที่เรียกว่า รีเวิร์สทรานสคริปเทส (Reverse Transcriptase) เปลี่ยนอาร์เอ็นเอเป็นดีเอ็นเอ ใช้อินทิเกรต (Integrate) เพื่อสอดใส่ดีเอ็นเอของเชื้อไวรัสเข้าไปในดีเอ็นเอของเซลล์เจ้าบ้าน และใช้เซลล์นั้นเป็นแหล่งในการแบ่งตัว (บุรัศกร ทรัพย์สุพรรณ, พุทธิชัย ศิริวัฒนานุกุล, และเสริมศิริ แสงรุ่งเรืองศรี, 2550) การทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเมื่อเกิดการติดเชื้อเอชไอวี เชื้อจะเข้าสู่ทีเฮลเปอร์ลิมโฟไซต์ (T-Helper Lymphocytes) หรือซีดีโฟร์ (CD4) รวมทั้งเข้าไปในแมคโครฟาจ (Macrophages) และเซลล์เดนไดรติก (Dendritic Cell) ขั้นตอนแรกของการเข้าสู่เซลล์เอชไอวีจะใช้ด็อกกิ่งไกลโคโปรตีน (Docking Glycoprotein หรือ gp120) ที่อยู่บนเปลือกของไวรัสจับกับตัวรับซีดีโฟร์รีเซปเตอร์ (CD4+ Receptor) โดยโครีเซปเตอร์ (Coreceptor) คือ คีโมไคนรีเซปเตอร์ (Chemokine Receptor) ซีซีอาร์ 5 (CCR5) หรือซีเอ็กซ์อาร์ (CXCR4) ของเซลล์เจ้าบ้าน เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง เพื่อดึงเปลือกหุ้มไวรัสและเซลล์เมมเบรน (Cell Membrane) เข้าใกล้กัน เกิดการรวมตัวกันและปล่อยไวรัสอาร์เอ็นเอเข้าสู่ไซโตพลาสซึมของเซลล์เจ้าบ้าน จากนั้นไวรัสจะใช้เอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเทสในการสร้างดีเอ็นเอสายคู่ ซึ่งจะเข้าไปรวมตัวกับดีเอ็นเอของเจ้าบ้านในนิวเคลียสโดยใช้เอนไซม์อินทิเกรต ดีเอ็นเอจะควบคุมการสร้างโปรตีนที่จำเป็นในการสร้างไวรัสตัวใหม่ และจะถูกเอนไซม์โปรเตส (Protease) ตัดเพื่อให้อยู่ในขนาดที่เหมาะสมสำหรับการสร้างส่วนประกอบและเอนไซม์ที่จำเป็นต่อวงจรชีวิตของไวรัส ในขั้นสุดท้ายจะมีไวรัสตัวใหม่หลุดออกจากเซลล์เจ้าบ้านที่ผนังเซลล์ แพร่ออกไปนอกเซลล์ (บุรัศกร ทรัพย์สุพรรณ และคณะ, 2550)

ลักษณะสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวี จะมีการลดลงอย่างต่อเนื่องของซีดีโฟร์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อพ้นระยะติดเชื้อในระยะเริ่มต้นแล้วมักจะไม่มีอาการ โดยทั่วไประดับซีดีโฟร์จะลดลงอย่างช้า ๆ และลดลงอย่างรวดเร็วช่วงท้ายของการติดเชื้อ โดยเฉลี่ยซีดีโฟร์จะลดลงประมาณ 30-60 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรต่อปี ระดับของซีดีโฟร์ที่ต่ำลงเป็นปัจจัยสำคัญในการเจ็บป่วยและเสียชีวิต การตรวจหาระดับซีดีโฟร์เป็นการประเมินภูมิคุ้มกันของร่างกาย ใช้ทำนายโอกาสของการติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับของซีดีโฟร์จะสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การเพิ่มขึ้นนี้จะสัมพันธ์กับอัตราการกดการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามแม้ว่าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะสามารถทำงานได้แต่ก็จะไม่สมบูรณ์เหมือนเดิม (สุเมธ องค์กรบรรณคดี, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, และรังสิมา โล่ห์เลขา, 2560) การดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวีสามารถสรุปได้ เป็น 6 ระยะ ดังนี้

1) Viral Transmission ระยะของการแพร่เชื้อเข้าสู่ร่างกาย

2) Primary HIV Infection (Acute HIV infection, Acute Seroconversion Syndrome, Acute Retroviral Syndrome) เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะจับกับซีดีโฟร์ เชื้อจะเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองภายในเวลาเพียง 2 วัน และเข้าสู่กระแสเลือดภายใน 5 วัน จากนั้นเชื้อจะกระจายไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย รวมทั้งสมองและ Lymphatic System ประมาณ 2-6 วัน หลังรับเชื้อจะพบว่า มีระดับของเชื้อเอชไอวีในเลือดสูง ร่วมกับตรวจพบ HIV-Specific Immune Response ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ระยะเวลาดังกล่าวได้รับเชื่อนจนถึงมีอาการใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ การวินิจฉัยที่ดีที่สุด คือ การวัดปริมาณของ HIV RNA หรือ HIV DNA ในเลือด ซึ่งมักจะสูงมากอยู่ระหว่าง 2.5-44 ล้าน copies/ml และจะสูงที่สุดใน 3 สัปดาห์หลังได้รับเชื้อ อาการของผู้ติดเชื้อจะหายเป็นปกติร่วมกับการลดลงของปริมาณเชื้อในเลือด เป็นผลจากกลไกทางภูมิคุ้มกันของร่างกาย จากปฏิกิริยาของ Cytotoxic T Lymphocyte (CTL) จะเกิดขึ้นก่อนการตรวจภูมิคุ้มกัน การเกิดขึ้นของ CTL จะทำให้ปริมาณของเชื้อในเลือดลดลงประมาณ 3-5 log ปริมาณของเชื้อจะลดลงจนถึงระดับต่ำสุดและคงที่ (Viral Set Point) ภายใน 6 เดือน ระดับของ Viral Set Point จะบ่งชี้ถึงการดำเนินโรคในระยะต่อไป ปริมาณของเชื้อที่สูงมากทำให้มีการกระจายเข้าสู่อวัยวะอื่น เช่น ระบบประสาท และ Lymphatic Tissue ได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง ม้าม ต่อมทอนซิล และ Adenoids ของอวัยวะต่าง ๆ จะเป็นแหล่งซ่อนตัวและเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น

3) Seroconversion การตรวจพบหลักฐานการติดเชื้อเอชไอวี โดยการตรวจทางน้ำเหลือง ซึ่งมักจะเริ่มตรวจพบประมาณ 3 สัปดาห์หลังจากได้รับเชื้อ

4) Asymptomatic Infection ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักไม่มีอาการ การตรวจร่างกายจะไม่พบสิ่งผิดปกติ ยกเว้นบางรายอาจตรวจพบก้อนต่อมน้ำเหลืองโตที่เรียกว่า Persistent

Generalized Lymphadenopathy (PGL) ภายในต่อมน้ำเหลืองจะมีเชื้อเอชไอวีอยู่เป็นจำนวนมาก เชื้อที่อยู่ภายนอกเซลล์จะอยู่ที่ Follicular Dendritic Cell Processes ภายใน Germinal Centers ซึ่งมักแฝงตัวอย่างสงบ ใน Lymphatic Tissue จะเป็นแหล่งที่เชื้อแฝงตัวอยู่ ในขณะที่ปริมาณเชื้อในเลือดจะต่ำ เมื่อเวลาผ่านต่อมน้ำเหลืองจะค่อย ๆ ถูกทำลาย และเชื้อเอชไอวีก็จะเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น

5) Symptomatic HIV Infection ระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเริ่มแสดงอาการที่เกิดจากระดับภูมิคุ้มกันที่ลดต่ำลง

6) ภาวะเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) จะมีการติดเชื้อจนภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายมากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีภูมิคุ้มกันต่ำมากจนไม่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection; OI) ได้ เกิดขึ้นหลังจากได้รับเชื้อมาแล้วหลายปี อาการที่พบบ่อย คือ ท้องเสียเรื้อรัง (Chronic Diarrhea) การติดเชื้อราในช่องปาก ลำคอและช่องคลอด (Candidiasis) ต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณรักแร้ ขาหนีบ (Lymphadenitis) มีแผลริมที่มีอาการเรื้อรัง มีไข้ไม่ทราบสาเหตุต่อเนื่องมากกว่า 10 วัน อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ผื่นคันบริเวณแขน ขา มีอาการของงูสวัด (Herpes Zoster) มีการติดเชื้อวัณโรค (Pulmonary Tuberculosis) ปอดอักเสบ (Pneumocystis Carinii Pneumonia; PCP) มีการติดเชื้อในระบบประสาท สมอง และไขสันหลัง (Cryptococcal Meningitis) หรืออาจมีการติดเชื้อบริเวณลูกตา (Cytomegalovirus Retinitis; CMV) หรืออาจเกิดเป็นมะเร็งชนิดต่าง ๆ ได้ (ปริชา มณฑาทิภู, 2550)

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

การวินิจฉัยการติดเชื้อต้องใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (สุเมธ องค์กรธนดี และคณะ, 2560) ได้แก่

1) การตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIV Viral Testing) หรือส่วนประกอบของเชื้อ ได้แก่ การตรวจหาโปรตีนชนิดพี 24 แอนติเจน (P24 Antigen) หรือสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวีมีประโยชน์เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในช่วงระยะที่ไม่สามารถพบแอนติบอดีต่อเชื้อได้ เช่น การตรวจวินิจฉัยในเด็กอายุน้อยกว่า 24 เดือนที่ได้รับการถ่ายทอดแอนติบอดีต่อเชื้อจากแม่ ทำให้ไม่สามารถใช้การตรวจแอนติบอดีได้ การวินิจฉัยกรณีผู้ที่ไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อมาระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน หรือบุคลากรทางการแพทย์หลังได้รับอุบัติเหตุทางการแพทย์จากการปฏิบัติงาน เป็นต้น การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อสำหรับการวินิจฉัยนี้เป็นการตรวจเชิงคุณภาพ (Qualitative Assay) ด้วยเทคนิคเอนเอที (Nucleic Acid Amplification Testing; NAT) สามารถตรวจได้ทั้ง

ส่วนของอาร์เอ็นเอของเชื้อในพลาสมา หรือโพรไวรัสดีเอ็นเอ (Proviral DNA) ในเซลล์ที่ติดเชื้อไม่ว่าผลการตรวจเป็นผลบวกหรือผลลบ ควรตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีต่อไป

2) การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี เป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีหลักการที่ใช้ได้แก่ Enzyme - Linked Immunosorbent Assay: ELISA, Agglutination Assay, Immunochromatography และ Aot Immunoassay ชุดตรวจในปัจจุบันสามารถตรวจได้ทั้งแอนติเจนและแอนติบอดีต่อเชื้อในชุดเดียวกัน ซึ่งมีความไวไม่ต่ำกว่าร้อยละ 99.5 และความจำเพาะไม่ต่ำกว่าร้อยละ 99 (สภานิติการแพทย์, 2560) ทำให้สามารถวินิจฉัยผู้ติดเชื้อใหม่หรือติดเชื้อเดิมกลับได้เร็วขึ้น

ปัจจุบันโรงพยาบาลมีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 วิธี ซึ่งในการวินิจฉัยจะเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือทั้ง 2 วิธี ตามประวัติและความเสี่ยงที่พบจากให้ข้อมูลของผู้รับบริการ

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน มีเพียงการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีเท่านั้น โดยใช้วิธีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) (กรมควบคุมโรค, 2565; คณิสร์ แก้วแดง และสุมาลี ราชนิม, 2558) ยาต้านไวรัสเอชไอวีแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ของยา 4 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มยา Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) ยาจะออกฤทธิ์ขัดขวางกระบวนการเปลี่ยนสารพันธุกรรมชนิดอาร์เอ็นเอ (RNA) ไปเป็นดีเอ็นเอ (DNA) ซึ่งการสร้างสายดีเอ็นเอต้องอาศัยเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเทส (Reverse Transcriptase) ยาเข้าไปจับที่ตำแหน่งนิวคลีโอไซด์ (Nucleosides) การแทนที่ของยาทำให้การเชื่อมต่อกับนิวคลีโอไซด์ตัวต่อไปเพื่อสร้างเป็นสายดีเอ็นเอไม่สามารถสร้างต่อได้ ยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่มนี้ ได้แก่ Abacavir (ABC), Didanosine (ddI), Lamivudine (3TC), Stavudine (d4T), Zidovudine (AZT), Zalcitabine (ddC), Emtricitabine (FTC) และ Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF)

2) กลุ่มยา Non - Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ยาออกฤทธิ์จับกับเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเทส (Reverse Transcriptase) ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเอนไซม์ ทำให้เอนไซม์ไม่สามารถทำงานได้ ยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่มนี้ ได้แก่ Efavirenz (EFV), Rilpivirine (RPV), และ Nevirapine (NVP)

3) กลุ่มยา Integrase Strand Transfer Inhibitors (INSTIs) การออกฤทธิ์ของยาเมื่อรีโทรไวรัสสร้างดีเอ็นเอสายคู่จากอาร์เอ็นเอจะใช้เอนไซม์อินทีเกรส (Integrase) เพื่อเข้าไปรวมตัวกับดีเอ็นเอของเซลล์เจ้าบ้านในนิวเคลียส ยาจะยับยั้งเอนไซม์อินทีเกรสที่ส่งสารพันธุกรรม ซึ่งรบกวนการทำงานของเอนไซม์ที่จำเป็นในการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี ยาต้านไวรัสกลุ่มนี้ได้แก่ Dolutegravir (DTG), Raltegravir (RAL), และ Elvitegravir (EVG)

4) กลุ่มยา Protease Inhibitors (PIs) ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Protease ของเชื้อเอชไอวี เมื่อรีโทรไวรัสสร้างดีเอ็นเอและเข้าสู่เซลล์เจ้าบ้าน ดีเอ็นเอจะควบคุมการสร้างโปรตีนที่จำเป็นในการสร้างไวรัสตัวใหม่ โดยจะถูกเอนไซม์ Protease ตัดเพื่อให้อยู่ในขนาดที่เหมาะสมสำหรับการสร้างส่วนประกอบและเอนไซม์ที่จำเป็นต่อวงจรชีวิตของไวรัส ในขั้นสุดท้ายจะมีไวรัสตัวใหม่และเกิดการหลุดออกจากเซลล์เจ้าบ้านที่ผนังเซลล์ ออกไปนอกเซลล์ กลุ่มยา PIs จะเข้าไปจับ PI Binding Sites ได้พอดี จึงป้องกันการการทำงานของเอนไซม์ Protease ได้ อย่างไรก็ตาม เชื้อเอชไอวียังสามารถถูกสร้างขึ้นและปลดปล่อยออกจากเซลล์ของ Host แต่เป็นเชื้อที่ไม่สมบูรณ์และไม่สามารถก่อให้เกิดการติดเชื้อต่อเซลล์อื่นได้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Atazanavir (ATV), Indinavir (IDV), Lopinavir (LPV), Nelfinavir (NFV), Ritonavir (RTV) และ Saquinavir (SQV)

แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2565) สูตรยาต้านเอชไอวีที่ใช้แนะนำเป็นสูตรแรก ประกอบด้วยยากกลุ่ม NRTIs backbone จำนวน 2 ตัว ร่วมกับยากกลุ่ม INSTIs จำนวน 1 ตัว โดยสูตรยาที่ใช้ในการรักษาในปัจจุบัน ได้แก่

1) ยาต้านไวรัสสูตรแรก ได้แก่ Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) 2 ตัวร่วมกับ Integrase Strand Transfer Inhibitors (INSTIs) 1 ตัว คือ Dolutegravir ซึ่งยาที่ใช้ในปัจจุบันเป็น Fixed Dose Combination หรือ Single - Tablet Regimens (STRs) ที่เรียกว่า TLD คือ Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutegravir (DTG)

2) ยาสูตรทางเลือก ได้แก่ Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) 2 ตัวร่วมกับ Non - Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) 1 ตัว กรณีที่ไม่สามารถหายตัวที่ 3 ที่เหมาะสมได้ เช่น มีปัญหาโรคไต อาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม Integrase Strand Transfer Inhibitors (INSTIs) หรือยาในกลุ่ม Protease Inhibitors ยาสูตรทางเลือกส่วนใหญ่เป็น Multiple - Tablet Regimens (MTRs) (Altice et al., 2019) ยาที่ใช้ในปัจจุบัน คือ

2.1) Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

2.2) Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Dolutegravir (DTG)

2.3) Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

2.4) Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Dolutegravir (DTG)

2.5) Tenofovir (TDF) + Zidovudine (AZT) + Dolutegravir (DTG)

2.6) Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Rilpivirine (RPV)

2.7) Tenofovir (TDF) + Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) +
Dolutegravir (DTG)

2.8) Tenofovir (TDF) + Zidovudine (AZT) + Lopinavir (LPV) +
Rilpivirine (RPV)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส HAART เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดีที่สุด โดยผู้ติดเชื้อจะได้รับยาต้านเอชไอวีอย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกันเป็นสูตรพื้นฐาน หลักการรักษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต้านไวรัสให้ตรงเวลาทุกวันต่อเนื่องตลอดชีวิต เนื่องจากยาจะไปทำการยับยั้งการแบ่งตัวและการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวี หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีหยุดรับประทานยาต้านไวรัส หรือมีการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอจะทำให้เชื้อไวรัสแบ่งตัวเพิ่มจำนวนและอาจเกิดการดื้อต่อยาต้านไวรัสได้ เกิดการรักษาล้มเหลวและเพิ่มโอกาสในการแพร่เชื้อไปยังคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลของการดื้อต่อยาต้านไวรัสและความล้มเหลวทางไวรัสทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับยาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็น Multiple - Tablet Regimens (MTRs) จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับประทานยาถูกต้อง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น ยาที่รับประทานวันละ 1 ครั้ง ต้องแนะนำให้รับประทานยาทุก ๆ 24 ชั่วโมง หรือยาที่รับประทานวันละ 2 ครั้ง ต้องแนะนำให้รับประทานยาทุก ๆ 12 ชั่วโมง และต้องตรงเวลาอีกด้วย

อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันมีเพียงการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีเท่านั้น เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด โดยต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกัน ซึ่งการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัสส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงต่อระบบของร่างกาย ดังนี้

1) อาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Symptoms; GIS)

การออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัสส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร มากถึงร้อยละ 74.48 พบมากที่สุดภายหลังรับประทานยาต้านไวรัส โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน (Santos, Silveira, &

Falco, 2016) ในทางกลับกันการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลาย รวมถึงในระบบทางเดินอาหาร เมื่อผู้ติดเชื้อรับประทานยาต้านไวรัสจะก่อให้เกิดความไวต่อปฏิกิริยาจากยา และทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา (Santos et al., 2016) ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร มีดังนี้ (1) กลุ่มยา Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors ทุกตัวทำให้เกิดอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ Zidovudine (AZT), Lamivudine (3TC), Didanosine (ddI), Abacavir (ABC), Emtricitabine (FTC) และ Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) (2) กลุ่มยา Integrase Strand Transfer Inhibitors ได้แก่ Raltegravir (RAL), Dolutegravir (DTG) และ Elvitegravir (EVG) (3) กลุ่มยา Protease Inhibitors (PIs) ได้แก่ Atazanavir (ATV), Indinavir (IDV), Lopinavir (LPV), Ritonavir (RTV) และ Saquinavir (SQV) นอกจากอาการข้างเคียงที่กล่าวมาข้างต้นยังพบอาการของตับอักเสบ (ARV-Hepatotoxicity) พบได้ร้อยละ 31.8 (รัชนิพร ชื่นสุวรรณ และเฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล, 2553) โดยพบว่ายาในกลุ่ม Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Gamma Mitochondrial DNA Polymerase ซึ่งมีความสำคัญในการผลิต DNA ภายใน Mitochondria ทำให้ระดับของ Mitochondrial DNA ลดลง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติใน Cellular Respiratory Chain และยับยั้ง Pyruvate และ Fatty Acid Oxidation Pathway ทำให้เกิด Lactic Acidosis ซึ่งเป็นอวัยวะหลักที่จะได้รับผลกระทบจากภาวะนี้ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาในกลุ่มนี้เกิดภาวะตับอักเสบตามมา (รัชนิพร ชื่นสุวรรณ และเฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล, 2553)

2) อาการข้างเคียงของผิวหนัง (Skin Symptoms) อาการที่พบได้แก่ ผื่น มักพบใน 2-3 วันแรกหลังเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส หรืออาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงเริ่มมีอาการ อาการผื่นจากยาต้านไวรัสพบประมาณ ร้อยละ 10 หลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส ลักษณะผื่นเป็น Maculopapular Eruptions มีอาการบวมและไม่รุนแรง ซึ่งผื่นที่เกิดหลังรับประทานยาส่วนใหญ่เป็นผลจากปฏิกิริยาของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ไวต่อยาต้านไวรัส (Systemic Hypersensitivity) (Vitezica et al., 2008) ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงของผิวหนัง คือ ยาในกลุ่ม Non - Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ Efavirenz (EFV), Rilpivirine (RPV), และ Nevirapine (NVP)

3) อาการข้างเคียงต่อระบบประสาท (Nervous System Symptoms) อาการที่พบได้แก่ วิงเวียน ปวดศีรษะ ผื่นรอย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า (Saber, Neilands, & Johnson, 2011) ยาที่ใช้ในประเทศไทยและพบว่าทำให้เกิดอาการต่อระบบประสาท คือ ยาในกลุ่ม Non - Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ Efavirenz (EFV) โดยร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยา Efavirenz พบว่ามีอาการนอนไม่หลับ วิงเวียน นอกจากนี้อาจพบอาการดังกล่าว

ได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยากลุ่ม Protease Inhibitors (PIs) ได้แก่ Indinavir (IDV) และ Lopinavir (LPV) ซึ่งพบได้ร้อยละ 2 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยา (Omonuwa, Goforth, Preudhomme, & Krystal, 2009)

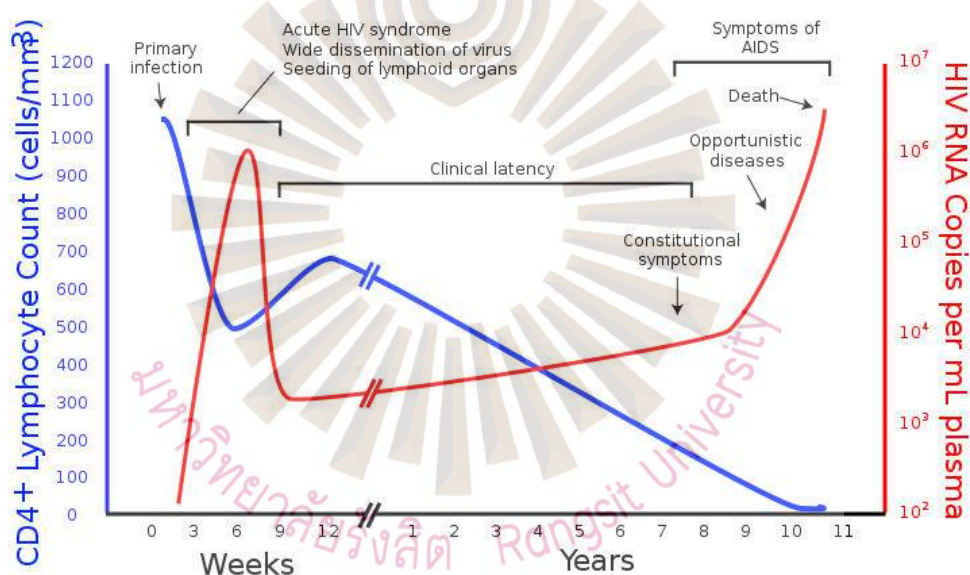
4) อาการข้างเคียงของระบบโลหิต (Hematological Symptoms) ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ซีด ซึ่งร้อยละ 25.8 พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยา Zidovudine (AZT) (สุนันทา เสริมงสา, 2016) ยาด้านไวรัส Zidovudine (AZT) เป็นสาเหตุของภาวะโลหิตจางร่วมกับภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลในเลือดต่ำ (Neutropenia) ก็ได้โดยทั่วไปจะพบภาวะโลหิตจางหลังรับประทานยาในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกจนถึงหลายเดือนแรก อาการแสดงที่พบ ได้แก่ อ่อนเพลีย (ขวัญใจ ชนากรจักร, 2557)

สรุปอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาด้านไวรัส หากมีอาการในระยะสั้นและไม่รุนแรง พบได้บ่อย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืด นอนไม่หลับ ฝันร้าย มีผื่นขึ้น เล็กน้อย และอาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น ภายในระยะเวลาประมาณ 2-3 เดือน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการข้างเคียงในระยะสั้นแต่มีอาการรุนแรง เช่น ภาวะซีด ตับหรือตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ชาติที่ปลายมือปลายเท้า เป็นต้น อาจพบได้ทุกช่วงของการรับประทานยาด้านไวรัส และอาจทำให้เสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จึงต้องมีการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามประเมินอาการ รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วม หรือมีประวัติเป็นโรคตับอักเสบ หรือมีโรคประจำตัวอื่น ๆ

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (The HIV Care Continuum)

ในปี ค.ศ.2016 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (The United States Centers for Disease Control and Prevention, U.S.; CDC) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์แพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบจำลอง The Progression and Transmission of HIV Model; PATH 2.0 ในการติดตามการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาและการกดไวรัส ผลการศึกษาพบว่าอัตราชุก (Transmission Rate) ของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ เท่ากับ 3.5 คนต่อประชากร 100 คน เมื่อแยกตาม The HIV Care Continuum พบว่า อัตราชุกของการแพร่เชื้อเอชไอวี แบ่งกลุ่มตามการดูแลได้ ดังนี้ 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลันโดยไม่ทราบสถานะของการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน อัตราชุกของการแพร่เชื้อเอชไอวี 16.1 คนต่อประชากร 100 คน 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นระยะเวลานานและไม่ทราบสถานะของการ

ติดเชื้อเอชไอวี อัตราสูงของการแพร่เชื้อเอชไอวี 8.4 คนต่อประชากร 100 คน 3) ผู้ที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่ได้รับการรักษา อัตราสูงของการแพร่เชื้อเอชไอวี 6.6 คนต่อประชากร 100 คน 4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ไม่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ อัตราสูงของการแพร่เชื้อเอชไอวี 6.1 คนต่อประชากร 100 คน และ 5) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ ไม่พบการแพร่เชื้อเอชไอวีจากกลุ่มนี้ (อัตราสูงของการแพร่เชื้อเอชไอวี 0 คนต่อประชากร 100 คน) (Li et al., 2019) เมื่อพิจารณาตามระยะของการติดเชื้อเอชไอวี ดังรูปที่ 2.1 ในระยะ Acute HIV Syndrome จะมีการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวีในระดับที่สูงมาก หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ทราบการติดเชื้อร่วมกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวี จะส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา The HIV Care Continuum ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา



รูปที่ 2.1 ปริมาณไวรัสเอชไอวี กับปริมาณภูมิคุ้มกัน (CD4) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
เมื่อไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ที่มา: WHO IMAI Patient Education Chart, 2008, as cited in UNAIDS Asia, 2012

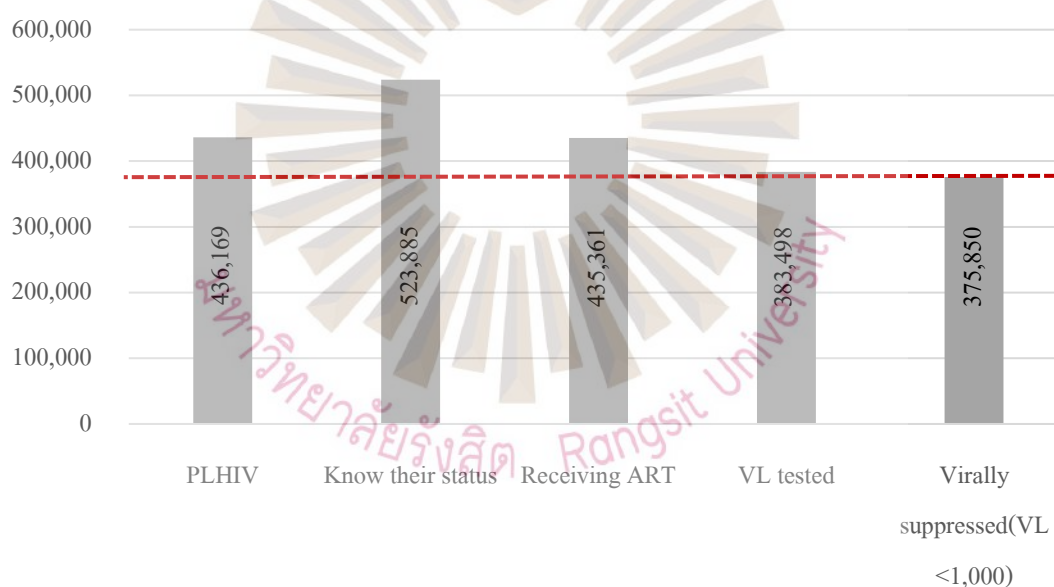
นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับการรักษาและการกดไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการศึกษาศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่ไม่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ มีอัตราสูงของการแพร่เชื้อเอชไอวี สูงถึง 6.1 คนต่อประชากร 100 คน ในขณะที่เดียวกันกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและ

สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ ไม่พบการแพร่เชื้อเอชไอวีจากกลุ่มนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ

เพื่อยุติปัญหาการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี The U.S. Department of Health and Human Services (HHS) ได้เสนอแนวทางให้ปรับปรุงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในระยะเริ่มต้น เมื่อตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีต้องเข้าสู่การดูแลรักษาและป้องกันอย่างรวดเร็ว เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ (Viral Suppression) โดยเร็วที่สุด ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จมีความสำคัญต่อการลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวี (Li et al., 2019) ในปี ค.ศ. 2019 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกาจึงกำหนดกลยุทธ์ในการยุติการติดเชื้อเอชไอวีที่เรียกว่า The HIV Care Continuum ซึ่งมีลำดับขั้น ดังนี้ 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะของการติดเชื้อและได้รับการวินิจฉัย 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าพบบุคลากรสาธารณสุขและเข้าสู่การรักษาภายในเวลา 1 เดือนภายหลังทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี 4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคงอยู่ในการรักษาและมารับการรักษาต่อเนื่อง และ 5) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสได้รับการตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัส และสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ (Centers for Disease Control and Prevention, 2019) ต่อมากองโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; UNAIDS) ได้กำหนดเป้าหมายในการยุติปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกภายในปี ค.ศ.2030 คือ 95-95-95 ซึ่งหมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบสถานะการติดเชื้อ ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและคงอยู่ในการรักษา และร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสามารถกดไวรัสสำเร็จ ตามลำดับ

ในประเทศไทยกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการยุติปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 ตั้งเป้าหมายบรรลุตามนโยบาย 90-90-90 ภายในปี พ.ศ.2565 ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกองโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; UNAIDS) ส่วนในระยะที่ 2 ตั้งเป้าหมายของยุติปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ตามนโยบาย 95-95-95 ภายในปี พ.ศ.2573 ซึ่งหมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบสถานะการติดเชื้อ ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและคงอยู่ในการรักษา และร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสามารถกดไวรัสสำเร็จ ตามลำดับ (ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, 2560) ภายใต้รูปแบบการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี The HIV Care Continuum หรือที่รู้จักในประเทศไทยคือ HIV Treatment Cascade โดยข้อมูลจากศูนย์

รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 ได้รายงานข้อมูลการติดตามเป้าหมายการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตาม The HIV Care Continuum หรือ HIV Treatment Cascade ดังนี้ 1) มีการประมาณการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย 436,169 คน (People Living with HIV; PLHIV) เมื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 523,885 คน (Know Their Status) นั้นหมายถึง ร้อยละ 120 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบสถานะการติดเชื้อ ซึ่งทำได้มากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมายคือร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบสถานะของการติดเชื้อเอชไอวี) 2) มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และคงอยู่ในการรักษา จำนวน 435,361 คน (Receiving ART) คิดเป็นร้อยละ 83 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมาย คือ ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและคงอยู่ในการรักษา) และ 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสามารถกดไวรัสสำเร็จ จำนวน 375,850 คน (Virally Suppressed; VL <1,000 copies/ml) คิดเป็นร้อยละ 86 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสทั้งหมด ดังรูปที่ 2.2



รูปที่ 2.2 ผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี HIV Treatment Cascade

ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566

ที่มา: ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย, 2566

จากการดำเนินงานในการยุติปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ยังพบปัญหาของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการดำเนินงานติดตามการดูแลตาม The HIV Care Continuum ซึ่งศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (The United States Centers for Disease Control and Prevention, 2019) ได้อธิบายถึงขั้นตอนสำคัญ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (Diagnosed) เป็นขั้นตอนเริ่มต้นเมื่อกลุ่มเสี่ยงตัดสินใจตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากในต่างประเทศประชาชนหรือกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วยตนเอง ด้วยชุดตรวจ HIV Self-Test เมื่อมีผลการตรวจเอชไอวีเป็นบวก (HIV Reactive) จะตัดสินใจเข้าพบบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นขั้นต่อไป สำหรับในประเทศไทย ปัจจุบันเป็นการเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสาธารณสุข เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงต้องได้รับคำปรึกษาและให้การยินยอมในการตรวจเลือดเพื่อทราบการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง และจะนำไปสู่การดูแลทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีแต่พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต

ขั้นที่ 2 การเข้าถึงการดูแล (Linked to Care) เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าตนเองติดเชื้อ และตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการและการดูแลรักษา ภายหลังที่ประชาชนหรือกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วยตนเอง ด้วยชุดตรวจ HIV Self-Test เมื่อมีผลการตรวจเอชไอวีเป็นบวก (HIV Reactive) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะตัดสินใจเข้าพบบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเข้าสู่การดูแลต่อไป ในขั้นตอนนี้ตาม The HIV Care Continuum มีเป้าหมายให้ผู้ที่มีการตรวจเอชไอวีด้วยตนเองเป็นบวก เข้าถึงบุคลากรสาธารณสุข ภายใน 1 เดือน (The United States Centers for Disease Control and Prevention, 2019)

ขั้นที่ 3 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Received HIV medical care) เป็นขั้นตอนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในประเทศไทยในปี พ.ศ.2563 กำหนดเป้าหมายให้ การเข้าถึงการรับประทายาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ภายใน 4 สัปดาห์ (Early ART) ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 มีการปรับแนวทางการรักษาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยเร็วภายหลังการวินิจฉัย โดยแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ในกลุ่มนี้ให้เริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็ว (Same Day ART) และกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสให้เริ่มยาต้านไวรัสเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีพร้อมและสามารถทนต่อยาที่รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ (Early ART) ระยะเวลาเริ่มยาต้านไวรัสที่เหมาะสมพิจารณาตามตารางที่ 2.1 (เสาวนีย์ วิบูลสันติ และคณะ, 2565)

ตารางที่ 2.1 ระยะเวลาเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีภายหลังรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	ระยะเวลาเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี
วันโรคทุกระดับ CD4	เริ่มภายใน 2 สัปดาห์ อย่างช้าไม่เกิน 4 สัปดาห์
วันโรกระบบประสาท	เริ่มหลังรักษาวันโรกระบบประสาท แล้วอย่างน้อย 4 สัปดาห์ อย่างช้าไม่เกิน 8 สัปดาห์
Cryptococcal Meningitis	ระหว่าง 4 – 6 สัปดาห์
Non-CNS Cryptococcosis	ระหว่าง 2 – 4 สัปดาห์
Cerebral Toxoplasmosis	ระหว่าง 2 – 4 สัปดาห์
โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus	ชะลอการเริ่มยาต้านเอชไอวีได้ 2 สัปดาห์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี Chorioretinitis และ Encephalitis
โรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ	เร็วที่สุดภายใน 2 สัปดาห์

ที่มา: เสาวนีย์ วิบูลสันติ และคณะ, 2565

ในขั้นตอนนี้จะมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะยาว เนื่องจากจะต้องมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและตลอดชีวิต จนสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ บุคลากรสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และมีการประเมินติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้คงอยู่ในการรักษาและการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Sianturi et al., 2020; Stonbraker et al., 2017)

ขั้นที่ 4 การคงอยู่ในการรักษา (Retained in Care) เป็นขั้นตอนของการติดตามความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัส และภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งควรมีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และติดตามการรักษา รวมถึงการประเมินปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรับประทานยา ในขั้นตอนนี้บุคลากรสาธารณสุขควรประเมินปัญหาเพื่อนำสู่การส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส รวมถึงการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นที่ 5 การติดตามผลการกดไวรัสเอชไอวี (Viral Suppression) เป็นการติดตามผลของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัส โดยการตรวจหาปริมาณของเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอควรได้รับการตรวจ HIV Viral

Load ใน 1 ปี ซึ่งจะต้องมีค่าปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดน้อยกว่า 200 copies/mL (The United States Centers for Disease Control and Prevention, 2019) สำหรับประเทศไทย การติดตามการดูแลรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญสามารถสรุปได้ ดังนี้ 1) การติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นผลมาจากการติดเชื้อเอชไอวี 2) การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาจส่งผลกระทบต่อรับประทานยาต้านไวรัส 3) การตรวจหาปริมาณไวรัสในเลือด HIV Viral Load และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย (เสาวนีย์ วิบูลสันติ และคณะ, 2565) แนะนำการตรวจปริมาณไวรัสเอชไอวี ดังนี้ 3.1) ส่งตรวจ HIV Viral Load ในเดือนที่ 3 - 6 และ 12 หลังเริ่มยาต้านเอชไอวีในปีแรก 3.2) ส่งตรวจ HIV Viral Load ในเดือนที่ 3 หลังปรับเปลี่ยนยาต้านเอชไอวีจากสูตรที่ดื้อยา และ 3.3) ส่งตรวจ HIV Viral Load อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ซึ่งจะต้องมีค่าปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดน้อยกว่า 50 copies/mL และ 4) การติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคร่วม

บทบาทการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการดูแลระยะยาวตลอดชีวิต เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลาและต่อเนื่องเพื่อให้สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ ดังนั้นการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลจึงมุ่งส่งเสริมความสามารถของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการดูแลสุขภาพของตนเอง สรุปบทบาทของพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวคิด The HIV Care Continuum ร่วมกับการประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลในการจัดการโรคเรื้อรัง (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2560) ดังนี้

1) บทบาทในการกำหนดทิศทางและนโยบาย การกำหนดแนวทางปฏิบัติ การติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2560) ซึ่งพยาบาลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีบทบาทและเป็นผู้ดำเนินการประเมินปัญหา บริบทของพื้นที่ ความต้องการของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในชุมชน เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของประเทศและปัญหาของพื้นที่ นอกจากนี้ ยังมีบทบาทในการสื่อสารนโยบายการยุติปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย และเป้าหมาย 95-95-95 เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการยุติปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีของพื้นที่และของประเทศไทย

2) บทบาทการจัดระบบบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2566) ได้กำหนดลำดับขั้นของระบบบริการตามการดำเนินงานด้านเอชไอวีของประเทศไทย ภายใต้การจัดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain-Prevention (RRTTRP) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงบริการตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1) การเข้าถึง (Reach) เป็นการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวี ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลการบริการด้านเอชไอวี การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และการเข้าถึงข้อมูลด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังเป็นการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อสร้างความต้องการในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

2.2) การเข้าถึงบริการ (Recruit) เป็นการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีตัดสินใจเข้าพบบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเข้ารับบริการให้คำปรึกษา (Pre-Test Counseling) เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

2.3) การตรวจหาเชื้อเอชไอวี (Test) ภายหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือกลุ่มเสี่ยงได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข และตัดสินใจตรวจหาเชื้อเอชไอวี ทำให้ทราบสถานะผลการติดเชื้อเอชไอวี และได้รับบริการให้คำปรึกษาภายหลังการเจาะเลือด (Post-Test Counseling)

2.4) การรักษา (Treat) การส่งต่อเข้าสู่การดูแลรักษาและการรับยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการให้คำปรึกษาสำหรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส การออกฤทธิ์ของยาในการรักษา เป้าหมายของการรักษาในระยะยาว และข้อดี-ข้อเสีย ทั้งในส่วนของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และข้อเสียของการไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีหรือผลการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าใจ และตัดสินใจในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและตลอดชีวิต ในส่วนของกลุ่มเสี่ยงที่มีผลการตรวจเลือดเป็นลบ ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี พยาบาลจะมีบทบาทในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หรือการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการป้องกันที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาป้องกันก่อนการติดเชื้อเอชไอวีหรือหลังการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Post Exposure Prophylaxis) หรือการสวมถุงยางอนามัย เป็นต้น

2.5) การคงอยู่ในระบบ (Retain) เป็นการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส เพื่อให้สามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้สม่ำเสมอ ต่อเนื่องและตลอดชีวิต รวมถึงการติดตามประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และติดตามการกดไวรัส โดยการตรวจหาปริมาณของเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral Load) พยาบาลควรส่งเสริมความเข้าใจ

ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับผลการตรวจปริมาณไวรัสในเลือด เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการรับประทานยาต้านไวรัสจนสามารถกดไวรัสได้ สำหรับในกลุ่มเสี่ยงที่มีผลการตรวจเอชไอวีเป็นลบมีการนัดติดตามตรวจหาเชื้อเอชไอวีซ้ำทุก 6 เดือน รวมทั้งติดตามและประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อวางแผนในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการคงสถานะผลเลือดเป็นลบไปตลอดชีวิต

2.6) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Prevention) ในประเทศไทยมีการจัดบริการในป้องกันด้านเอชไอวี ประกอบด้วย การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การป้องกันก่อน-หลัง การสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Post Exposure Prophylaxis) และการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมการเข้าถึงบริการในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงแต่ละราย

3) บทบาทในการใช้สารสนเทศในการจัดการด้านเอชไอวี พยาบาลวิชาชีพต้องมีความสามารถในการใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศทั้งในภาพรวมของสถานพยาบาล เชื่อมโยงกับข้อมูลของจังหวัดและข้อมูลประเทศ (ปราชญ์ ถ่างกระโทก, 2560) ซึ่งในการนำเสนอข้อมูลด้านเอชไอวีจะเป็นการนำเสนอผ่าน The HIV Care Continuum หรือ HIV Treatment Cascade ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของการดูแลด้านเอชไอวีทั้งระบบบริการ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพต้องสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอแก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการจากระบบบริการ ปัจจุบันการใช้ข้อมูลสารสนเทศนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจากระบบบริการทั้งในด้านการรักษา เพื่อความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการ รวมทั้งสะท้อนภาพระบบบริการและความสำเร็จของการดูแลรักษาเอชไอวี

4) บทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการดูแลระยะยาว ซึ่งให้ความสำคัญกับความรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและตลอดชีวิต และการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีหรือได้รับการดูแลจากครอบครัวจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ($p=.0001$) (Achappa et al., 2013; Gast & Mathes, 2019) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลตนเองและสามารถจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้ในระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติ

5) บทบาทการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ (ปราชญ์ ถ่างกระโทก, 2560) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา หรือส่งเสริมความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้มีข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

6) บทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2560; ปวีณานราศรี, กานต์ ฉลาดชัยกิจ, และนพวรรณ เปียชื่อ, 2561) ในการดูแลด้านเอชไอวีเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้ชุมชนเกิดความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้อง เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับโรคและการติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้อง ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และลดความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวี

จากการบทบาทการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามกรอบ The HIV Care Continuum จะเห็นได้ว่าเป็นการดูแลต่อเนื่อง ภายใต้การจัดระบบบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain-Prevention (RRTTRP) ซึ่งตอบสนองต่อนโยบายการยุติปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย โดยมีเป้าหมาย 95-95-95 ภายในปี พ.ศ. 2573 พยาบาลควรทำความเข้าใจบทบาทการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละช่วงของระบบบริการ นอกจากนี้พยาบาลที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และมีทักษะในการให้คำปรึกษา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเหมาะสม

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ความหมายของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

กระทรวงสาธารณสุข (2546) อธิบายความหมายของ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้อง ถูกวิธี ครบทุกเม็ด ทุกมื้อ ตรงเวลา และรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้เชื้อเอชไอวีในร่างกายมีปริมาณที่ต่ำที่สุด เป็นระยะเวลาต่อเนื่องนานที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันดีขึ้น ชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ พร้อมทั้งไม่เกิดการดื้อของเชื้อเอชไอวี (กระทรวงสาธารณสุข, 2546 อ้างถึงใน พิระมณ นิงสานนท์, สัตยชัย ชาสมบัติ, ธิดาพร จิระวัฒนะไพศาล, และสุนิย์ ใหม่วรรณ, 2547)

ชนิกา ศรีราช และคณะ (2561) อธิบายความหมายของ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และ

สม่ำเสมอ เพื่อควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายให้อยู่ในปริมาณต่ำที่สุด และเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ส่งผลให้ลดการดื้อยาของเชื้อเอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างน้อยร้อยละ 95 ของปริมาณยาที่ต้องกิน จะทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายโดยสรุปของ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส หมายถึง พฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา โดยรับประทานยาอย่างถูกต้อง ถูกวิธี ครบทุกเม็ด ทุกมื้อ ตรงเวลา และรับประทานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณยาที่ต้องรับประทาน เพื่อให้ปริมาณเชื้อไวรัสลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

องค์การอนามัยโลก (2003) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา 5 ด้าน ดังนี้

1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (Health System Factors) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ โดยองค์การอนามัยโลก (2003) ได้กล่าวถึงปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสความสม่ำเสมอ ได้แก่ การจัดบริการ สิทธิการรักษา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับบุคลากรการแพทย์ ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลต่อการมารับการรักษาต่อเนื่องและทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ เนื่องจากสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีบรรยากาศที่เป็นมิตร ทักทาย สบตา ยิ้ม พุดคุยเพื่อค้นหาปัญหา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกล้าที่จะบอกเล่าถึงความกังวลใจ โดยสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (อรดี โชติเสน, สุรเดช ประดิษฐ์บาททุกา, และอารี ชิวเกษมสุข, 2558) ในขณะที่การจัดบริการที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาและยาต้านไวรัส รวมถึงสิทธิการรักษาพยาบาลที่ต้องร่วมจ่าย ส่งผลด้านลบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

นอกจากนี้การที่บุคลากรทางการแพทย์ขาดความเข้าใจและขาดแรงจูงใจในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับประทานยาต้านไวรัส ก็ส่งผลด้านลบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยเช่นกัน

2) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social & Economic Factors) ที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ย่ำแย่ ความยากจน การไม่รู้หนังสือ การศึกษาดำ การว่างงาน ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ สภาพความเป็นอยู่ที่ไม่มั่นคง ระยะทางในการเดินทางไปรับการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษา (องค์การอนามัยโลก, 2003) ซึ่งปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจถือเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ช่วยสนับสนุนการเข้าถึงบริการ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี มีความยากจน ว่างงาน ขาดความมั่นคงในการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำงาน ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มาตามนัดหมายของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ไม่มียาต้านไวรัสรับประทานและไม่สามารถหาซื้อยาต้านไวรัสตามร้านขายยาได้ ส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผู้ดูแล (Caregiver) และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้ดูแลและครอบครัว เป็นอีกปัจจัยทางสังคมที่สำคัญ ซึ่งส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการยอมรับการเจ็บป่วย ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ (Achappa et al., 2013; Gast & Mathes, 2019)

3) ปัจจัยด้านการรักษา (Therapy-Related Factors) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา สูตรยาที่ใช้ในการรักษาอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส (ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561; ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ, 2558; Achappa et al., 2013) ประวัติการรักษาต่อเนื่องหรือขาดการรักษา (Bantie et al., 2022; Telayneh et al., 2022) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระยะเวลาในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาในการรักษาตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ($p < .05$) (ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561) โดยระยะเวลาในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เรียนรู้และผ่านประสบการณ์ของการเจ็บป่วย รวมถึงมีโอกาสดูแลพบกับุคลากรทางการแพทย์และได้รับการสื่อสารข้อมูลด้านการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษาที่สั้นกว่า ซึ่งเป็นการส่งเสริมประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการเจ็บป่วยจนเกิดเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและการรับประทานยาที่เหมาะสม ด้านประวัติการรักษาต่อเนื่อง พบว่า มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ($p = .001$) (Bantie et al., 2022; Telayneh et al., 2022) การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเพียงการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นการรักษาระยะยาวตลอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การมารับการรักษาต่อเนื่องจะทำให้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการเน้นย้ำเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส รวมถึงการประเมินและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการมารับการรักษาต่อเนื่องยังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ขาดยาต้านไวรัส เนื่องจากขาดยาต้านไวรัสไม่สามารถซื้อได้ตามร้านขายยาทั่วไป ในทางตรงกันข้าม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เคยมีประวัติขาดการรักษาจะมีการรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่สม่ำเสมอ ส่วนอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสและไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ($p < .001$) (ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561; Achappa et al., 2013; Kioko & Pertet, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าความซับซ้อนของแผนการรักษาทางการแพทย์ ความล้มเหลวในการรักษาครั้งก่อน การเปลี่ยนแปลงการรักษา และผลการรักษา ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (องค์การอนามัยโลก, 2003)

4) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patients-Related Factors) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เวลาในการทำงาน รายได้ สถานภาพสมรส การเปิดเผยการติดเชื้อ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัส นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (2003) ยังได้กล่าวถึงปัจจัยด้านผู้ป่วยที่เกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ (Achappa et al., 2013; Fazeli et al., 2020; Gast & Mathes, 2019; Kioko & Pertet, 2017; Mendez et al., 2015) การรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วย โดยความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แรงจูงใจในการจัดการความมั่นใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสามารถในการมีส่วนร่วมในการจัดการความเจ็บป่วย ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา และความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) (Sianturi et al., 2020; Stonbraker et al., 2017) มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติและพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งถือเป็นปัจจัยภายในของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดจากการรับรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมมาเป็นระยะเวลานานกลายเป็นความเชื่อเฉพาะของแต่ละบุคคล และส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง

5) ปัจจัยเกี่ยวกับโรค (Condition-Related Factors) ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับโรค (ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ, 2558; Achappa et al., 2013; Gast & Mathes, 2019) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับความรุนแรงของโรคและอาการ ระดับของความพิการและผลจากการรักษา (องค์การอนามัยโลก, 2003) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขึ้นอยู่กับความรู้ความเล็ง ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีต่อ

สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงของโรค และผลจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปัจจัย 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านการรักษา (ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส) และปัจจัยด้านผู้ป่วย (ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพ) โดยผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่มีมาก่อน และพบว่าปัจจัยดังกล่าวที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

การประเมินพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการประเมิน 3 วิธี คือ

1) การนับเม็ดยา (Pill Count) โดยนับจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับและนับอีก 1 ครั้งในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด แล้วคำนวณร้อยละความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยใช้สูตรการคำนวณ ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ) เท่ากับ จำนวนยาที่ให้ไปครั้งก่อน ลบด้วย จำนวนยาที่เหลือ หาค่าด้วย ผลคูณของจำนวนยาที่รับประทานต่อวันกับจำนวนวันที่ให้ยาไปรับประทาน (ปราณี ลักณาจันทโชติ และคณะ, 2009)

2) การประเมินด้วยวิธีรายงานโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Self - Report Adherence) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อาจใช้การบันทึกการกินยา หรือ Visual Analogue Scale โดยให้คะแนน 0-10 (ปราณี ลักณาจันทโชติ และคณะ, 2009)

3) แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence Index Score) โดยพัฒนาจาก Case Adherence Index Questionnaire ของ Mannheimer ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 16 คะแนน โดย 10 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส น้อยกว่า 10 คะแนน หมายถึง ไม่มีความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561; Mannheimer, 2006)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดแบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส มีพัฒนาโดย Mannheimer (2006) ซึ่งฉบับภาษาไทยแปลโดยชนิกา ศรีราช และคณะ (2561) เป็นแบบวัดที่ประเมินการรับประทานยาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีความละเอียดในการประเมินและการให้คะแนนที่มีความแตกต่างกัน และสามารถประเมินความคลาดเคลื่อนของระยะเวลาในการรับประทานยาที่ไม่ตรงเวลาตามแผนการรักษา

ผลกระทบจากการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยและผลกระทบต่อหน่วยบริการสาธารณสุข ดังนี้

1) ผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอทำให้เกิดการดื้อยาของเชื้อไวรัสเอชไอวี ภูมิคุ้มกันทานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เพิ่มขึ้น เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในการรักษาเพื่อให้สามารถกดไวรัสได้สำเร็จมีความยากมากขึ้น (วินัย รัตนสุวรรณ, 2557) ต้องเปลี่ยนไปใช้สูตรยาต้านไวรัสที่มีราคาแพง จำนวนเม็ดยาและจำนวนครั้งของการรับประทานเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอจนไม่สามารถกดไวรัสได้ตามเป้าหมายยังส่งผลการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อีกด้วย

2) ผลกระทบต่อโรงพยาบาล เป้าหมายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ (Viral Load Suppression) โดยส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาค่ากว่าร้อยละ 95 จะส่งผลโดยตรงต่อการกดไวรัสได้สำเร็จและการดื้อต่อยาต้านไวรัส (เจตนิพัทธ์ มิดขุนทด, 2562) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มโอกาสของการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังคู่ ส่งผลการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ทำให้ต้องเพิ่มงบประมาณในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น และไม่บรรลุตามเป้าหมายของประเทศไทยที่จะยุติปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยในปี พ.ศ.2573

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

โดยแบ่งตามปัจจัยที่ส่งผลการรับประทานยาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้แก่ ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านการดูแลรักษา

ปัจจัยด้านการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอกับการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส

ระยะเวลาในการรักษา

เป็นระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งมีการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จากแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553 (ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ, 2553) การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีเกณฑ์ในการเริ่มยาต้านไวรัสโดยไม่สามารถเริ่มการรักษาได้ทุกราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมีระดับของภูมิคุ้มกัน (CD4) ต่ำกว่า 350 cell/mm^3 จึงสามารถเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้ แต่เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายเพิ่มขึ้น ลดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพแข็งแรงขึ้นมากกว่าก่อนหน้าที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพภายหลังการรักษาที่ชัดเจนมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่งเริ่มการรักษา เป็นสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องเป็นเวลานาน 10 ปีขึ้นไปมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องเป็นเวลาน้อยกว่า 10 ปี ถึง 6.8 เท่า (95% CI OR: 0.85-54.91) (ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561) ในปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยใช้แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2564/2565 ซึ่งให้เริ่มการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายโดยไม่พิจารณาเรื่องของระดับภูมิคุ้มกันก่อนการเริ่มการรักษา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาที่รวดเร็วให้สามารถกดไวรัสสำเร็จได้

ประวัติการรักษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสควรมีการติดตามประเมินการรับประทานยา การรับยาต่อเนื่องตามนัดหมาย รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา (Loss to

Follow-up) ซึ่งมีระยะเวลาของการไม่มาติดตามการรักษาตามนัดมากกว่า 90 วัน ร่วมกับขาดการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่า 90 วันนับจากการรับประทานยาครั้งสุดท้าย (Bantie et al., 2022) มีการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา พบอัตราของการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา ร้อยละ 9.7 และพบว่าร้อยละ 37 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษาส่วนใหญ่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส นอกจากนี้การรักษาที่ไม่ต่อเนื่องเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (WHO, 2017) และการศึกษาของ Bantie et al. (2022) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษาไม่ต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ($p=.001$) ซึ่งการมารับการรักษาตามนัดเป็นหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง อาจเป็นส่วนหนึ่งที่บ่งบอกถึงการมีวินัยและความรับผิดชอบในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อีกด้วย

อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส

เป็นอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในขนาดปกติ ซึ่งเกิดจากฤทธิ์ของยาที่สัมพันธ์กับคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยานั้น ๆ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสอาจส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินจากยา ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสที่พบ อาจมีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป เช่น ผื่น วิงเวียน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ผื่นร้าวตามร่างกาย ชีต ตาและตัวเหลือง ตับอักเสบ ปวดเอว ปวดท้อง ปัสสาวะขัด แก้มตอบ แขนขาอักเสบ กล้ามเนื้ออักเสบ ก้นอักเสบ และอื่น ๆ เป็นต้น การรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมีการติดตามตรวจรักษาอย่างใกล้ชิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาให้เข้ากับการดำเนินชีวิต ต้องมีเข้าใจในการใช้ยา อาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากยารวมถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเพื่อให้สามารถรับประทานได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสได้ ในระยะยาวอาจส่งผลให้การรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสตั้งแต่อาการระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือเคยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และยังพบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอนั้น เนื่องจากการได้รับผลข้างเคียงระยะยาวจากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี (ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561; Achappa et.al., 2013; Kioko & Pertet, 2017) การศึกษาของชนิกา ศรีราช และคณะ (2561) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการข้างเคียงจากการ

รับประทานยาต้านไวรัสในช่วง 3 เดือน มีความสัมพันธ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ($p < 0.001$) แตกต่างจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการกินยาในช่วง 3 เดือน มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ถึง 4.6 เท่า (95% CI OR: 1.98-10.78)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

เป็นการรับรู้และยอมรับเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาศัยประสบการณ์และการไตร่ตรองของตนเองในการพิจารณา ซึ่งส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการรับประทานยา และความร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้เกิดลักษณะของพฤติกรรมการควบคุมตนเองในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา มี 2 องค์ประกอบใหญ่ 4 องค์ประกอบย่อย คือ (1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ ประกอบด้วย (1.1) ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา เป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการรับประทานยาต้านไวรัส (1.2) ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา ซึ่งเป็นความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาและผลกระทบจากยา เป็นการรับรู้เกี่ยวกับผลจากการรับประทานยาต้านไวรัสในด้านลบซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัสที่ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความกังวลหากต้องรับประทานยา (2) ความเชื่อแบบทั่วไป ประกอบด้วย (2.1) ความเชื่อทั่วไปด้านการใช้ยามากเกินไป ซึ่งเป็นความเชื่อว่ายานั้นถูกใช้มากเกินไปโดยแพทย์ (2.2) ความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการรับประทานยา ซึ่งเป็นความเชื่อว่ายานั้นเป็นสารพิษ เป็นอันตรายและเสพติดได้ (Home, 1997) ทั้งนี้ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ เป็นความเชื่อหลักที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยบุคคลที่มีความเชื่อว่าการรับประทานยามีความจำเป็นมากกว่ามีความกังวลต่อการรับประทานยา จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาและมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาสม่ำเสมอ (Home et al., 2007; Phillips et al., 2014) การศึกษาของ Home ได้นำแบบสอบถาม

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ไปศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา กับความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยามีความสัมพันธ์ โดยตรงกับความร่วมมือในการรับประทานยา ผลจากการศึกษาทำให้ได้กรอบความคิด Necessity-Concern Framework และถูกนำไปใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์และทำนายความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยามีความสัมพันธ์ และสามารถอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ (ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2557) การศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการ รับประทานยาแบบเฉพาะมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าความเชื่อ แบบทั่วไป (ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2557) เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมในประเทศไทยมี การเข้าถึงยาได้ง่าย เช่น ยาสามัญประจำบ้าน ร้านขายยาทั่วไปที่จ่ายยาตามอาการ ทำให้การศึกษา ความเชื่อแบบทั่วไปไม่พบความสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย นอกจากนี้ยังไม่พบ การศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ปัจจัย ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ตามกรอบ Necessity-Concern Framework เพื่อหาอิทธิพลของ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะที่ประกอบ ด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความเชื่อเฉพาะ ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา และความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการ รับประทานยา กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 คำ คือ Health หรือ สุขภาพ หมายถึง สภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีได้จำกัดอยู่เพียงแค่การปราศจากโรค และความพิการ (Health is a State of Complete Physical, Mental and Social Well-being and not Merely the Absence of the Disease and Infirmary) (WHO, 1946) ซึ่งเป็นนิยามที่ครอบคลุมใน 3 มิติ สำคัญของชีวิตมนุษย์ ภายหลังได้เพิ่มเติมมิติอื่น ๆ เข้ามา เช่น มิติทางสติปัญญา มิติทางอารมณ์ เป็น ต้น และคำว่า Literacy หรือ การรู้หนังสือ หมายถึง ความสามารถด้านภาษาในการเขียน อ่าน ฟัง และพูด การรู้และเข้าใจสาระที่ถูกถ่วง ชัดเจน เพื่อการสื่อสาร รวมถึงความเข้าใจของบุคคลและการ แลกเปลี่ยนความคิดกันระหว่างคนในสังคม จนเกิดความรู้ใหม่ที่สามารนำไปใช้ในชีวิตได้ (ราชบัณฑิตสภา, 2562) ดังนั้นความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีดังนี้

องค์การอนามัยโลก (1998) ได้ให้ความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่าง ๆ เกี่ยวกับการรับรู้และทักษะสังคม ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อส่งเสริม บำรุง รักษาภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเสมอ

Nutbeam (2008) ให้คำจำกัดความของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ชี้แนะให้ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ในประเทศไทย ได้สรุปคำจำกัดความของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคลในการสร้างแรงจูงใจให้ตนเองในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง จนมีสมรรถนะในการตอบโต้แลกเปลี่ยนซักถามกับคนอื่น นำไปสู่ความสามารถในการประเมินเพื่อตัดสินใจจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถสื่อสารบอกต่อคนอื่นได้ (กรมอนามัย, 2564) มีคำจำกัดความมากมายเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แม้บางส่วนจะมีการให้ความหมายที่แตกต่างกัน แต่คำจำกัดความเกือบทั้งหมดมีองค์ประกอบหลักที่เหมือนกัน ซึ่งอธิบายถึงทักษะการรู้หนังสือ การคำนวณที่ช่วยให้บุคคลได้รับ เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจและปฏิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ใช้ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) เป็นปัจจัยในการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ และอำนาจของอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักปืม

Nutbeam (2000) ได้นำเสนอรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพ โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวของ Nutbeam มีองค์ประกอบของความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ ความตั้งใจที่จะกระทำและการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ โดยแบ่งตามผลลัพธ์แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

(1) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและสังคม (Health and Social Outcome) เป็นผลลัพธ์สุดท้ายในการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องการ ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต ความพิการ ความเป็นอิสระในการทำหน้าที่ของร่างกาย และคุณภาพชีวิต

(2) ผลลัพธ์ระดับกลาง (Intermediate Health Outcome) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งส่งผลต่อการเจ็บป่วยและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ (2.1) วิธีการดำเนินชีวิตในการดูแลสุขภาพ (Healthy Lifestyles) เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด เป็นต้น (2.2) ประสิทธิภาพของระบบบริการ (Effective Health Services) ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การป้องกันและการดูแลที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และ (2.3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ (Healthy Environments) ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การสนับสนุนด้านสังคมและเศรษฐกิจ

(3) ผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Outcome) เป็นการกำหนดแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ (3.1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพ ทักษะ การปรับพฤติกรรม ทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ (Self – Efficacy) (3.2) อิทธิพลทางสังคม (Social Action and Influence) ได้แก่ การสื่อสาร การส่งเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และ (3.3) นโยบายด้านสุขภาพ (Healthy Public Policy and Organizational Practice) รวมถึงการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

(4) การปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) พื้นฐานของการปฏิบัติประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ (4.1) ระดับการศึกษา (4.2) การขับเคลื่อนทางสังคม (Social Mobilization) โดยเฉพาะการสื่อสาร หรือสื่อต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ และ (4.3) การสนับสนุนด้านนโยบาย

ต่อมา Nutbeam (2008) ได้จำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพซึ่งในแต่ละระดับส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยแบ่งระดับความรู้ทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์

(1) ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) เป็นความรู้ด้านสุขภาพในระดับความสามารถหรือทักษะพื้นฐานในด้านการฟัง พูด อ่านและเขียน เพื่อให้เข้าถึงเนื้อหาสาระทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ทุกคนต้องมี ซึ่งเป็นพื้นฐานและจำเป็นต่อการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถในการประยุกต์ใช้ทักษะพื้นฐาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการอ่านใบยินยอม

การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลทั้งการเขียนและการพูดสื่อสารจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามการนัด

(2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) เป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มี ทักษะทางสังคมในการเข้าร่วมกิจกรรม การใช้ความรู้ในการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Literacy) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น รู้จักเลือก ใช้ข้อมูล ข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน การถ่ายทอด และการซักถามข้อมูลจากแพทย์ รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ สื่อสารความรู้ของตนเองในการอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(3) ระดับวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) เป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มี ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น เป็นสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถเลือกตัดสินใจ และเลือกที่จะปฏิบัติ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อย่างต่อเนื่อง สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบ และควบคุม จัดการสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณเน้นการกระทำของบุคคล และการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ช่วยผลักดันไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่ จำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมสำหรับประชาชนที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ เพื่อให้พร้อมรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ในระดับพื้นฐาน มีความ สำคัญ และเป็นจุดเริ่มต้นของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การที่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้เกี่ยวกับโรค การติดเชื้อเอชไอวี การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีและ อาการข้างเคียงจากยา รวมถึงการจัดการอาการข้างเคียงได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ

ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะยาว การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลและเน้นย้ำถึงความสำคัญ ผลดีของการรับประทานยาสม่ำเสมอ และผลเสียของการไม่รับประทานยาด้านไวรัสหรือ รับประทานยาด้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและ การติดเชื้อเอชไอวี ผลจากการให้ความรู้ถือเป็นพื้นฐานสำคัญ ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความ เข้าใจ และเห็นความสำคัญของการรับประทานยาด้านไวรัส ซึ่งการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้ใน เรื่องดังกล่าวข้างต้น ถือเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานที่มีผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเล็งเห็น ความสำคัญของการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2556) นอกจากนี้การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน ยังช่วยให้สามารถ อ่านและทำความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข เช่น ฉลากยา ข้อมูลการดูแลสุขภาพ การให้ข้อมูลทั้ง ข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอื่น ๆ เช่น การมาพบแพทย์ตามการนัดหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์เป็นทักษะทางสังคม ในการเข้าร่วมกิจกรรม มีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการรับประทานยาด้านไวรัสอย่าง สม่ำเสมอ โดยผ่านการให้คำปรึกษาและการทำกลุ่ม ซึ่งเป็นการสื่อสารอธิบายความรู้ของตนเองให้ ผู้อื่นเข้าใจ รวมถึงการซักถามข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร นำไปสู่แรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยการให้คำปรึกษาและการทำกลุ่มให้คำปรึกษาจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับประทาน ยาต้านไวรัสเอชไอวีสม่ำเสมอ (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2556) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับ วิจัยรณญาณในผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่งผลต่อการรับประทานยาด้านไวรัสสม่ำเสมอ โดยพบว่าผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจัยรณญาณจะมีการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพได้ใน สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในชีวิต เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญซึ่งส่งผลต่อการรับประทาน ยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะตัดสินใจเลือกวิถีในการปฏิบัติที่ส่งผลให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีได้ การปฏิบัติเพื่อให้สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่อง เช่น การมารับยาก่อนนัด การติดต่อบุคลากร สาธารณสุขเพื่อขอส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นระดับความสามารถที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้ทักษะ ทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมิน ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ สื่อต่าง ๆ และการได้เรียนรู้ จากสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการปฏิบัติหรือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันและรักษาภาวะสุขภาพที่ดีของ ตนเองไว้ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศมีการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้ติด เชื้อเอชไอวี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ที่รับประทานยาต้านไวรัส และส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและการคงอยู่ในการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ส่งผลต่อความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง (Cunha et al., 2016; Stonbraker et al., 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับค่าไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Perez, 2021)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดบริการ สิทธิการรักษา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับบุคลากรทางการแพทย์ 2) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ย่ำแย่ ความยากจน การไม่รู้หนังสือ การศึกษาดำ การว่างงาน ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ สภาพความเป็นอยู่ที่ไม่มั่นคง ระยะทางในการเดินทางไปรับการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษา 3) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา สูตรยาที่ใช้ในการรักษาอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ประวัติการรักษาต่อเนื่องหรือขาดการรักษา ความซับซ้อนของแผนการรักษาทางการแพทย์ ความล้มเหลวในการรักษาครั้งก่อน การเปลี่ยนแปลงการรักษา และผลการรักษา 4) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เวลาในการทำงาน รายได้ สถานภาพสมรส การเปิดเผยการติดเชื้อ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 5) ปัจจัยเกี่ยวกับโรค ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับโรค และระดับของความพิการ

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านผู้ป่วย โดยคัดเลือกตัวแปรแต่ละด้านที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังนี้ ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากยา และปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส และความรอบรู้ด้านสุขภาพ แม้บางปัจจัยที่นำมาศึกษาเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น ระยะเวลาในการรักษา และประวัติการรักษา แต่พยาบาลสามารถเฝ้าระวังความเสี่ยงเกี่ยวกับความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และสามารถประเมินและช่วยเหลือจัดการอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องได้ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และยังไม่พบการศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส รวมทั้งการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่ม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ครอบคลุมเฉพาะปัจจัยคัดสรรด้านการรักษาและด้านผู้ป่วย เพื่อจะได้ยืนยันอิทธิพลของปัจจัยในการทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ และเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางในการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ ที่ส่งผลต่อการกดไวรัสความสำเร็จ ลดการติดต่อยาด้านไวรัส และลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่



บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ที่มารับการรักษาในคลินิกด้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเข้าถึง (Accessible Population) คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Unspecified Human Immunodeficiency Virus [HIV] Disease; B24) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในจังหวัดนครราชสีมา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ที่เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ที่มีอายุระหว่าง อายุ 18 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)
- 2) เข้ารับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมาแล้ว เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
- 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
- 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบผู้ป่วยใน เช่น โรคปอดอักเสบ (Pneumocystis Carinii Pneumonia; PCP) โรคเชื้อราในสมอง (Cryptococcal Meningitis) เป็นต้น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ทดสอบทางสถิติด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Logistic Regression) คำนวณค่า Odds Ratio จากงานวิจัยของ Achappa et al. (2013) ซึ่งพบว่ากลุ่ม Good Adherence ร้อยละ 63.7 (Probability $H_1 = 0.637$) และกลุ่ม Poor Adherence ร้อยละ 36.3 (Probability $H_0 = 0.363$) ได้ค่า Odds ratio = 3.08 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $\alpha = .05$ (Probability of Type 1 Error) กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 95% ($1 - \beta$ Probability of Type 2 Error) กำหนด Distribution ของค่า X เป็น Binomial เนื่องจากการกระจายของค่า X มี 2 ลักษณะ คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ และกำหนดค่า $x_{\text{parm}} (\pi) = 0.5$ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้ 173 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) โดยกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของ Achappa et al. (2013) แบ่งเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เท่ากับ 2 ต่อ 1 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 115 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ จำนวน 58 คน

พื้นที่ศึกษา

คลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ขนาด 90 เตียง แห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา เดิมจัดเป็นโรงพยาบาลระดับ M2 แต่เนื่องจากปัจจุบันมีการปรับการจัดระดับของโรงพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามศักยภาพการให้บริการ โดยการแบ่งแบบใหม่ คือ "SAP" ซึ่งประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลระดับ S (Standard) เป็นโรงพยาบาลที่มีการให้บริการพื้นฐานตามมาตรฐาน 2) โรงพยาบาลระดับ A (Academy) คือโรงพยาบาลที่มีการสอนทั้งแพทย์

พยาบาลหรือนักศึกษาในสาขาอื่น ๆ ซึ่งถือเป็นอีกภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข และ 3) โรงพยาบาลระดับ P (Premium หรือ Professional) ซึ่งเทียบเท่ากับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือ โรงพยาบาลศูนย์ระดับใหญ่ที่รับนักศึกษาได้จำนวนมาก ดังนั้นปัจจุบัน โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา จึงจัดเป็นโรงพยาบาลระดับ S โดยโรงพยาบาลชุมชน มีการบริการแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป (Out-Patient Department; OPD) คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs Clinic) คลินิกฝากครรภ์ (Antenatal Care; ANC) และคลินิกยาต้านไวรัส (Antiretroviral Drugs Clinic: ARV Clinic) มีการจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในทุกแผนกผู้ป่วยนอก รวมไปถึงการตรวจและรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับการวินิจฉัย จะถูกส่งต่อเข้ารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส (Antiretroviral Drugs Clinic: ARV Clinic) ซึ่งมีบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกยาต้านไวรัส 8 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกรประจำคลินิกยาต้านไวรัส 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เจ้าหน้าที่งานธุรการ 1 คน และเจ้าหน้าที่งานคอมพิวเตอร์ 1 คน คลินิกเปิดให้บริการทุกวันจันทร์ เวลา 07.00 น.–16.00 น. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการจำนวนเฉลี่ย 25–40 คนต่อวัน การให้บริการประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงโดยสมัครใจ และส่งเสริมการเข้าถึงยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP) และยาป้องกันหลังการสัมผัส (Post-Exposure Prophylaxis; PEP) ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยการรับประทานยาต้านไวรัส มีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยพยาบาลร่วมกับแพทย์และเภสัชกร โดยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ใช้ในคลินิก จะใช้ร่วมกัน 2 วิธี คือ การนับเม็ดยา (Pill Count) ร่วมกับการรายงานการรับประทานยาโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Self-Report) มีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในรูปแบบของการให้คำปรึกษา การสื่อสารความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสผ่านข้อความสั้น ๆ (Short Message) เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต แรงจูงใจความสำเร็จจากการรับประทานยา ค่าไวรัส ค่าภูมิคุ้มกัน เป็นต้น รวมทั้งมีการค้นหาปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะส่งผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอโดยทีมแพทย์ พยาบาลร่วมกับแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการติดตามการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องในชุมชน โดยการทำงานร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในรูปแบบของการทำ DOT (Directly Observed Therapy) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปัญหาซับซ้อน มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามผลการรักษาและการกดไวรัส การติดตาม

เยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีระบบการขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดต่อยาต้านไวรัสก่อนการส่งต่อผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา 2) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs About Medicines Questionnaire; BMQ) 4) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ (The 14-Item Health Literacy Scale: HLS-14) ฉบับภาษาไทย และ 5) แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence Index Score) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะเวลาในการทำงาน ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการเปิดเผยการติดเชื้อกับคนใกล้ชิด

1.2) ข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ค่าปริมาณไวรัสในเลือด (Viral Load) ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม สูติยาและจำนวนมียาที่ได้รับต่อวัน

2) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี สร้างโดยผู้วิจัย จากการทบทวนข้อมูลอาการข้างเคียงที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการรับประทานยาต้านไวรัส เช่น ผื่นตามร่างกาย วิงเวียน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ผื่นร้าย ชาตามร่างกาย ชีต ตาและตัวเหลือง ตับอักเสบ ปวดเอว ปวดท้อง ปัสสาวะขัด แก้มตบ แขนขาตบ กล้ามเนื้อลีบ ก้นลีบ และอาการอื่น ๆ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 4 ข้อ คือ

2.1) รายละเอียดเกี่ยวกับการเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ให้เลือกตอบ 1 คำตอบ คือ เกิด หรือไม่เกิดอาการข้างเคียง กรณีเลือกคำตอบว่าเกิดอาการข้างเคียง ให้ระบุอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1

ข้อ หากมีอาการนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในแบบสอบถาม สามารถตอบในข้ออื่น ๆ และระบุอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น

2.2) รายละเอียดเกี่ยวกับความถี่ในการเกิดอาการข้างเคียงจากยา สามารถเลือกตอบได้ 1 ข้อ ที่ตรงกับจำนวนครั้งของการเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นจริง ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาได้แก่ เกิดทุกครั้ง เกิด 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เกิดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เกิดครั้งเดียว เพราะหยุดยาทันทีเมื่อมีอาการ และเกิดอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หากมีคำตอบนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในแบบ สอบถาม สามารถตอบในข้ออื่น ๆ และระบุความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นจริง

2.3) ระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งผู้คิดเชื้อเอชไอวี ประเมินตามการรับรู้ของตนเองจากอาการที่เกิดขึ้น และให้คะแนนระดับความรุนแรงจาก 0 – 10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่รุนแรงเลย 10 คะแนน หมายถึง รุนแรงมากที่สุด แบ่งระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาเป็น 3 ระดับ ได้แก่

0 - 5 คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงต่ำ (Mild)

6 – 7 คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate)

8 – 10 คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงสูง (Severe)

2.4) การแก้ปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ให้เลือก ตอบการแก้ปัญหาที่ได้ทำจริง ซึ่งสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ได้แก่ ปรึกษาบุคลากรสาธารณสุข ปรึกษาแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี หยุดรับประทานยาเอง มาพบแพทย์ก่อนนัด หากมีการแก้ปัญหานอกเหนือจากที่ระบุไว้ในแบบสอบถาม สามารถตอบในข้ออื่น ๆ และระบุวิธีการแก้ปัญหา

3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs About Medicines Questionnaire; BMQ) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาฉบับภาษาไทยของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557) ซึ่งแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษของ Horne et al. (1999) แบบสอบถามฉบับภาษาไทยมีค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เท่ากับ 0.97 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Comparative Fit Index: CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย รวม 10 ข้อ ได้แก่ ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ

และความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนน 1 – 5 ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย
- 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนนเต็มแต่ละองค์ประกอบย่อย มีค่าระหว่าง 5 – 25 คะแนน การแปลผลความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาตามคะแนนรวมรายด้านที่คำนวณได้ คะแนนสูง หมายถึง มีความเชื่อสูงเกี่ยวกับการรับประทานยาในด้านนั้น ๆ โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ อ้างอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

- 5 – 14 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อในระดับต่ำ
- 15 – 19 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อในระดับปานกลาง
- 20 – 25 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อในระดับสูง

4) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (The 14-Item Health Literacy Scale: HLS-14) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์เสถกุล (2564) ซึ่งแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษของ Suku et al. (2013) แบบสอบถามฉบับภาษาไทยมี 14 ข้อ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.71 ภายหลังตัดข้อคำถามข้อ 5 ออก 1 ข้อ ดังนั้นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ค่าคะแนน 13 – 65 คะแนน แบ่งเป็น 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ ชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative Health Literacy) เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และชั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1 – 5 ดังนี้

ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ	
5 คะแนน	1 คะแนน	หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 คะแนน	2 คะแนน	หมายถึง เห็นด้วย
3 คะแนน	3 คะแนน	หมายถึง ไม่แน่ใจ
2 คะแนน	4 คะแนน	หมายถึง ไม่เห็นด้วย

1 คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
คะแนนเต็มของแบบสอบถามส่วนที่ 1 ขึ้นพื้นฐาน และส่วนที่ 3 ขึ้นวิจารณ์ญาณ มี
ค่าระหว่าง 4 – 20 คะแนน แบบสอบถามส่วนที่ 2 ขึ้นการมีปฏิสัมพันธ์ ค่าระหว่าง 5 – 25 คะแนน
การแปลผลคะแนนโดยรวมและรายด้าน คะแนนที่สูงขึ้น หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

5) แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence Index Score) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของชนิกา ศรีราช และคณะ (2561) ซึ่งพัฒนาจากแบบวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของ Mannheimer (2006) โดยแบบวัดมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVD) เท่ากับ 1.00 ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คะแนนรวม 16 คะแนน ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อเป็นแบบให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนแตกต่างกัน ดังนี้

5.1) คำถามข้อ 1 รายละเอียดการเคยรับประทานยาต้านไวรัสผิดเวลา
คะแนนเต็ม 4 คะแนน หากไม่เคยรับประทานยาผิดเวลาได้ 4 คะแนน หากเคยรับประทานยาผิดเวลา
ก่อนหรือหลังไม่เกิน 2 ชั่วโมงได้ 3 คะแนน หากเคยรับประทานยาผิดเวลา ก่อนหรือหลังมากกว่า 2
ชั่วโมงได้ 2 คะแนน

5.2) คำถามข้อ 2 จำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ลืมรับประทานยา คะแนนเต็ม 6
คะแนน หากไม่เคยลืมรับประทานยาเลยใน 1 สัปดาห์ ได้ 6 คะแนน หากเคยลืมรับประทานยา ค่า
คะแนนจะลดลงตามจำนวนวัน ดังนี้

ตารางที่ 3.1 ค่าคะแนนและจำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ลืมรับประทานยา

จำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ลืมรับประทานยา	1	2	3	4	5	6	7
ค่าคะแนน	6	5	4	3	2	1	0

5.3) คำถามข้อ 3 ระยะเวลาเป็นวันจากครั้งสุดท้ายที่ลืมรับประทานยาจนถึง
วันที่มาตรวจ คะแนนเต็ม 6 คะแนน มีค่าคะแนน ดังนี้

6 คะแนน คือ ไม่เคยลืมรับประทานยาเลย

5 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้ายมากกว่า 90 วัน

4 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้ายมากกว่า 30-90 วันที่ผ่านมา

3 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้าย 15 – 30 วันที่ผ่านมา

2 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้าย 8 – 14 วันที่ผ่านมา

1 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้าย 1 - 7 วันที่ผ่านมา

เกณฑ์การแปลผลความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากคะแนนรวม ดังนี้
 10 คะแนนขึ้นไป หมายถึง รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ
 น้อยกว่า 10 คะแนน หมายถึง รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา และแบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมทางภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคติดเชื้อ (2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ และ (3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ (การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์) กำหนดค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ในส่วนของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยขออนุญาตนำมาใช้ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 5 ชุดไปให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน อ่านและสอบถามความเข้าใจด้านภาษา (Face Validity) และนำไปปรับปรุงก่อนตรวจสอบความเชื่อมั่น

ความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ได้ดังนี้ แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ค่าความสอดคล้อง KR-20 ได้เท่ากับ 0.79 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการ

รับประทานยาต้านไวรัส หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.83, 0.79 และ 0.83 ตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการรวบรวมข้อมูลคำนวณค่าความเชื่อมั่นของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 0.82, 0.71, 0.78, และ 0.79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
- 2) นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA. No. RSUERB2023-093 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2566
- 3) นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับความเห็นชอบและอนุญาตให้เก็บข้อมูล เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2566
- 4) ภายหลังได้รับการอนุมัติในการทำวิจัยในคลินิกด้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) ผู้วิจัยขอความร่วมมือแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้เก็บข้อมูลวิจัย โดยชี้แจง แกนนำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง สิทธิและอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) และดำเนินการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์
- 6) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การเข้าถึงข้อมูลกระทำโดยผู้วิจัยโดยจำกัดเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ภายในระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัยเท่านั้น

7) การบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยทำการเปลี่ยนแปลงหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital Number [HN]) เป็นหมายเลขการศึกษาวิจัย (Study Number [SD]) และไม่มีการบันทึกหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลและเอกสารแบบสอบถาม

8) การนำเสนอผลงานวิจัย นำเสนอในภาพรวมและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายบุคคล

9) แบบบันทึกข้อมูล เอกสารแบบสอบถาม และใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) จะถูกทำลายโดยเครื่องย่อยกระดาษ ตามระเบียบของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต โดยข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยและบทความวิจัยได้รับการตีพิมพ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้เชิญชวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าร่วมโครงการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัยมี ดังนี้ 1) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารชี้แจง แบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้ทราบ 2) เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการให้ข้อมูลกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ 3) ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 คน ร่วมกับผู้วิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการรวบรวมข้อมูลจากผู้ติดเชื้อแต่ละรายจะมีการอภิปรายข้อมูลที่รวบรวมได้ร่วมกันกับผู้วิจัย จนผู้ช่วยวิจัยเข้าใจคำถามอย่างชัดเจน และสามารถให้คำอธิบาย/ตอบคำถามผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ จากนั้นจึงให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจริง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาล

2) เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย

3) ผู้วิจัยทดลองเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ตามขั้นตอนการวิจัยจำนวน 5 คน จนผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้เหมือนผู้วิจัยเก็บจริง

4) เริ่มเก็บข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยใช้แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการทุกราย ซึ่งสามารถแบ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) คะแนน 10 คะแนนขึ้นไป เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ และ (2) น้อยกว่า 10 คะแนน เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เมื่อทราบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสแล้ว ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง หากเป็นไปตามเกณฑ์แล้วจึงเชิญชวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และเปิดโอกาสให้ซักถามจนปราศจากข้อสงสัย และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยินดีเข้าร่วมโครงการฯ ไม่ต้องทำแบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสซ้ำอีก ทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยินดีเข้าร่วมโครงการฯ และไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการฯ จะใช้ข้อมูลที่ประเมินได้จากแบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในการดูแลรักษาต่อไป

5) ภายหลังการพิทักษ์สิทธิ์ ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ในห้องปิดที่เป็นส่วนตัว ในคลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา โดยตอบแบบถาม 1 ครั้ง (แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ชุด รวม 49 ข้อ) ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ส่วนผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเกี่ยวกับข้อมูลด้านการรักษา ในส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านการรักษามีแบบสอบถาม 8 ข้อ โดยเก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียน 7 ข้อ ยกเว้นในข้อ 2.4 เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่นำผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

6) ข้อมูลจากแบบสอบถามถูกเก็บเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลผู้วิจัยบันทึกเป็นหมายเลขการศึกษาวิจัย (Study Number [SD]) และไม่มีกรบันทึกหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยลงในแบบบันทึกการเก็บข้อมูล เพื่อให้ไม่สามารถสืบย้อนกลับถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัยได้

7) หลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้

1) บรรยายข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test)

3) ทดสอบอำนาจการทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ของระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกชนิด Binary (Binary Logistic Regression Analysis) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ (1) ตัวแปรตามเป็น Dichotomous Variable (2) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์ ($e=0$) หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน (3) เมื่อทดสอบความ สัมพันธ์ของตัวแปรต้น ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) ทั้งนี้จะใช้เกณฑ์ความสัมพันธ์เหมือนกับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ ใช้เกณฑ์ของ Tabachnick and Fidell (2012) โดยค่า r ไม่เกิน .90

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ที่มารับการรักษาในคลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่าง 173 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและบันทึกข้อมูลการรักษาจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย Chi - Square และ Binary Logistic Regression การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรและความสามารถในการทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 173 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ที่มารับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่น้อยกว่า 6 เดือน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ จำนวน 115 คน (ร้อยละ 66.47) และกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ จำนวน 58 คน (ร้อยละ 33.53) การนำเสนอผลการวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่

ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะเวลาในการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิในการรักษา

ผู้ดูแล และการเปิดเผยสถานะของการติดเชื้อเอชไอวี มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ จำนวน 173 คน เป็นเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 46.24) มีอายุเฉลี่ย 43.34 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10.45) โดยมีอายุระหว่าง 46 – 59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 49.71) มากกว่าครึ่งไม่มีคู่สมรส (ร้อยละ 57.23) การศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 52.60) ส่วนใหญ่มีอาชีพ (ร้อยละ 86.71) มีลักษณะเวลาในการทำงานที่ไม่แน่นอน (ร้อยละ 64.16) มีรายได้เฉลี่ย 6,867.10 บาทต่อเดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9,201.20) โดยมากกว่าครึ่งมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 58.38) ส่วนใหญ่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 93.64) ประมาณครึ่งหนึ่งมีผู้ดูแลเป็นบิดา/มารดา/บุตร/พี่/น้อง (ร้อยละ 52.02) และส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยสถานะของการติดเชื้อเอชไอวีกับคนใกล้ชิดและคนที่ไว้วางใจ (ร้อยละ 63.58)

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ จำนวน 115 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 46.96) มีอายุเฉลี่ย 44.69 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.74) ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มอายุ 46–59 ปี (ร้อยละ 54.78) มีคู่สมรส (ร้อยละ 52.17) ประมาณครึ่งหนึ่งมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.30) ส่วนใหญ่มีอาชีพ (ร้อยละ 87.83) มีลักษณะเวลาในการทำงานไม่แน่นอน (ร้อยละ 64.35) มีรายได้เฉลี่ย 7,284.35 บาทต่อเดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10,642.27) ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 55.65) ส่วนใหญ่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 93.04) มีผู้ดูแลเป็นบิดา/มารดา/บุตร/พี่/น้องมากที่สุด (ร้อยละ 46.09) และส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยสถานะของการติดเชื้อเอชไอวีกับคนใกล้ชิดและคนที่ไว้วางใจ (ร้อยละ 65.22)

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ จำนวน 58 คน ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.90) มีอายุเฉลี่ย 40.67 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.36) โดยอยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี และกลุ่มอายุ 46–59 ปีเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 39.66) ส่วนใหญ่ไม่มีคู่สมรส (ร้อยละ 75.86) ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.34) ส่วนใหญ่มีอาชีพ (ร้อยละ 84.48) มีลักษณะเวลาในการทำงานไม่แน่นอน (ร้อยละ 63.79) มีรายได้เฉลี่ย 6,039.66 บาทต่อเดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5,282.71) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 63.79) มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 94.83) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นบิดา/มารดา/บุตร/พี่/น้อง (ร้อยละ 63.79) และส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยสถานะของการติดเชื้อเอชไอวีกับคนใกล้ชิดและคนที่ไว้วางใจ (ร้อยละ 60.34)

รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	47 (40.87)	33 (56.90)	80 (46.24)
หญิง	54 (46.96)	15 (25.86)	69 (39.89)
MSM: Men who have Sex with Men	14 (12.17)	10 (17.24)	24 (13.87)
/TG: Transgender			
อายุ			
≤ 35 ปี	24 (20.87)	23 (39.66)	47 (27.17)
36 – 45 ปี	28 (24.35)	12 (20.68)	40 (23.12)
46 – 59 ปี	63 (54.78)	23 (39.66)	86 (49.71)
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด (ปี)	21 – 59	18 – 59	18 – 59
Mean ± SD	44.69 ± 9.74	40.67 ± 11.36	43.34 ± 10.45
สถานภาพสมรส			
มีคู่	60 (52.17)	14 (24.14)	74 (42.77)
ไม่มีคู่	55 (47.83)	44 (75.86)	99 (57.23)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	59 (51.30)	23 (39.66)	82 (47.40)
สูงกว่าประถมศึกษา	56 (48.70)	35 (60.34)	91 (52.60)
อาชีพ			
มี	101 (87.83)	49 (84.48)	150 (86.71)
ไม่มี	14 (12.17)	9 (15.52)	23 (13.29)
ลักษณะเวลาในการทำงาน			
เวลาราชการ (08.00 – 16.00 น.)	41 (35.65)	21 (36.21)	62 (35.84)
เวลาไม่แน่นอน	74 (64.35)	37 (63.79)	111 (64.16)

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	
รายได้			
ไม่มีรายได้	20 (17.39)	11 (18.97)	31 (17.92)
มีรายได้ < 10,000 บาทต่อเดือน	64 (55.65)	37 (63.79)	101 (58.38)
มีรายได้ ≥ 10,000 บาทต่อเดือน	31 (26.96)	10 (17.24)	41 (23.70)
รายได้ต่ำสุด – รายได้สูงสุด (บาท)	1,000 – 100,000	800 – 20,000	800 – 100,000
Mean ± SD	7,284.35 ± 10,642.27	6,039.66 ± 5,282.71	6,867.05 ± 9,201.18
สิทธิในการรักษาพยาบาล			
บัตรประกันสุขภาพ	107 (93.04)	55 (94.83)	162 (93.64)
ประกันสังคม	8 (6.96)	3 (5.17)	11 (6.36)
ผู้ดูแล			
ไม่มีผู้ดูแล	8 (6.96)	5 (8.62)	13 (7.51)
สามี/ภรรยา	46 (40.00)	10 (17.24)	56 (32.37)
บิดา/มารดา/บุตร/พี่น้อง	53 (46.09)	37 (63.79)	90 (52.02)
เพื่อน/ญาติ/อื่นๆ	8 (6.96)	6 (10.35)	14 (8.09)
การเปิดเผยสถานะของการติดเชื้อเอชไอวี			
เปิดเผย	40 (34.78)	23 (39.66)	63 (36.42)
ไม่เปิดเผย	75 (65.22)	35 (60.34)	110 (63.58)

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย การเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคร่วม และอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคร่วม ประกอบด้วย ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ประวัติการรักษา การดื่มแอลกอฮอล์ การติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4 Cell Count) และปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral Load) มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม มีระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 10.35 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.99) ประมาณครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 56.07) ส่วนใหญ่มารับการรักษาต่อเนื่อง (ร้อยละ 82.08) ไม่เคยดื่มหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์มาแล้วมากกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 64.74) ประมาณครึ่งหนึ่งไม่เคยมีการติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 59.54) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 61.27) รับประทานยาต้านไวรัส 1 มื้อต่อวัน (ร้อยละ 91.91) โดยใช้ยาต้านไวรัสสูตรแนะนำ (ร้อยละ 84.97) มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4 cell count) ก่อนการรักษาเฉลี่ย 292.89 cell/mm^3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 243.87) โดยมีระดับภูมิคุ้มกันก่อนการรักษาน้อยกว่า 200 cell/mm^3 มากที่สุด (ร้อยละ 40.46) ระดับภูมิคุ้มกันครั้งล่าสุดเฉลี่ย 559.61 cell/mm^3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 283.86) ส่วนใหญ่มีระดับภูมิคุ้มกันครั้งล่าสุดมากกว่าหรือเท่ากับ 350 cell/mm^3 (ร้อยละ 76.30) และปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral load) ครั้งล่าสุดเฉลี่ย 9,643.04 copies/ml (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 55,410.60) ส่วนใหญ่มีปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 copies/ml (ร้อยละ 62.43)

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ มีระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 11.39 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.62) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 64.35) มารับการรักษาต่อเนื่อง (ร้อยละ 92.17) ไม่เคยดื่มหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์มาแล้วมากกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 71.30) ประมาณครึ่งหนึ่งไม่เคยมีการติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 57.39) ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 60.00) ส่วนใหญ่รับประทานยา 1 มื้อต่อวัน (ร้อยละ 93.04) โดยใช้ยาต้านไวรัสสูตรแนะนำ (ร้อยละ 87.83) มีระดับภูมิคุ้มกันก่อนการรักษาเฉลี่ย 304.56 cell/mm^3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 245.85) ระดับภูมิคุ้มกันก่อนการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 350 cell/mm^3 มากที่สุด (ร้อยละ 36.52) ระดับภูมิคุ้มกันหลังการรักษาครั้งล่าสุดเฉลี่ย 583.47 cell/mm^3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 253.55) ส่วนใหญ่มีระดับภูมิคุ้มกันหลังการรักษาครั้งล่าสุดมากกว่าหรือเท่ากับ 350 cell/mm^3 (ร้อยละ 81.74) และปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral load) ครั้งล่าสุด เฉลี่ย 2.91 copies/ml (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.66) ส่วนใหญ่มีปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 copies/ml (ร้อยละ 91.30)

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ มีระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 8.28 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.22) โดยมีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 39.66) ส่วนใหญ่มารับการรักษา

ต่อเนื่อง (ร้อยละ 62.07) ประมาณครึ่งหนึ่งไม่เคยดื่มหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์มาแล้วมากกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 51.72) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีการติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 63.79) ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 63.79) รับประทานยา 1 มื้อต่อวัน (ร้อยละ 89.66) โดยใช้ยาต้านไวรัสสูตรแนะนำ (ร้อยละ 79.31) มีระดับภูมิคุ้มกันก่อนการรักษาเฉลี่ย 269.76 cell/mm^3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 240.32) ประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับภูมิคุ้มกันก่อนการรักษาน้อยกว่า 200 cell/mm^3 (ร้อยละ 51.72) มีระดับภูมิคุ้มกันหลังการรักษาครั้งล่าสุดเฉลี่ย 512.29 cell/mm^3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 333.37) ส่วนใหญ่มีระดับภูมิคุ้มกันครั้งล่าสุดมากกว่าหรือเท่ากับ 350 cell/mm^3 (ร้อยละ 65.52) และปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดครั้งล่าสุดเฉลี่ย 28,757.09 copies/ml (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 91,510.81) ส่วนใหญ่มีปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดระหว่าง 21 - 999 copies/ml (ร้อยละ 77.59)

รายละเอียดดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคร่วม โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี			
1 – 3 ปี	11 (9.57)	20 (34.48)	31 (17.92)
4 – 5 ปี	11 (9.57)	4 (6.89)	15 (8.67)
6 – 9 ปี	19 (16.52)	11 (18.97)	30 (17.34)
≥ 10 ปีขึ้นไป	74 (64.35)	23 (39.66)	97 (56.07)
ระยะเวลารักษาท่ำสุด–สูงสุด (ปี)	1 -23	1 -20	1 -23
Mean ± SD	11.39 ± 5.62	8.28 ± 6.22	10.35 ± 5.99
ประวัติการรักษา			
รักษาต่อเนื่อง	106 (92.17)	36 (62.07)	142 (82.08)
รักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา	9 (7.83)	22 (37.93)	31 (17.92)
การดื่มแอลกอฮอล์			
ไม่เคยดื่มเลย/ หยุดดื่ม > 6 เดือน	82 (71.30)	30 (51.72)	112 (64.74)
ดื่ม	33 (28.70)	28 (48.28)	61 (35.26)
การติดเชื้อฉวยโอกาส			
ไม่เคยมีการติดเชื้อฉวยโอกาส	66 (57.39)	37 (63.79)	103 (59.54)
มีการติดเชื้อฉวยโอกาส	49 (42.61)	21 (36.21)	70 (40.46)

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อเอชไอวีและโรค
รวม โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	
โรคร่วม			
ไม่มีโรคร่วม	69 (60.00)	37 (63.79)	106 (61.27)
มีโรคร่วม	46 (40.00)	21 (36.21)	67 (38.73)
จำนวนมียาที่รับประทานต่อวัน			
Single Tablet Regimen: STR	107 (93.04)	52 (89.66)	159 (91.91)
Multiple Tablet Regimen: MTR	8 (6.96)	6 (10.34)	14 (8.09)
สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี			
สูตรแนะนำ	101 (87.83)	46 (79.31)	147 (84.97)
สูตรทางเลือก	14 (12.17)	12 (20.69)	26 (15.03)
ระดับภูมิคุ้มกันก่อนการรักษา			
< 200 cell/mm ³	40 (34.78)	30 (51.72)	70 (40.46)
200 – 349 cell/mm ³	33 (28.70)	8 (13.79)	41 (23.70)
≥ 350 cell/mm ³	42 (36.52)	20 (34.48)	62 (35.84)
CD4 ต่ำสุด – สูงสุด (cell/mm3)	1 – 1,423	3 – 904	1 – 1,423
Mean ± SD	304.56 ± 245.85	269.76 ± 240.32	292.89 ± 243.87
ระดับภูมิคุ้มกันครั้งล่าสุด			
< 200 cell/mm ³	4 (3.48)	10 (17.24)	14 (8.09)
200 – 349 cell/mm ³	17 (14.78)	10 (17.24)	27 (15.61)
≥ 350 cell/mm ³	94 (81.74)	38 (65.52)	132 (76.30)
CD4 ต่ำสุด – สูงสุด (cell/mm3)	54 – 1,737	2 – 1,444	2 – 1,737
Mean ± SD	583.47 ± 253.55	512.29 ± 333.37	559.61 ± 283.86
ปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (HIV Viral load)			
≤ 20 copies/ml	105 (91.30)	3 (5.17)	108 (62.43)
21 – 999 copies/ml	10 (8.70)	45 (77.59)	55 (31.79)
≥ 1,000 copies/ml	0 (0)	10 (17.24)	10 (5.78)
VL ต่ำสุด – สูงสุด (copies/ml)	0 – 51	0 – 489,000	0 – 489,000
Mean ± SD	2.91 ± 9.66	28,757.09 ± 91,510.81	9,643.04 ± 55,410.60

2) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ประกอบด้วย อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงจากยา และความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยา มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม ส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส (ร้อยละ 80.35) ส่วนที่เหลือ 34 คน (ร้อยละ 19.65) มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา โดยเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา 1 อาการ มากที่สุด (ร้อยละ 12.72) อาการที่พบบ่อย ได้แก่ วิงเวียน (ร้อยละ 6.36) คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 5.20) และซิด (ร้อยละ 5.20) มีความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงจากยาลดน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 10.40) และมีความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 10.98)

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส (ร้อยละ 86.09) ส่วนที่เหลือ 16 คน (ร้อยละ 13.91) มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา อาการที่พบบ่อยมากที่สุด คือ ซิด (ร้อยละ 3.47) รองลงมา คือ คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 2.89) มีความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงจากยาลดน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 7.83) และความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 10.43)

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส (ร้อยละ 68.97) ส่วนที่เหลือ 18 คน (ร้อยละ 31.03) มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา อาการที่พบบ่อย ได้แก่ วิงเวียน (ร้อยละ 4.62) ผื่น (ร้อยละ 3.47) และคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 2.31) มีความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงจากยาลดน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และเกิดอาการข้างเคียง 1 ครั้งต่อเดือนหรือเกิดเพียงครั้งเดียว เท่า ๆ กัน (ร้อยละ 15.52) ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาระดับปานกลางถึงสูงมากที่สุด (ร้อยละ 18.96)

รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ และร้อยละ

อาการข้างเคียงจากการรับประทาน ยาต้านไวรัสเอชไอวี	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	
อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา			
ไม่มี	99 (86.09)	40 (68.97)	139 (80.35)
มี	16 (13.91)	18 (31.03)	34 (19.65)
ความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงจากยา			
ไม่เกิด	99 (86.09)	40 (68.96)	139 (80.35)
เกิดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์	9 (7.83)	9 (15.52)	18 (10.40)
เกิด 1 ครั้งต่อเดือนหรือเกิดเพียงครั้งเดียว	7 (6.08)	9 (15.52)	16 (9.25)
ระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยา			
ไม่เกิด	99 (86.09)	40 (68.97)	139 (80.35)
ระดับต่ำ (Mild)	12 (10.43)	7 (12.07)	19 (10.98)
ระดับปานกลาง (Moderate) –	4 (3.48)	11 (18.96)	15 (8.67)
ระดับสูง (Severe)			
ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา			

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา และความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม ส่วนใหญ่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับสูง (ร้อยละ 79.77) และมีความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยาในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 82.08) เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาไวรัส พบว่า ทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับสูง

(ร้อยละ 87.83 และ 63.79 ตามลำดับ) ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 82.61 และ 81.03 ตามลำดับ)

รายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ และร้อยละ

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทาน ยาต้านไวรัสเอชไอวี	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อ การรับประทานยา (Specific - necessity)			
ระดับสูง	101 (87.83)	37 (63.79)	138 (79.77)
ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง	14 (12.17)	21 (36.21)	35 (20.23)
ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการ รับประทานยา (Specific - concern)			
ระดับสูง	20 (17.39)	11 (18.97)	31 (17.92)
ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง	95 (82.61)	47 (81.03)	142 (82.08)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 61.85) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ประมาณครั้งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 50.29) มากกว่าครั้งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 54.91) และส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ในระดับสูง (ร้อยละ 84.97)

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาไวรัส พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 62.61) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ประมาณครั้งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ในระดับต่ำถึงปานกลาง

(ร้อยละ 53.04 และ 51.30 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณในระดับสูง (ร้อยละ 85.22)

ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 60.34) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับสูง (ร้อยละ 55.17) ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 62.07) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณในระดับสูง (ร้อยละ 84.48)

รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่และร้อยละ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	
โดยรวม			
ระดับสูง	43 (37.39)	23 (39.66)	66 (38.15)
ระดับต่ำถึงปานกลาง	72 (62.61)	35 (60.34)	107 (61.85)
รายด้าน			
ขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy)			
ระดับสูง	54 (46.96)	32 (55.17)	86 (49.71)
ระดับต่ำถึงปานกลาง	61 (53.04)	26 (44.83)	87 (50.29)
ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative Health Literacy)			
ระดับสูง	56 (48.70)	22 (37.93)	78 (45.09)
ระดับต่ำถึงปานกลาง	59 (51.30)	36 (62.07)	95 (54.91)
ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)			
ระดับสูง	98 (85.22)	49 (84.48)	147 (84.97)
ระดับต่ำถึงปานกลาง	17 (14.78)	9 (15.52)	26 (15.03)

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยรวม ส่วนใหญ่มีระยะเวลานัดมากกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 72.83) เคยรับประทานยาผิดเวลา (ร้อยละ 67.63) ประมาณครึ่งหนึ่งรับประทานยาผิดเวลาก่อนหรือหลังอาหารน้อยกว่า 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 50.43) ส่วนใหญ่เคยลืมรับประทานยา (ร้อยละ 62.43) โดยระยะเวลาการลืมรับประทานยา 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 60.19) และระยะเวลาที่ลืมรับประทานยาจนถึงวันนัดการรักษายู่ในช่วง 1 - 7 วัน มากที่สุด (ร้อยละ 33.33) รองลงมา คือ ช่วง 15 - 30 วัน (ร้อยละ 21.29)

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาไวรัส พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีระยะเวลานัดมากกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 81.73) ประมาณครึ่งหนึ่งเคยรับประทานยาผิดเวลา (ร้อยละ 52.17) ส่วนใหญ่รับประทานยาผิดเวลาก่อนหรือหลังอาหารน้อยกว่า 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 73.33) ประมาณครึ่งหนึ่งไม่เคยลืมรับประทานยา (ร้อยละ 56.52) ส่วนที่เคยลืมรับประทานยาโดยส่วนใหญ่ลืมรับประทานยา 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 90.00) และระยะเวลาที่ลืมรับประทานยาจนถึงวันนัดการรักษายู่ในช่วงมากกว่า 30-90 วัน มากที่สุด (ร้อยละ 34.00) รองลงมา คือ ช่วง 15-30 วัน (ร้อยละ 28.00)

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ มากกว่าครึ่งมีระยะเวลานัดมากกว่า 3 เดือน (ร้อยละ 55.17) เกือบทั้งหมดเคยรับประทานยาต้านไวรัสผิดเวลา (ร้อยละ 98.28) ส่วนใหญ่รับประทานยาก่อนหรือหลังเวลามากกว่า 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 73.68) ทั้งหมดเคยลืมรับประทานยาต้านไวรัส (ร้อยละ 100) โดยระยะเวลาต่อสัปดาห์ที่ลืมรับประทานยามากที่สุด คือ 5-7 วัน (ร้อยละ 37.93) รองลงมา คือ 1-2 วัน (ร้อยละ 34.48) และผู้ติดเชื้อมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาที่ลืมรับประทานยาจนถึงวันนัดการรักษายู่ในช่วง 1-7 วัน (ร้อยละ 53.45)

รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ลักษณะความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่
โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ และร้อยละ

การรับประทานยาต้านไวรัส	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		รวม จำนวน (ร้อยละ)
	สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	
โดยรวม	115 (66.47)	58 (33.53)	173 (100.00)
จำแนกตามรายละเอียดของข้อคำถาม			
ระยะเวลาการนัด			
≤ 3 เดือน	21 (18.26)	26 (44.83)	47 (27.17)
> 3 เดือน	94 (81.73)	32 (55.17)	126 (72.83)
เคยรับประทานยาผิดเวลา			
ไม่เคย	55 (47.83)	1 (1.72)	56 (32.37)
เคย	60 (52.17)	57 (98.28)	117 (67.63)
รับประทานยาก่อนหรือหลัง < 2 ชม.	44 (73.33)	15 (26.32)	59 (50.43)
รับประทานยาก่อนหรือหลัง > 2 ชม.	16 (26.67)	42 (73.68)	58 (49.57)
การลืมรับประทานยาต้านไวรัส			
ไม่เค็ลลืม	65 (56.52)	0 (0)	65 (37.57)
เค็ลลืม	50 (43.48)	58 (100)	108 (62.43)
จำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ลืม รับประทานยา			
1 – 2 วัน/สัปดาห์	45 (90.00)	20 (34.48)	65 (60.19)
3 – 4 วัน/สัปดาห์	4 (8.00)	16 (27.59)	20 (18.52)
5 – 7 วัน/สัปดาห์	1 (2.00)	22 (37.93)	23 (21.29)
ช่วงเวลาครั้งสุดท้ายที่ลืม รับประทานยาก่อนมาตามนัดการ รักษา			
1 – 7 วัน	5 (10.00)	31 (53.45)	36 (33.33)
8 – 14 วัน	1 (2.00)	13 (22.41)	14 (12.96)
15 – 30 วัน	14 (28.00)	9 (15.52)	23 (21.29)
> 30 – 90 วัน	17 (34.00)	4 (6.89)	21 (19.44)
> 90 วัน	13 (26.00)	1 (1.72)	14 (12.96)

ส่วนที่ 2 ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรและความสามารถในการทำนายความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

ปัจจัยที่นำมาหาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการดูแลรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร

1) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ พบว่า ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ)

รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลรักษากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยด้านการดูแลรักษา	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		χ^2	p-value
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส				
เอชไอวี				
1 – 3 ปี	11 (9.57)	20 (34.48)	18.001	.000
4 – 5 ปี	11 (9.57)	4 (6.89)		
6 – 9 ปี	19 (16.52)	11 (18.97)		
≥ 10 ปีขึ้นไป	74 (64.35)	23 (39.66)		

ตารางที่ 4.7 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลรักษากับความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ โดยใช้สถิติ Chi-square
(ต่อ)

ปัจจัยด้านการดูแลรักษา	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		χ^2	p-value
	สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)		
ประวัติการรักษา				
รักษาต่อเนื่อง	106 (92.17)	36 (62.07)	23.757	.000
รักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา	9 (7.83)	22 (37.93)		
อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา				
ไม่มี	99 (86.09)	40 (68.97)	7.157	.007
มี	16 (13.91)	18 (31.03)		

2) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการ
รับประทานยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอ
วีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ พบว่า

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา จำแนกเป็น ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความ
จำเป็นต่อการรับประทานยา และความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา พบว่าความ
เชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจาก
การรับประทานยากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ กับความสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยกับความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยใช้สถิติ Chi-square

ข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทาน ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		χ^2	p-value
	สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)		
ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา				
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความ จำเป็นต่อการรับประทานยา				
ระดับสูง	101 (87.83)	37 (63.79)	13.799	.000
ระดับต่ำถึงปานกลาง	14 (12.17)	21 (36.21)		
ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจาก การรับประทานยา				
ระดับสูง	20 (17.39)	11 (18.97)	0.065	.799
ระดับต่ำถึงปานกลาง	95 (82.61)	47 (81.03)		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
โดยรวม				
ระดับสูง	43 (37.39)	23 (39.66)	0.084	.772
ระดับต่ำถึงปานกลาง	72 (62.61)	35 (60.34)		
รายด้าน				
ขั้นพื้นฐาน				
ระดับสูง	54 (46.96)	32 (55.17)	1.041	.308
ระดับต่ำถึงปานกลาง	61 (53.04)	26 (44.83)		
ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์				
ระดับสูง	56 (48.70)	22 (37.93)	1.804	.179
ระดับต่ำถึงปานกลาง	59 (51.30)	36 (62.07)		
ขั้นวิจารณ์ญาณ				
ระดับสูง	98 (85.22)	49 (84.48)	0.016	.898
ระดับต่ำถึงปานกลาง	17 (14.78)	9 (15.52)		

ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวี

ผลการทดสอบปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกชนิด Binary (Binary Logistic Regression Analysis) พบว่า ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทายา สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ได้ ร้อยละ 36.1 (Nagelkerke $R^2 = 0.361$, $p < .05$) และเมื่อพิจารณาจำแนกในแต่ละปัจจัย พบว่า

- 1) ระยะเวลาในการรักษา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีเป็น 6.441 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการรักษา 1-3 ปี ($OR=6.441$, 95% $CI=2.432-17.058$)
- 2) ประวัติการรักษา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาต่อเนื่องมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีเป็น 6.431 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา ($OR=6.431$, 95% $CI=2.475-16.713$)
- 3) อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .029$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีเป็น 2.707 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ($OR=2.707$, 95% $CI=1.105-6.632$)
- 4) ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทายา สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทายาในระดับสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีเป็น 4.019 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทายาในระดับต่ำถึงปานกลาง ($OR=4.019$, 95% $CI=1.632-9.895$)

รายละเอียดดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกชนิด Binary ของปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่

ปัจจัย	n	B	S.E.	Wald	Adj. OR	95%CI	p-value
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี							
≥ 10 ปีขึ้นไป ^R	97	-	-	-	-	-	-
6 – 9 ปี	30	0.365	0.535	0.466	1.441	0.505 – 4.107	.495
4 – 5 ปี	15	0.492	0.699	0.495	1.635	0.416 – 6.438	.482
1 – 3 ปี	31	1.863	0.497	14.051	6.441	2.432 – 17.058	.000
ประวัติการรักษา							
รักษาต่อเนื่อง ^R	142	-	-	-	-	-	-
ไม่ต่อเนื่อง	31	1.861	0.487	14.590	6.431	2.475 – 16.713	.000
อาการข้างเคียงจากยา							
ไม่เกิด ^R	139	-	-	-	-	-	-
เกิด	34	0.996	0.457	4.742	2.707	1.105 – 6.632	.029
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (Specific – Necessity)							
ระดับสูง ^R	138	-	-	-	-	-	-
ระดับต่ำถึงปานกลาง	35	1.391	0.460	9.153	4.019	1.632 – 9.895	.002

Homer & Lemeshow test $\chi^2_{df=5}=3.453$, $p = .631$; Constant = -2.080; Nagelkerke $R^2 = .361$

R=Reference group

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทุษร้ายด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่อายุ 18 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2566 ได้กลุ่มตัวอย่าง 173 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและข้อมูลการรักษาจากเวชระเบียน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา 2) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทุษร้ายด้านไวรัสเอชไอวี 3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทุษร้าย 4) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และ 5) แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทุษร้ายด้านไวรัส ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย Chi-square และ Binary Logistic Regression

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่รับประทุษร้ายด้านไวรัสสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 46-59 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งมีคู่สมรส สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการรักษา 10 ปีขึ้นไป และไม่เคยดื่มหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์มานานกว่า 6 เดือน แตกต่างจากกลุ่มที่รับประทุษร้ายด้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีและอายุ 46-59 ปีเท่า ๆ กัน ส่วนใหญ่ไม่มีคู่สมรส สำเร็จการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีระยะเวลาในการรักษากระจายระหว่างมากกว่า 10 ปีขึ้นไป และ 1-3 ปี และเกือบครึ่งยังคงดื่มแอลกอฮอล์ ในส่วนของอาการข้างเคียงจากการรับประทุษร้ายด้านไวรัส พบว่า ทั้งกลุ่มที่รับประทุษร้ายด้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา ส่วนกลุ่มที่มีอาการข้างเคียงซึ่งรับประทุษร้ายด้านไวรัสสม่ำเสมอมีระดับ

ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่กลุ่มซึ่งรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ มีความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาในระดับปานกลางถึงระดับสูง ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่า กลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอส่วนใหญ่มีความเชื่อและรับรู้ถึงความจำเป็นของการรับประทานยาระดับสูง ในขณะที่กลุ่มที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอมีระดับการรับรู้ความจำเป็นกระจายตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับสูง ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พบข้อมูลมีลักษณะคล้ายกันทั้งกลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ทุกคนเคยลืมรับประทานยาต้านไวรัส มีร้อยละของการเคยรับประทานยาผิดเวลาสูงกว่ากลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ และส่วนใหญ่รับประทานยาผิดเวลาก่อนหรือหลังมากกว่า 2 ชั่วโมง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (Specific – Necessity) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ ร้อยละ 36.1

อภิปรายผลการวิจัย

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ทั้งในกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่เคยรับประทานยาผิดเวลาและเคยลืมรับประทานยา โดยกลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอมีร้อยละของการเคยลืมรับประทานยาน้อยกว่า มีความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยาไม่เกิน 2 ชั่วโมง และจำนวนวันที่ลืมรับประทานยาอยู่ในช่วง 1-2 วันต่อสัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยามากกว่า 2 ชั่วโมง และจำนวนวันที่เคยลืมรับประทานยาอยู่ในช่วง 5-7 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาขององค์การ ประจันเขตต์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่พบว่า การลืมรับประทานยาเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมากที่สุด แม้ว่าผู้

ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรับประทานยา รวมถึงรับรู้ว่า การรับประทานยาเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ระดับของปริมาณไวรัสลดลงจนถึงระดับที่ไม่สามารถตรวจพบได้ (HIV viral load undetected) และส่งผลต่อการป้องกันเชื้อเอชไอวีทำลายระบบภูมิคุ้มกัน (CD4 cell) ของร่างกายก็ตาม การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอมีความคลาดเคลื่อนของการรับประทานยา และจำนวนวันที่ลืมรับประทานยาต่างกัน อาจเกี่ยวข้องกับอายุ โดยจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 46-59 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งรับประทานยาสม่ำเสมอ (ร้อยละ 54.78) ซึ่งถือเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่มีวุฒิภาวะและมีความสามารถในการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงการเผชิญปัญหาได้เป็นอย่างดี (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2014) แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี (ร้อยละ 60.34) เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการประสบความสำเร็จในหน้าที่และได้รับการยอมรับทางสังคม ในกลุ่มนี้จึงพบว่ามักมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นผลมาจากลักษณะการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงส่งผลต่อการปรับตัวรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Kasemsuk & Boonbunjob, 2018) นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาสม่ำเสมอประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.17) มีคู่สมรส ในขณะที่กลุ่มผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ไม่มีคู่สมรส (ร้อยละ 75.86) ซึ่งครอบครัวหรือคู่สมรสนับเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือ ช่วยแจ้งเตือนการรับประทานยาต้านไวรัสและการมาตรวจตามนัดและช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (นงนิตย์ ธีระวัฒนสุข, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, และสมเจตน์ เพียรคุ้ม, 2555) และอาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาสม่ำเสมอส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการรักษา 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 64.35) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการรักษาและการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับเน้นย้ำเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา ผลการรักษารวมถึงประสบการณ์จากการเจ็บป่วยที่ส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ทำให้การรับประทานยากลายเป็นพฤติกรรมส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

การศึกษากครั้งนี้ พบปัจจัย 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 36.1 ได้แก่

ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา

ระยะเวลาในการรักษา

ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส 6.441 เท่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 1 - 3 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของชนิกา ศรีราช และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษาต่ำกว่า 10 ปี จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการรักษา 10 ปีขึ้นไป และการศึกษาของยุทธชัย ไชยสิทธิ์ (2553) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัส ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มากขึ้น จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสพบบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่า การพบบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับทราบถึงความก้าวหน้าของโรค ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง ได้รับการเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, 2553; Golin, Smith, & Reif, 2004) การได้พบบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความคุ้นเคยและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้สามารถกล่าวสื่อสารปัญหาของการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษาที่สั้นกว่า (Schneider, 2004) นอกจากนี้ระยะเวลาในการรักษาที่มากกว่า มีผลต่อการสั่งสมประสบการณ์ และการปรับตัวต่อโรคและการรักษาที่ได้รับซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวเพียงพอต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องจนเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, 2553) ด้วยเหตุผลดังกล่าวอาจส่งผลให้ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาการรักษา มากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาการรักษาเพียง 1-3 ปี

ประวัติการรักษา

ประวัติการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส 6.431 เท่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Bantie et al. (2022) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษาจะรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษาจะมีแนวโน้มที่จะขาดการรักษาซ้ำในอนาคต และการศึกษาของยุทธชัย ไชยสิทธิ์ (2553) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีด้านการมาตรวจตามนัด ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งหลักการสำคัญในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แพทย์และพยาบาลเน้นย้ำผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้งที่มาตรวจ คือ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในการรับประทานยา ความมีวินัยในการมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดอยู่ในระดับคงที่จนสามารถกดปริมาณไวรัสเอชไอวีให้อยู่ในระดับต่ำที่สุด (น้อยกว่า 50 copies/ml) หรือไม่สามารถตรวจวัดได้ให้ยาวนานที่สุด (ปรีชา มณฑานติกุล, 2550; เสาวนีย์ วิบูลสันติ และคณะ, 2565) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรักษาต่อเนื่อง อาจช่วยปลูกฝังให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ส่งผลต่อการปฏิบัติตามสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ โดยระบบการรักษาและวัฒนธรรมของประเทศไทยผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่จะเชื่อฟังและทำตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider et al. (2004) ซึ่งพบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษามีโอกาสที่จะได้รับการสื่อสารข้อมูลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ (Adherence Dialogue) ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) และเนื่องจากยาต้านไวรัสไม่สามารถซื้อได้เองตามร้านขายยาทั่วไป หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดการรักษาจึงไม่มีารรับประทาน ทำให้รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส

การเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ไม่มีอาการ

ข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็น 2.707 เท่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Max and Sherer (2000 อ้างถึงใน ชนิกา ศรีราช และคณะ, 2561) ที่พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ของปัญหาในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่สม่ำเสมอ คือ การมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการข้างเคียงจากยาและไม่สามารถทนกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำ อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการออกฤทธิ์ในการรักษาของยาต้านไวรัส โดยร้อยละ 74.48 ทำให้เกิดอาการของระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Symptoms) ที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน (Santos et al., 2016) ในทางกลับกันการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายรวมถึงมีอาการข้างเคียงในระบบทางเดินอาหาร และเมื่อผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสจะทำให้เกิดความไวต่อปฏิกิริยาจากยา และทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ (Santos et al., 2016) นอกเหนือจากการเกิดอาการข้างเคียงแล้ว ความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการข้างเคียงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน ดังการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ มีร้อยละของความถี่ในการเกิดอาการข้างเคียงน้อยกว่า และมีร้อยละของความรุนแรงในทุกระดับน้อยกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงบ่อยและอาการมีความรุนแรง โดยไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ จะส่งผลกระทบต่ออาการที่เกิดขึ้น เกิดเป็นความท้อแท้เบื่อหน่ายกับการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัสต่ำ จะไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงหลังจากรับประทานยาได้ จะมีความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส นอกจากนี้ผลการศึกษาของชนิกา ศรีราช และคณะ (2561) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสและไม่สามารถทนกับอาการข้างเคียงจากยาได้ จะมีความท้อแท้และเบื่อหน่ายกับการรับประทานยา ทำให้มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ และการศึกษาของ Kioko and Pertet (2017) พบว่า ถ้าอาการข้างเคียงจากการรับประทานยามีความรุนแรงมากและผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา

ความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาด้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาด้านไวรัสในระดับสูง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็น 4.019 เท่าของกลุ่มที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับต่ำถึงปานกลาง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาสม่ำเสมอ มีร้อยละของความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับสูง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา เป็นการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีถึงความจำเป็นและประสิทธิภาพของยาในการรักษา (ยศพล เหลือง โสมภา และคณะ, 2556) ซึ่งในปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรักษาด้วยการรับประทานยาด้านไวรัสเพียงวิธีเดียว และต้องรับประทานยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาด้านไวรัส ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารเกี่ยวกับความจำเป็นและความสำคัญของการรับประทานยาด้านไวรัสที่ส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ การสื่อสารเกี่ยวกับความจำเป็นดังกล่าวอาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้และตระหนักถึงความจำเป็นของการรับประทานยาด้านไวรัส นอกจากนี้ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้อาการและผลที่จะตามมาจากการเจ็บป่วย อาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาด้านไวรัส การที่ผู้ติดเชื้อมีระยะเวลาในการรักษายาวนานทำให้มีโอกาสได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่สามารถส่งผลสืบเนื่องรุนแรงหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งประสบการณ์ตรงของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง อาจช่วยให้ผู้ติดเชื้อเกิดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (ยศพล เหลือง โสมภา และคณะ, 2557) สอดคล้องกับแนวคิดของ Horne (2003) ที่เชื่อว่าความเชื่อเฉพาะด้านความจำเป็นต่อการรับประทานยานั้น สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากการรับรู้อาการเจ็บป่วย ผลสืบเนื่องจากการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และต้นแบบความเชื่อเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับรู้และให้คุณค่ากับอาการเจ็บป่วยและผลสืบเนื่องจากการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้และให้คุณค่ากับผลสืบเนื่องของการเจ็บป่วยน้อย (ยศพล เหลือง โสมภา และคณะ, 2556; Horne, 2003) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าการรับประทานยาด้านไวรัสมีความจำเป็นและรับรู้ว่ายามีประสิทธิภาพในการรักษา จึงให้ความร่วมมือในการรับประทาน

ยาต้านไวรัส และมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ (Horne et al., 2007; Phillips et al., 2014)

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่มากได้

ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยา

ในการศึกษานี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยา อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 82.61) เมื่อพิจารณาข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่า สอบถามความกังวลใจของผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับการที่ต้องรับประทานยาที่ใช้ในการรักษา ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพายามากเกินไป ความรู้สึกสับสนในการรับประทานยา และผลรบกวนชีวิตประจำวัน ซึ่งการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ติดเชื้อต้องผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ติดเชื้อทั้งกาย ใจ และสังคม ระหว่างกระบวนการผู้ติดเชื้อจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และผ่านขั้นตอนการเตรียมผู้ติดเชื้อก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นอกจากนี้การที่ผู้ติดเชื้อมารับการรักษาตามนัดทุกครั้งบุคลากรทางการแพทย์จะสื่อสารเกี่ยวกับความจำเป็นและความสำคัญของการรับประทานยาที่ส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ และช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ กระบวนการดังกล่าวจึงอาจช่วยลดความกังวลต่อการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อได้ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีความกังวลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง นอกจากนี้พยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวีในระยะต้นจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อจึงมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยและเป็นเรื้อรัง อาการที่พบบ่อย เช่น ไข้ ท้องเสีย ซึ่งสามารถเข้าถึงยาและการรักษาได้ด้วยตนเองโดยการไปหาซื้อตามร้านขายยา ที่สามารถหาซื้อได้ง่ายจากหลายช่องทาง เช่น ร้านสะดวกซื้อ ร้านขายยา รวมไปถึงร้านขายของชำในชุมชน โดยไม่ต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงอาจช่วยลดความกังวลของผู้ติดเชื้อได้ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน แต่ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของยสพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2556) ซึ่งศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่า ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยาไม่สามารถอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ได้ และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งกลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 62.61 และ 60.34 ตามลำดับ) อาจเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับเดียวกัน เข้ารับการรักษาจากสถานบริการสุขภาพแห่งเดียวกัน ได้รับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพคล้ายกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเข้ารับการรักษาระยะเวลานาน จึงได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษาและการรับประทานยาต้านไวรัสจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัสโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ อาจส่งผลต่อความรู้ ความคิด และการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ และการดูแลตนเองคล้าย ๆ กัน นอกจากนี้ในคลินิกได้จัดให้มีแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีจิตอาสาเป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการรับบริการในคลินิก ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและสะดวก และกล้าสอบถามข้อมูลต่าง ๆ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกัน อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นความจำเป็นในการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ผลของการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชนัญญา คุ่มครอง, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพูลสุข เจนพานิชย์ (2557) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- 1) ใช้ผลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระยะเวลาการ

รักษา 1-3 ปี และกลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ให้สามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษา มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส และไม่รับรู้ถึงความจำเป็นของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง ควรมีระบบประเมินข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อให้รับรู้ถึงปัญหาตั้งแต่ระยะแรก จัดระบบการติดตามอย่างใกล้ชิด และจัดบริการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาเป็นรายบุคคลในคลินิกหรือผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมรับประทานยาสม่ำเสมอ และสามารถจัดการอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสได้อย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย

1) ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การมีผู้ดูแล นอกจากนี้ควรศึกษาในพื้นที่อื่นเกี่ยวกับผลของความเชื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เนื่องจากการศึกษาในประเทศไทยมีจำนวนจำกัด

2) ควรมีการศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นผู้สูงอายุ และเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสถานบริการสุขภาพมากกว่า 1 แห่ง เนื่องจากแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นกลุ่มสูงอายุเพิ่มขึ้น จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนยาวขึ้นจากการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้สูงอายุในคลินิกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2564). *เอดส์ ตรวจเร็ว รักษาเร็ว สุขภาพดีได้*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=42
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2565). *การรักษาตามแนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. (2564). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นในโรคความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข.
- ขวัญใจ ธนากรจักร. (2557). AZT induced anemia. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 1(3), 124-127.
- คณิศร แก้วแดง, และสุมาลี ราชนิยม. (2558). พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม: Nurses and Holistic Nursing Care in AIDS Patient. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26, 128-135.
- เจตนิพัทธ์ มิตขุนทด. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะลิ่มเลือดในการรักษาด้านเชื้อไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลตากลิ จังหวัดนครสวรรค์. *สวรรค์ประชากรเวชสาร*, 16(2), 65-75.
- ชนัญญา คุ่มครอง, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพูลสุข เจนพานิชย์. (2557). ความสัมพันธ์ของความรู้เท่าทันทางด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(2), 211-228.
- ชนิกา ศรีราช, ฉวีวรรณ บุญสุยา, และอรนุช ภาชื่น. (2561). พฤติกรรมสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการกินยา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(37), 39-55.
- ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ครุฑกาศ, อุษณีย์ เทพวรชัย, และเขาวรัตน์ อินทอง. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 1-11.
- นนิตย์ ชีระวัฒนสุข, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, และสมเจตน์ เพียรคุ้ม. (2555). ปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพและปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ตัวอย่างจังหวัดอำนาจเจริญ. *ว. เกษศาสตร์อีสาน*, 8(3), 1-13

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- บุรัสกร ทรัพย์สุพรรณ, พุทธิชัย ศิริวัฒนานุกุล, และเสริมศิริ แสงรุ่งเรืองศิริ. (2550). CCR5 Antagonists: เป้าหมายใหม่ในการรักษาโรคเอดส์. *วารสารไทยเภสัชวิทยนิพนธ์*, 4, 1-11.
- ประพันธ์ ภาณุภาค, มนูญ ลิขสงววงศ์, ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, วสันต์ จันทราทิพย์, วิชัย เตชะสาธิต, อัจฉรา ชีรรัตน์กุล, . . . อารีย์ คุ่มพิทักษ์. (บ.ก.). (2553). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดชัยบุญกิจ, และนพวรรณ เปียชื่อ. (2561). บทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิตามแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์*, 23(1), 27-43.
- ปราณี ขาวแดง. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อขายด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยพะเยา, พะเยา.
- ปราณี ถักนาจันทโชติ, ชนะวิทย์ เจริญวัฒนศักดิ์, นิพัชชา โรจนรัตนวานิชย์, นิรมล แก้วรัตนปัทมา, บุรินทร์ โรจนประทีป, และนลินี พูลทรัพย์. (2009). ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 4(2), 202-207.
- ปรีชา มณฑานติกุล. (2550). *โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ คู่มือสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์*. กรุงเทพฯ: ประชาชน.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2560). บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(2), 154-159
- พีระมน นิงสานนท์, สัตยชัย ชาสมบัติ, ธิดาพร จิระวัฒน์ไพศาล, และสุวนีย์ ใหม่สุวรรณ. (2547). *สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2553). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, รัตติยา ทองอ่อน, เพ็ญศิริ ดำรงภกภกร, บุญรอด คอนประเพ็ง, ดวงใจ บุญคง, และพัชนี สมกำลัง. (2556). กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 5(3), 13-24.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, ศาคร พร้อมเพระ, สมบัติ เหลืองโสมนภา, และบุพาธร เสือเผ่า. (2556). อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(2), 146-157.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา, ศาคร พร้อมเพระ, ปาติรัญญ์ ฐาติรสวัศดี, รุ่งนภา เขียวชะอำ, และวารุณี สุวรรณกุล. (2557). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทย. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 31(4), 297-310.
- รัชนิพร ชื่นสุวรรณ, และเฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล. (2553). Antiretroviral associated hepatotoxicity. *จุลสารสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย*, 44-63.
- ราชบัณฑิตสภา. (2562). ทำไมจึงต้องสร้างความฉลาดรู้: ศึกษาจากปรากฏการณ์และทำนาขอนาคต. ใน *สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง ราชบัณฑิตยสภา ร่วมกับ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, หนังสือเนื่องในการประชุมวิชาการราชบัณฑิตยสาร ประจำปี พ.ศ.2562 (น. 1-17).* กรุงเทพฯ: บริษัท เอบีซี อินเทอร์เน็ตกรุ๊ป จำกัด.
- วรภรณ์ กิ่งแก้ว. (2558). การปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาด้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 – 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย (Unpublished Master's thesis). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วินัย รัตนสุวรรณ. (2557). *หยุดยาด้านเอดส์ เสี่ยงเชื้อดื้อยา*. สืบค้นจาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/tvdetail.asp?tv_id=441
- วิมลรัตน์ บุญเสถียร, และอรทัย เจริญทิพย์สกุล. (2564). ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 14(1), 198-212.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

ศรีประภา ชัยสินธพ. (2014). *สภาพจิตใจของวัยรุ่นใหญ่*. สืบค้นจาก

<https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/06272014-1009>

ศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. (2566). *ผลการดำเนินงานระดับพื้นที่*.

สืบค้นจาก <https://hivhub.ddc.moph.go.th/hospitalDATA>

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์. (2560). *ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560 – 2573*.

กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.

สภาเทคนิคการแพทย์. (2560). *คู่มือการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเทคนิคการแพทย์*.

กรุงเทพฯ: P.S.service.

สุนันทา เสี่ยงมั่งสา. (2016). การศึกษาเรื่องภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยา Zidovudine

(AZT) ที่โรงพยาบาลกุมภวาปี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 24(3), 238-246.

สุเมธ องศ์วรรณดี, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, และรังสิมา

โล่เลขา. (2560). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี*

2560. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *การบริหารงบประมาณสำนักงานหลักประกัน*

สุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นจาก <https://www.nhso.go.th>

เสาวนีย์ วิบูลสันติ, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, โอภาส พุทธเจริญ, เอกจิตรา สุขกุล, และรังสิมา

โล่เลขา. (2565). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย*

ปี 2564/2565. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.

องค์อร ประจันเขตต์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่าง

ต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ แผนกโรคติดเชื้อ กองอายุรกรรม

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 65(2), 95-102.

อรดี โชติเสน, สุรเดช ประดิษฐ์บาทูกา, และอารี ชิวเกษมสุข. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กรณีศึกษา โรงพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนัก

การแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 41-50.

Achappa, B., Madi, D., Bhaskaran, U., Ramapuram, J.T., Rao, S., & Mahalingam, S. (2013).

Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV. *North American*

Journal of Medical Sciences, 5(3), 220-223. doi:10.4103/1947-2714.109196

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Altice, F., Evuarherhe, O., Shina, S., Carter, G., & Beaubrun, A.C. (2019). Adherence to HIV treatment regimens: systematic literature review and meta-analysis. *Patient Preference and Adherence*, 13, 475–490.
- Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*, 38(1), 33-42.
- Bantie, B., Seid, A., Kerebeh, G., Alebel, A., & Dessie, G. (2022). Loss to follow-up in “test and treat era” and its predictors among HIV-positive adults receiving ART in Northwest Ethiopia: Institution-based cohort study. *Front. Public Health*, 10, 1-13.
doi:10.3389/fpubh.2022.876430
- Bloom, B.S. et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Conway, B. (2007). The role of adherence to antiretroviral therapy in the management of HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 45(1), 14–18.
- Cunha, G.H., Galvão, M.T.G., Pinheiro, P.N.C., & Vieira, N.F.C. (2016). Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 169-177. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0052>
- Fazeli, P.L., Woods, S.P., Gakumo, C.A., Mugavero, M.J., & Vance, D.E. (2020). Critical, and not functional, health literacy is associated with missed HIV clinic visits in adults and older adults living with HIV in the Deep South. *AIDS care*, 32(6), 694–700.
doi.org/10.1080/09540121.2019.1622641
- Gakumo, C.A., Vance, D.E., Moneyham, L.D., Deupree, J.P., & Estrada, C.A. (2013). Health numeracy and health literacy within the context of management of patients with human immunodeficiency virus. *Nursing Research and Reviews*, 3, 23–31.
doi.org/10.2147/NRR.S37548
- Gast, A., & Mathes, T. (2019). Medication adherence influencing factors-an (updated) overview of systematic reviews. *Bio Med Central*, 8(112), 1-17. doi.org/10.1186/s13643-019-1014-8

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Golin, C.E., Smith, S.R., & Reif, S. (2004). Adherence counseling practices of generalist and specialist physicians caring for people living with HIV/AIDS in North Carolina. *J Gen Intern Med*, 19(1), 16-27. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.21151.x
- Gulick, R.M. (2010). Antiretroviral Treatment 2010: Progress and Controversies. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 55(1), 43–48. doi:10.1097/QAI.0b013e3181f9c09e
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In K. J. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications* (pp. 155-188). London: Harwood Academic.
- Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self-regulation. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The Self - Regulation of Health and Illness Behavior* (pp. 138-153). London: Routledge.
- Horne, R., Cooper, V., Gellaitry, G., Date, H.L., & Fisher, M. (2007). Patients' perceptions of highly active antiretroviral therapy in relation to treatment uptake and adherence the utility of the necessity-concerns framework. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 45(3), 334–341.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The developments and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health*, 14, 1-24.
- Kasemsuk, K., & Boonbunjob, U. (2018). Health promotion of early adulthood development: nurses' important role. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 24(3), 101-107.
- Kioko, M.T., & Pertet, A.M. (2017). Factors contributing to antiretroviral drug adherence among adults living with HIV or AIDS in a Kenyan rural community. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 9(1), 1-7. doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1343
- Li, Z., Purcell, D.W., Sansom, S.L., Hayes, D., & Hall, I. (2019). Vital signs: HIV transmission along the continuum of care — United States 2016. *US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention; Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(11), 267-272.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Mannheimer, S., Friedland, G., Matts, J., Child, C., & Chesney, M. (2006). The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus infected persons in clinical trials. *Clinical Infectious Diseases*, 34(8), 1115-1121.
- Max, B., & Sherer, R. (2000). Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence. *Clinical Infectious Diseases*, 30(2), 96-116.
- Mendez, M.R., Perez, E.L.S., & Baez, S.S. (2015). Measuring health literacy among people living with HIV who attend a community-based ambulatory clinic in Puerto Rico. *P R Health Sci J*, 34(1), 31-37.
- National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (U.S.). Division of HIV/AIDS Prevention. (2016). *Terms, definitions, and calculations used in CDC HIV surveillance publications*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics/systems/nhbs/cdc-hiv-terms-surveillance-publications-2014.pdf>
- National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (U.S.). Division of HIV/AIDS Prevention. (2019). *Understanding the HIV care continuum*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics/systems/nhbs>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Omonuwa, T.S., Goforth, H.W., Preudhomme, X., & Krystal, A.D. (2009). The pharmacologic management of insomnia in patients with HIV. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5(3), 252-262.
- Palumbo, R. (2015). Discussing the effects of poor health literacy on patients facing HIV: a narrative literature review. *International Journal of Health Policy & Management*, 4(7), 417-430. doi:10.15171/ijhpm.2015.95

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Perez, T.A., Chagas, E.F.B., & Pinheiro, O.L. (2021). Health functional literacy and adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV. *Revist Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200012>
- Phillips, L.A., Diefenbach, M.A., Kronish, I.M., Negron, R.M., & Horowitz, C.R. (2014). The necessity-concerns framework: A multidimensional theory benefits from multidimensional analysis. *The Society of Behavioral Medicine*, 48, 7–16. doi:10.1007/s12160-013-9579-2
- Saberi, P., Neilands, T.B., & Johnson, M.O. (2011). Quality of sleep: associations with antiretroviral nonadherence. *AIDS patient care and STDs*, 25(9), 517-524. doi:10.1089/apc.2010.0375
- Santos, A.S.C., Silveira, E.A., & Falco, M.O. (2016). Gastrointestinal symptoms in HIV-Infected patients: female sex and smoking as risk factors in an outpatient cohort in Brazil. *PLoS ONE*, 11(10), 1-11. doi:10.1371/journal.pone.0164774
- Schneider, J., Kaplan, S.H., Greenfield, S., Li, W., & Wilson, I.B. (2004). Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *J Gen Intern Med*, 19, 1096 –1103.
- Sianturi, E.I., Perwitasari, D.A., Soltief, S.N., Islam, A., Geboers, B., & Taxis, K. (2020). Health literacy of people living with HIV in a rural area in Indonesia: A cross-sectional study. *Health Social Care Community*, 29, 127–134. doi:10.1111/hsc.13075
- Stonbraker, S., Smaldone, A., Luft, H., Cushman, L.F., Nadal, L.L., Halpern, M., & Larson, E. (2017). Associations between health literacy, HIV-related knowledge, and information behavior among persons living with HIV in the Dominican Republic. *Public Health Nursing*, 35, 166–175. doi:10.1111/phn.12382
- Suku, M., Odajima, T., Kasai, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., . . . Sugimori, H. (2013). The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med*, 18, 407–415. doi:10.1007/s12199-013-0340-z
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2012). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- Telayneh, A.T., Tesfa, M., Woyraw, W., Temesgen, H., Alamirew, N.M., Haile, D., . . .
- Petrucka, P. (2022). Time to lost to follow-up and its predictors among adult patients receiving antiretroviral therapy retrospective follow-up study Amhara Northwest Ethiopia. *Scientific Reports*, 12, 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07049-y>
- Thompson, J., Havenga, Y., & Naude, S. (2015). The health literacy needs of women living with HIV/AIDS. *Science Direct*, 20, 13-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hsag.2015.03.001>
- UNAIDS Asia. (2012). คู่มืออ่านประกอบบทให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเอชไอวีสำหรับภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก: *The HIV Counselling Handbook for the Asia-Pacific*. Bangkok: FHI360 Asia Pacific Regional Office.
- Vitezica, Z.G., Milpied, B., Lonjou, C., Borot, N., Ledger, T.N., Lefebvre, A., . . . Hovnanian, A. (2008) HLA-DRB1*01 associated with cutaneous hypersensitivity induced by nevirapine and efavirenz. *AIDS*, 22(4), 540-541.
- Wilson, D.P., Law, M.G., Grulich, A.E., Cooper, D.A., & Kaldor, J.M. (2008). Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet*, 37, 314–320.
- World Health Organization. (1946). *Health and Well-Being*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to Long - Term Therapies Evidence for Action*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2017). *Guidelines for Managing Advanced HIV and Rapid Initiation of Antiretroviral Therapy*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550062>.
- World Health Organization. (2021). *HIV/AIDS*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- World Health Organization. (2023). *HIV statistics, globally and by WHO region 2023*. Retrieved from <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf>



The logo of Rangsit University is a circular emblem. At the top is a stylized flame or sunburst. Below it, the Thai text "ภาคผนวก ก" is centered. Further down, the title "เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ" is written in a larger font. At the bottom, the university's name "มหาวิทยาลัยรังสิต" in Thai and "Rangsit University" in English is written in a semi-circle.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ และเติมข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ

1.1 เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง ☐ 3) อื่นๆ โปรดระบุ.....

1.2 อายุ.....ปี

1.3 สถานภาพสมรส ☐ 1) โสด ☐ 2) คู่ ☐ 3) หม้าย
☐ 4) หย่าร้าง ☐ 5) แยกกันอยู่ ☐ 6) อื่นๆ โปรดระบุ.....

1.4 อาชีพ

☐ 1) นักเรียน/นักศึกษา ☐ 2) แม่บ้าน/พ่อบ้าน ☐ 3) รับจ้าง
☐ 4) เกษตรกรรม ☐ 5) ค้าขาย ☐ 6) ธุรกิจส่วนตัว
☐ 7) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 8) ว่างาน ☐ 9) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

1.5 ลักษณะเวลาในการทำงาน

☐ 1) เวลาราชการ (08.00 – 16.00 น.) ☐ 2) เข้าवरกะ (เช้า บ่าย ดึก)
☐ 3) เวลาไม่แน่นอน ☐ 4) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

1.6 ระดับการศึกษา ☐ 1) ประถมศึกษา ☐ 2) มัธยมศึกษา

☐ 3) อนุปริญญา ☐ 4) ปวช./ปวส.

☐ 5) ปริญญาตรี ☐ 6) สูงกว่าปริญญาตรี

1.7 รายได้เฉลี่ย

☐ 1) ไม่มีรายได้

☐ 2) มีรายได้ โปรดระบุรายได้ต่อเดือน.....บาท

1.8 สิทธิในการรักษาพยาบาล ☐ 1) บัตรประกันสุขภาพ ☐ 2) ประกันสังคม

☐ 3) เบิกจ่ายตรง ☐ 4) จ่ายเงินเอง

☐ 5) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

1.9 ผู้ดูแลเมื่อท่านเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไม่มีผู้ดูแล

☐ มีผู้ดูแล

☐ 1) บิดา/มารดา

☐ 2) บุตร

☐ 3) สามิ/ภรรยา

☐ 4) พี่/น้อง

☐ 5) เพื่อน

☐ 6)ญาติ

☐ 7) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

1.10 ท่านเปิดเผยสถานการณ์จิตใจของท่านกับคนใกล้ชิดและไว้วางใจได้

☐ 1) เปิดเผย

☐ 2) ไม่เปิดเผย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านการรักษา

2. ข้อมูลด้านการรักษาและภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ข้อ

2.1 ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4)

- ก่อนการได้รับยาต้านไวรัส วันที่.....

- ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ก่อนรับยาต้านไวรัส เท่ากับcell/mm³%

- ครั้งล่าสุดที่ได้รับการตรวจ วันที่.....

- ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ครั้งล่าสุด เท่ากับcell/mm³%

2.2 ค่าปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load)

- ครั้งล่าสุดที่ได้รับการตรวจ วันที่.....

- ค่าปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) ครั้งล่าสุด เท่ากับ.....copies/ml

2.3 ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี.....ปี

ประวัติการรักษา ☐ 1) มารับการรักษาต่อเนื่อง

☐ 2) เคยขาดนัด/ขาดการรักษา

ระยะเวลาในการขาดนัด/ขาดการรักษา.....

สาเหตุของการขาดนัด/ขาดการรักษา.....

2.4 ท่านดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

☐ 1) ไม่เคยดื่มเลย

☐ 2) หยุดดื่มแล้ว มากกว่า 6 เดือน

☐ 3) ดื่ม

ท่านดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กี่วันต่อสัปดาห์.....วันต่อสัปดาห์

2.5 ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส

- ☐ 1) ไม่เคยมีการติดเชื้อฉวยโอกาส
- ☐ 2) วัณโรคปอด (Mycobacterium Tuberculosis)
- ☐ 3) ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินาย (Pneumocystis Carinii Pneumonia)
- ☐ 4) โรคคริปโตคอคโคซิส (Cryptococcal Meningitis)
- ☐ 5) โรคแคนดิเดียซิส (candidiasis) ของหลอดอาหารหลอดลมหรือปอด
- ☐ 6) โรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (Bacteria Pneumonia)
- ☐ 7) โรคงูสวัด (Herpes Zoster)
- ☐ 8) โรคจอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส (Cytomegalovirus Retinitis)
- ☐ 9) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2.6 โรคร่วม

- ☐ 1) ไขมันในเลือดสูง ☐ 2) ความดันโลหิตสูง ☐ 3) โรคเบาหวาน
- ☐ 4) โรคไตวายเรื้อรัง ☐ 5) โรคหัวใจและหลอดเลือด
- ☐ 6) ไวรัสตับอักเสบบี ☐ 7) ไวรัสตับอักเสบซี
- ☐ 8) ซิฟิลิส ☐ 9) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2.7 สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับในปัจจุบัน.....

2.8 จำนวนมือของยาต้านไวรัสที่รับประทานต่อวัน ☐ 1 มือ ☐ 2 มือ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

คำชี้แจง แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี มีข้อคำถาม 4 ข้อ เกี่ยวกับการเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หรือ ☐ และเติมข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสหรือไม่

☐ 1) ไม่เกิด (ไม่ต้องตอบคำถามข้อ 2 – 4)

☐ 2) เกิด (ระบุอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสที่เกิดขึ้น ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ ผื่นตามร่างกาย | ☐ วิงเวียน | ☐ ปวดศีรษะ |
| ☐ คลื่นไส้อาเจียน | ☐ นอนไม่หลับ | ☐ ผื่นร้าย |
| ☐ ชาตามร่างกาย | ☐ ซีด | ☐ ตาและตัวเหลือง |
| ☐ ตับอักเสบ | ☐ ปวดเอว | ☐ ปวดท้อง |
| ☐ ปัสสาวะขัด | ☐ แก้มตอบ | |
| ☐ แขนขาชาลิบ กล้ามเนื้อลิบ ก้นลิบ | | |
| ☐ อาการอื่นๆ (โปรดระบุ)..... | | |
| ☐ อาการอื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | | |

2. อาการผิดปกติจากการรับประทานยาในข้อ 1 เกิดบ่อยแค่ไหน

- | | |
|---|---|
| ☐ เกิดขึ้นทุกครั้งที่กินยา | ☐ เกิดขึ้น 2 – 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ |
| ☐ เกิดขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง | ☐ เกิดครั้งเดียว เพราะมีอาการหยุดยาทันที |
| ☐ เกิดขึ้นอย่างน้อยเดือนละ 1 เดือน | ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |

3. ให้ท่านประเมินความรู้สึกต่ออาการผิดปกติจากการรับประทานยาในข้อ 1 ว่ามีความรุนแรงอยู่ระดับใด โดยให้คะแนนตามความรู้สึกของท่าน มีระดับตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดย “ 0 ” คือ รู้สึกรุนแรงน้อยที่สุด ไปถึง “ 10 ” คือ รู้สึกรุนแรงมากที่สุด โปรดระบุ คะแนนตามความรู้สึกต่ออาการผิดปกติจากการรับประทานยาของท่าน

.....คะแนน

4. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส ท่านแก้ปัญหาอย่างไร

- | |
|--|
| ☐ 1) ปรึกษาบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น |
| ☐ 2) ปรึกษาแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี |
| ☐ 3) หยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอง |
| ☐ 4) มาพบแพทย์ก่อนนัด |
| ☐ 5) อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... |

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา
(Beliefs About Medicines Questionnaire) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว ดังนี้

5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 = เห็นด้วยได้, 3 = ไม่แน่ใจ, 2 = ไม่เห็นด้วย และ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา					
1. สุขภาพของฉันทุกวันนี้ ขึ้นอยู่กับการกินยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง					
2. ฉันคิดว่า ยาทุกชนิดมักก็มีความเป็นพิษอยู่ในตัวมันเอง					
3. ชีวิตของฉันคงดำเนินต่อไปไม่ได้ถ้าไม่ได้กินยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง					
4. ฉันคงเจ็บป่วยมากไปกว่านี้ ถ้าไม่ได้กินยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง					
5. ยารักษาโรคที่ฉันกินอยู่ตามที่แพทย์สั่งช่วยป้องกันไม่ให้ฉันมีอาการของโรคที่แย่ลงได้					
ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการกินยา					
6. ฉันกังวลใจกับการที่ต้องกินยารักษาโรคที่ฉันเป็นอยู่ตามที่แพทย์สั่ง					
7. บางครั้งฉันกังวลใจในผลข้างเคียงระยะยาวของยารักษาโรคที่กินอยู่ตามที่แพทย์สั่ง					
8. บางครั้งฉันกังวลว่า ฉันพึ่งพายารักษาโรคที่กินอยู่ ตามที่แพทย์สั่งมากเกินไป					
9. ฉันรู้สึกสับสนในยารักษาโรคที่ฉันกินอยู่ตามที่แพทย์สั่ง					
10. การกินยารักษาโรคที่เป็นอยู่ตามที่แพทย์สั่ง ทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตของฉัน					

แบบประเมินความรู้ทางด้านสุขภาพ (14-item Health literacy scale, HLS-14)
ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบประเมินความรู้ทางด้านสุขภาพ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

1. เมื่อคุณอ่านคำแนะนำในแผ่นพับของโรงพยาบาลหรือร้านขายยา คุณเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้ เพียงใด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	ไม่เห็น ด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (2)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
Q1 พบตัวอักษรที่ฉันอ่านไม่ออก					
Q2 ตัวหนังสือมีขนาดเล็กเกินไปสำหรับฉัน (แม้ว่าฉันจะใส่แว่นก็ตาม)					
Q3 เนื้อหายากเกินไปสำหรับฉัน					
Q4 ต้องใช้เวลานานในการอ่านแผ่นพับ					

2. ถ้าคุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และคุณมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพียงเล็กน้อย คุณเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้เพียงใด หรือข้อความต่อไปนี้ เป็นจริงสำหรับคุณมากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติ เลย/ ไม่เป็น จริง/ ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง (1)	ปฏิบัติบ้าง/ เป็นจริง บ้าง/ ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	ปฏิบัติ มาก/ เป็น จริงมาก/ เห็นด้วย (4)	ปฏิบัติมาก ที่สุด/ เป็นจริง มากที่สุด/ เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง (5)
Q6 ฉันรวบรวมข้อมูล (เกี่ยวกับโรคและการรักษา) เพิ่มจากแหล่งต่างๆ					
Q7 ฉันดึงหรือสกัดเฉพาะข้อมูลส่วน ที่ฉันต้องการ					
Q8 ฉันเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ					

ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติ เลย/ ไม่เป็น จริง/ ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง (1)	ปฏิบัติบ้าง/ เป็นจริง บ้าง/ ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	ปฏิบัติ มาก/ เป็น จริงมาก/ เห็นด้วย (4)	ปฏิบัติมาก ที่สุด/ เป็นจริง มากที่สุด/ เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง (5)
Q9 ฉันบอกความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของฉัน ให้หมอ ครอบครัว หรือเพื่อนของฉันทราบ					
Q10 ฉันนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ ในชีวิตประจำวันของฉัน					

3. ถ้าคุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และคุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาแล้ว คุณเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้ เพียงใด หรือข้อความต่อไปนี้ เป็นจริงสำหรับคุณมากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติ เลย/ ไม่เป็น จริง/ ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง (1)	ปฏิบัติบ้าง/ เป็นจริง บ้าง/ ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	ปฏิบัติ มาก/ เป็น จริงมาก/ เห็นด้วย (4)	ปฏิบัติมาก ที่สุด/ เป็นจริง มากที่สุด/ เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง (5)
Q11 ฉันพิจารณาข้อมูลนั้น ว่า นำมาใช้กับฉันได้หรือไม่					
Q12 ฉันพิจารณาข้อมูลนั้น ว่า น่าเชื่อถือหรือไม่					
Q13 ฉันตรวจสอบข้อมูลนั้น ว่ามี ความถูกต้องเที่ยงตรงหรือไม่					
Q14 ฉันรวบรวมข้อมูล เพื่อ ประกอบการตัดสินใจในการดูแล สุขภาพของฉัน					

แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence Index Score)

คำชี้แจง แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หรือ ☐ ที่ตรงกับความจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียว

1. ท่านมาพบแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด

☐ 2 สัปดาห์ ☐ 1 เดือน ☐ 2 เดือน ☐ 3 เดือน ☐ มากกว่า 3 เดือน

ในรอบนัดที่ผ่านมา ท่านเคยรับประทานยาต้านไวรัสผิดเวลา หรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย → รับประทานยา ก่อนเวลาที่กำหนด เกิน 2 ชั่วโมง หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

→ รับประทานยา หลังเวลาที่กำหนด เกิน 2 ชั่วโมง หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

2. ท่านรับประทานยาต้านไวรัสกี่มือต่อวัน

☐ 1 มือต่อวัน: หลังจากมาพบแพทย์ครั้งสุดท้าย ท่านเคยลืมรับประทานยาต้านไวรัสหรือไม่

☐ ไม่เคยลืมเลย

☐ เคยลืม: กี่วันต่อสัปดาห์

วัน	1	2	3	4	5	6	7
คำตอบ							

☐ 2 มือต่อวัน: หลังจากมาพบแพทย์ครั้งสุดท้าย ท่านเคยลืมรับประทานยาต้านไวรัสหรือไม่

☐ ไม่เคยลืมเลย

☐ เคยลืม: อย่างน้อย 1 มือ โดยเฉลี่ย กี่วันต่อสัปดาห์

วัน	1	2	3	4	5	6	7
คำตอบ							

3. ท่านลืมรับประทานยาต้านไวรัส หรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย → ครั้งสุดท้ายที่ลืมก่อนมาวันนี้

☐ 1 – 7 วัน

☐ 8 – 14 วัน

☐ 15 – 30 วัน

☐ มากกว่า 30 – 90 วัน

☐ มากกว่า 90 วัน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์ศิริชัย วิวัฒน์โรจนกุล
นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ
แพทย์ประจำกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัญญา จุฬาริ
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3. ดร.วราภรณ์ เทียนทอง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
รองผู้อำนวยการกองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค กรมควบคุมโรค





มหาวิทยาลัยรังสิต Ramakiat University
 1000 0907 2222 30
 โทร. 02-997-2222 30
 โทร. 02-997-2222 30
 โทร. 02-997-2222 30

ที่ พย 1400/ ๐๘๙

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
 อาคารวิทยาศาสตร์การแพทย์ประสิทธิ์ อุไรรัตน์

วันที่ 11 พฤษภาคม 2566

เรื่อง ขออนุญาตเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา
 2. แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี
 3. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs About Medicines Questionnaire; BMAQ)
 4. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ The 14-item Health Literacy Scale: HLS-14 ฉบับภาษาไทย
 5. แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Adherence Index Score)
 6. โครงร่างวิทยานิพนธ์บทที่ 1 และ บทที่ 3

ด้วย นางสาวกณณดา หวังมุขกลาง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อยู่ในระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่อายุ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต พิจารณาเห็นว่าบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความสามารถ และความเชี่ยวชาญ ซึ่งได้ขอเรียนเชิญ นายแพทย์ศิริชัย จิวัฒนโรจนกุล นายแพทย์ชำนาญการ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภพร นามวงศ์พรหม)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ ปันโอเงิน หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email : vorin.b@rsu.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ Email : wimolratana@rsu.ac.th

ผู้ประสานงาน ลักษณา ยืนยงนิขกิจ โทร. 02-997-2222 ต่อ 1445 Email : lukona.y@rsu.ac.th

[illegible]

4 WEI 1400/ 688

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
อาคารวิทยาศาสตร์การแพทย์ประสิทธิ์ อรุณรัตน์

วันที่ 11 พฤษภาคม 2566

เรื่อง ขออนุญาตเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นวิทยากรควบคุมติดตามตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา
2. แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี
3. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs About Medicines Questionnaire; BMQ)
4. แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ The 14-item Health Literacy Scale: HLS-14 ฉบับภาษาไทย
5. แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส (Adherence Index Score)
6. โครงร่างวิทยานิพนธ์บทที่ 1 และ บทที่ 3

ด้วย นางสาวกฤษณา หวังมุขกลาง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อยู่ในระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่นำมาวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามใบสั่งยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ บณเสถียร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาเห็นว่าการในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความสามารถ และมีความเชี่ยวชาญ ซึ่งได้ขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัญญา จุฬารีย์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือนักวิจัยใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาตั้งกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

Donna Keesen

(ได้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำภาพร นามวงศ์พรหม)

คุณสมบัติเฉพาะของยาบรรเทาอาการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรินทร์ ปิ่นโชชื่น หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email : wanbo@psru.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ บุญเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ Email : wimolrat.b@su.ac.th

ผู้ประสานงาน ลักขณา มีแสงวนิชกิจ โทร. 02-997-2222 ต่อ 1445 Email : lukana.y@rsu.ac.th



มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University
 Rangsit Campus, Pathum Thani 12132
 Thailand Phone : 02-659-2222 Fax : 02-659-2201-5353
 E-mail : info@rsu.ac.th

ที่ พย 1400/ 587

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
 อาคารวิทยาศาสตร์การแพทย์ประสิทธิ์ จุไรรัตน์

วันที่ 11 พฤษภาคม 2566

เรื่อง ขออนุญาตเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการกองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค กรมควบคุมโรค

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา
 2. แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี
 3. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs About Medicines Questionnaire; BMO)
 4. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ The 14-item Health Literacy Scale: HLS-14 ฉบับภาษาไทย
 5. แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส (Adherence Index Score)
 6. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับที่ 1 และ ฉบับที่ 3

ด้วย นางสาวกฤษณา หวังมุขกลาง นักศึกษาลัทธิศรัทธาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต อยู่ในระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่อายุ 18-64 ปี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต พิจารณาเห็นว่าบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความสามารถ และความเชี่ยวชาญ จึงได้ขอเรียนเชิญ นางวราภรณ์ เทียมทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) รองผู้อำนวยการกองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค กรมควบคุมโรค เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภพร นามวงศ์พรหม)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ ปินโฮเซ็น หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email : warin.b@rsu.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ Email : wimranon.b@rsu.ac.th

ผู้ประสานงาน ลักษณณ ฮินยงวณิชกิจ โทร. 02-997-2222 ต่อ 1445 Email : lukana.y@rsu.ac.th

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา และแบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี แสดงดังตาราง

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลด้านการรักษา	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ			คะแนนความเห็น ด้วย
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.1 เพศ	4	4	4	1
1.2 อายุ	4	4	3	1
1.3 สถานภาพสมรส	4	4	3	1
1.4 อาชีพ	4	4	3	1
1.5 ลักษณะเวลาในการทำงาน	4	4	3	1
1.6 ระดับการศึกษา	4	4	4	1
1.7 รายได้เฉลี่ย	4	4	3	1
1.8 สิทธิในการรักษาพยาบาล	4	4	4	1
1.9 ผู้ดูแลเมื่อท่านเจ็บป่วย	4	4	3	1
1.10 ท่านเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อของท่านกับคนใกล้ชิดและไว้วางใจได้	4	4	4	1
2.1 ผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (CD4)	4	4	3	1
2.2 ค่าปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load)	4	4	4	1
2.3 ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี	4	4	4	1
2.4 ท่านดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่	4	4	3	1
2.5 ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส	4	4	4	1
2.6 โรคร่วม	4	4	3	1
2.7 สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับในปัจจุบัน.....	4	4	4	1
2.8 จำนวนมือของยาต้านไวรัสที่รับประทานต่อวัน	4	4	4	1
	คะแนนรวม			18/18
	CVI			1.00

แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ต้านไวรัสเอชไอวี	ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ			คะแนนความเห็น ด้วย
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเกิดอาการข้างเคียง จากการรับประทานยาต้านไวรัสหรือไม่เพศ	4	4	3	1
2. อาการผิดปกติจากการรับประทานยาในข้อ 1 เกิด บ่อยแค่ไหน	4	4	3	1
3. ให้ท่านประเมินความรู้สึกต่ออาการผิดปกติจาก การรับประทานยาในข้อ 1 ว่ามีความรุนแรงอยู่ระดับ ใด	4	4	4	1
4. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้าน ไวรัส ท่านแก้ปัญหาอย่างไร	4	4	4	1
คะแนนรวม				4/4
CVI				1.00



การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และเมื่อสิ้นสุดการรวบรวมข้อมูลคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 173 โยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) แสดงดังตาราง

แบบสอบถาม	Reliability – Internal Consistency			
	KR-20		Cronbach's Alpha Coefficient	
	N=30	N=173	N=30	N=173
1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา	-	-	-	-
2. แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี	0.79	0.82	-	-
3. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา	-	-	0.83	0.72
4. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ	-	-	0.79	0.78
5. แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส	-	-	0.83	0.79



ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



COA. No. RSUERB2023-093

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)

โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองเลขที่ : COA. No. RSUERB2023-093

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี
ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งใน
จังหวัดนครราชสีมา
Factors Predicting Antiretroviral Therapy Adherence of
Adults with HIV Infection in A Secondary Care Hospital,
Nakhon Ratchasima Province.

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวกฤษณา หวังมุขกลาง

ชื่อนักวิจัยร่วม : ผศ.ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร
ผศ.ดร. น้ำอ้อย กักตึงค์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

วิธีทบทวน : พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเต็มคณะ (Full Board Review)

เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์

วันที่รับรอง : 19 มิถุนายน 2566

วันที่หมดอายุ : 19 มิถุนายน 2568

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุ
ไว้ข้างต้น โดยยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ
International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร. บำเหน็จ กาญจนภูมิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ห้อง 504, ชั้น 5, อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (ตึก 1), มหาวิทยาลัยรังสิต

โทร. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th



COA. No. RSUERB2023-093

**Certificate of Approval
By
Ethics Review Board of Rangsit University**

COA. No.	COA. No. RSUERB2023-093
Protocol Title	Factors Predicting Antiretroviral Therapy Adherence of Adults with HIV Infection in A Secondary Care Hospital, Nakhon Ratchasima Province
Principle Investigator	Miss Krisana Wangmukklang
Co-Investigator	Assist. Prof. Dr. Wimonrut Boonsatcan Assist. Prof. Dr. Nam-oy Pakdevong
Affiliation	School of Nursing, Rangsit University
How to review	Full Board Review
Approval includes	1. Project proposal 2. Information sheet 3. Informed consent form 4. Data collection form/Program or Activity plan
Date of Approval:	19 June 2023
Date of Expiration:	19 June 2025

The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Review Board of Rangsit University based Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice or ICH-GCP

Signature.....

(Associate Professor Dr. Panan Kauchanaphum)

Chairman, Ethics Review Board for Human Research





มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University T. (66) 2997 2200-30
เมืองเอก อ.พหลโยธิน Muang-Ake, Pathayothin Rd. F. (66) 2791 5757
จ.ปทุมธานี 12000 Pathumthani 12000, Thailand E. info@rsu.ac.th

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
อาคารวิทยาศาสตร์การแพทย์ประสิทธิ์ ภูเก็ต

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุข
รับที่ 475	จังหวัดนครราชสีมา
วันที่ - 3 กค 2566	วันที่ - 3 กค 2566
เวลา	เวลา

วันที่ 23 มิถุนายน 2566

เรื่อง ขออนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- 1) เอกสารรับรองจริยธรรมจาก สำนักจริยธรรมมหาวิทยาลัยรังสิต
 - 2) โครงร่างงานวิจัย บทที่ 1-3
 - 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ด้วยนางสาวกฤษณา หวังมุกกลาง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขออนุญาตให้นางสาวกฤษณา เข้าเก็บข้อมูลที่คลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านขุนทด จ.นครราชสีมา ซึ่งวิทยานิพนธ์ได้รับท้าวรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้คณะ จะเก็บรักษาข้อมูลดังกล่าวเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ข้อมูลจากผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต จักขอบคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

- เพื่อโปรดพิจารณา

- ตามน.ส. กฤษณา หวังมุกกลาง นศ พยาบาล
ม.รังสิต 12000 อ.พหลโยธิน จ.ปทุมธานี
ที่คลินิก ยาต้านไวรัส เอชไอวี แผนกผู้ป่วยนอก
รพ. ด่านขุนทด อ.ทลราชสีห์ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม)
- ในขณะนี้ฉันมีข้อมูล ไม่ชัดเจน
ข้อมูลตาม ลตคณที่ ๑๓๕๖

ขอแสดงความนับถือ

ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตรา ๒ 1

อนันต์/อนันต์

นายแพทย์อนันต์ หมกประโคน

นายแพทย์ชำนาญการ

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลด่านขุนทด

๑๐๖ 3 กค ๒๕๖๖

อนันต์ (นายอัครเดช วงศ์ศิริกุล)

อนันต์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร

โทร. 02-997-2220-2 ต่อ 1488 Email : varin.b@rsu.ac.th

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านขุนทด จ.นครราชสีมา

(นายวิชาญ คิดเห็น)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

เอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) บัณฑิตทำนายนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่มากในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งใน
จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกฤษณา หวังมุขกลาง

สถานที่วิจัยสถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

สถานที่วิจัยและสถานที่ทำงาน โรงพยาบาลด่านขุนทด เลขที่ 4 หมู่ 2 ต.ด่านขุนทด อ.ด่านขุนทด
จ.นครราชสีมา

หมายเลขโทรศัพท์ 09 9474 5665, 044 208208 ต่อ 204

ผู้ให้ทุน ไม่มีแหล่งทุน

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยฯ

โครงการวิจัยนี้เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท มีวัตถุประสงค์จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษา ประสิทธิภาพการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสามารถในการทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่มาก

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะทำการศึกษาวิจัย ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มียาอายุระหว่าง อายุ 18 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมาแล้ว เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน 3) เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การได้ข้อมูลจากท่านทำให้ทราบถึงความสำเร็จในการรักษา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่มาก เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน จึงขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะไม่ได้ประโยชน์ทางตรงจากงานวิจัย แต่ข้อมูลของท่านสามารถนำไปใช้สำหรับวางแผนการดูแลรักษา และส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

งานวิจัยนี้จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 173 คน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ ณ สถานพยาบาล แห่งนี้
- 2) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่
- 3) อธิบายอิทธิพลของระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้ คือ

ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์จากแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างการรอพบแพทย์ ในสถานที่ที่จัดไว้เป็นการเฉพาะ และผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแฟ้มประวัติ และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษา การรับประทานยาต้านไวรัส ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส โรคประจำตัวหรือโรคอื่น ๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่จะศึกษาในครั้งนี้ ทั้งนี้ท่านจะยังคงได้รับการพบแพทย์ตามนัดตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที

การวิจัยในการนี้จะเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน จำนวน 49 ข้อ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา จำนวน 18 ข้อ
2. แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี จำนวน 4 ข้อ
3. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ
4. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ฉบับภาษาไทย จำนวน 14 ข้อ
5. แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จำนวน 3 ข้อ

ความเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และมาตรการป้องกันหรือลดความเสี่ยงในระหว่างเข้าร่วมโครงการฯ

เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายส่วน จึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบ เนื่องจากไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้น หรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย กรณีท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรือหากท่านรู้สึกว่าเป็นการเสียเวลา ใช้เวลาไม่เหมาะสม ท่านสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่ท่านได้รับจากคลินิกทางด้านไวรัสแต่อย่างใด

กรณีที่รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยท่านจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุดและหากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับท่าน ท่านสามารถติดต่อได้ที่ นางสาวกฤษณา หวังมุขกลาง หมายเลขโทรศัพท์ 09 9474 5665, 044 208208 ต่อ 204 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ ผศ.ดร.วิมลรัตน์ บุญเสถียร หมายเลขโทรศัพท์ 08 1454 2777 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

สิทธิการถอนตัวออกจากโครงการฯ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจ แต่เนื่องจากแบบสอบถามมีหลายชุดและมีข้อคำถามจำนวนมาก ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงมีค่าชดเชยการเสียเวลาให้กับผู้ร่วมวิจัยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยท่านละ 100 บาท

การปกป้องข้อมูลความลับของผู้ร่วมวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคล บางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ข้อมูลที่บันทึกในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ เป็นความลับในตู้เอกสารของผู้วิจัยโดยใช้กุญแจล็อก ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถนำแบบสอบถามนี้เข้า ออกจากตู้เอกสารดังกล่าวได้ ส่วนข้อมูลในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยมีรหัสป้องกันไม่ให้ผู้อื่นนอกจาก ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเข้าถึงข้อมูลได้ โดยข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้จะ ได้รับรหัสหมายเลขการศึกษาวิจัย ซึ่งไม่สามารถเชื่อมโยงไปยังผู้เข้าร่วมวิจัยได้

การวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยจะทำในภาพรวม เมื่อสิ้นสุดการวิจัยและได้รับการ ตีพิมพ์ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมโครงการและแบบสอบถามโดยเครื่องย่อย เอกสาร ตามระเบียบของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิตซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยอาชีวศึกษา อูไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ. ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689 หากท่านได้รับการปฏิบัติ ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ตาม สถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวกฤษณา หวังมุขกลาง

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ _____ ผู้เข้าร่วมวิจัย

(_____)

วันที่ _____ / _____ / _____

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี
อาศัย _____ โทรศัพท์ _____

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดนครราชสีมา ”

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยและ
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย
ขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยัง
ได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบัง
ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้:

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจาก
การเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ
การบริการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูล
ส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะ
นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้น
ระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของ
การวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถ
ติดต่อกับ

ผู้วิจัยชื่อ น.ส.กฤษณา หวังมุขกลาง โทรศัพท์ 09 9474 5665 หรือ ผศ.ดร.วิมลรัตน์ บุญ
เสถียร โทรศัพท์ 08 1454 2777 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____

(_____)

(น.ศ.กฤษณา หวังมุขกลาง)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

ผู้ขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ _____ พยาน

วันที่...../...../.....

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



ภาคผนวก ค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ด้วยสถิติ Chi-square

Crosstabs

Case Processing Summary

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
กลุ่มเวลารักษาARVrecode * AdhRecode	173	100.0%	0	0.0%	173	100.0%
กลุ่มขนาดนัด/ต่อเนื่องRecode * AdhRecode	173	100.0%	0	0.0%	173	100.0%
อาการข้างเคียงจากยา * AdhRecode	173	100.0%	0	0.0%	173	100.0%

			AdhRecode		Total
			Good adherence	Poor adhrence	
กลุ่มเวลารักษาARVrecode	มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	Count	74	23	97
		Expected Count	64.5	32.5	97.0
		% within กลุ่มเวลารักษาARVrecode	76.3%	23.7%	100.0%
	6-9 ปี	Count	19	11	30
		Expected Count	19.9	10.1	30.0
		% within กลุ่มเวลารักษาARVrecode	63.3%	36.7%	100.0%
	4-5 ปี	Count	11	4	15
		Expected Count	10.0	5.0	15.0
		% within กลุ่มเวลารักษาARVrecode	73.3%	26.7%	100.0%
	1-3 ปี	Count	11	20	31
		Expected Count	20.6	10.4	31.0
		% within กลุ่มเวลารักษาARVrecode	35.5%	64.5%	100.0%
Total	Count	115	58	173	
	Expected Count	115.0	58.0	173.0	
	% within กลุ่มเวลารักษาARVrecode	66.5%	33.5%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.001 ^a	3	.000
Likelihood Ratio	17.282	3	.001
Linear-by-Linear Association	14.653	1	.000
N of Valid Cases	173		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.03.

Crosstab

		AdhRecode		
		Good adherence	Poor adherence	Total
กลุ่มขนาดนัด/ต่อเนื่อง มารับการรักษาต่อเนื่อง	Count	106	36	142
	Expected Count	94.4	47.6	142.0
	% within กลุ่มขนาดนัด/ต่อเนื่องRecoed	74.6%	25.4%	100.0%
	Count	9	22	31
	Expected Count	20.6	10.4	31.0
	% within กลุ่มขนาดนัด/ต่อเนื่องRecoed	29.0%	71.0%	100.0%
Total	Count	115	58	173
	Expected Count	115.0	58.0	173.0
	% within กลุ่มขนาดนัด/ต่อเนื่องRecoed	66.5%	33.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23.757 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	21.755	1	.000		
Likelihood Ratio	22.549	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	23.620	1	.000		
N of Valid Cases	173				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.39.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

			AdhRecode		
			Good adherence	Poor adherence	Total
อาการข้างเคียง จากยา	ไม่เกิด SE	Count	99	40	139
		Expected Count	92.4	46.6	139.0
		% within อาการข้างเคียงจากยา	71.2%	28.8%	100.0%
	เกิด SE	Count	16	18	34
		Expected Count	22.6	11.4	34.0
		% within อาการข้างเคียงจากยา	47.1%	52.9%	100.0%
Total	Count		115	58	173
	Expected Count		115.0	58.0	173.0
	% within อาการข้างเคียงจากยา		66.5%	33.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.157 ^a	1	.007		
Continuity Correction ^b	6.114	1	.013		
Likelihood Ratio	6.837	1	.009		
Fisher's Exact Test				.014	.008
Linear-by-Linear Association	7.116	1	.008		
N of Valid Cases	173				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
กลุ่มBMQNesRecode * AdhRecode	173	100.0%	0	0.0%	173	100.0%
กลุ่มBMQConRecode * AdhRecode	173	100.0%	0	0.0%	173	100.0%
กลุ่มFHLRecode * AdhRecode	173	100.0%	0	0.0%	173	100.0%
กลุ่มComHLRecode * AdhRecode	173	100.0%	0	0.0%	173	100.0%
กลุ่มCriHLRecode * AdhRecode	173	100.0%	0	0.0%	173	100.0%

Crosstab

		AdhRecode		Total
		Good adherence	Poor adherence	
กลุ่มBMQNesRecode สูง	Count	101	37	138
	Expected Count	91.7	46.3	138.0
	% within กลุ่มBMQNesRecode	73.2%	26.8%	100.0%
ปานกลางถึงต่ำ	Count	14	21	35
	Expected Count	23.3	11.7	35.0
	% within กลุ่มBMQNesRecode	40.0%	60.0%	100.0%
Total	Count	115	58	173
	Expected Count	115.0	58.0	173.0
	% within กลุ่มBMQNesRecode	66.5%	33.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	13.799 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	12.350	1	.000		
Likelihood Ratio	13.123	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	13.719	1	.000		
N of Valid Cases	173				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.73.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

			AdhRecode		Total
			Good adherence	Poor adherence	
กลุ่มBMQConRecode	ปานกลาง	Count	95	47	142
		Expected Count	94.4	47.6	142.0
		% within กลุ่มBMQConRecode	66.9%	33.1%	100.0%
	สูง	Count	20	11	31
		Expected Count	20.6	10.4	31.0
		% within กลุ่มBMQConRecode	64.5%	35.5%	100.0%
Total	Count		115	58	173
	Expected Count		115.0	58.0	173.0
	% within กลุ่มBMQConRecode		66.5%	33.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.065 ^a	1	.799		
Continuity Correction ^b	.002	1	.964		
Likelihood Ratio	.064	1	.800		
Fisher's Exact Test				.835	.476
Linear-by-Linear Association	.065	1	.799		
N of Valid Cases	173				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.39.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

		AdhRecode		Total
		Good adherence	Poor adherence	
กลุ่มFHLRecode 16-25 คะแนน	Count	54	32	86
	Expected Count	57.2	28.8	86.0
	% within กลุ่มFHLRecode	62.8%	37.2%	100.0%
	5-15 คะแนน			
	Count	61	26	87
	Expected Count	57.8	29.2	87.0
	% within กลุ่มFHLRecode	70.1%	29.9%	100.0%
	ระดับปานกลางถึงต่ำ			
	Count	115	58	173
Total	Expected Count	115.0	58.0	173.0
	% within กลุ่มFHLRecode	66.5%	33.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.041 ^a	1	.308		
Continuity Correction ^b	.738	1	.390		
Likelihood Ratio	1.042	1	.307		
Fisher's Exact Test				.337	.195
Linear-by-Linear Association	1.035	1	.309		
N of Valid Cases	173				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28.83.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

		AdhRecode		Total
		Good adherence	Poor adherence	
กลุ่มComHLRecode 20-25 คะแนน	Count	56	22	78
	Expected Count	51.8	26.2	78.0
	% within กลุ่มComHLRecode	71.8%	28.2%	100.0%
	ระดับสูง			
	Count	59	36	95
	Expected Count	63.2	31.8	95.0
	% within กลุ่มComHLRecode	62.1%	37.9%	100.0%
	5-19 คะแนน			
	Count	115	58	173
Total	Expected Count	115.0	58.0	173.0
	% within กลุ่มComHLRecode	66.5%	33.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1.804 ^a	1	.179		
Continuity Correction ^b	1.396	1	.237		
Likelihood Ratio	1.818	1	.178		
Fisher's Exact Test				.198	.119
Linear-by-Linear Association	1.794	1	.180		
N of Valid Cases	173				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26.15.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

			AdhRecode		Total
			Good adherence	Poor adherence	
กลุ่ม CriHLRecode	16-20 คะแนน	Count	98	49	147
		Expected Count	97.7	49.3	147.0
		% within กลุ่ม CriHLRecode	66.7%	33.3%	100.0%
	4-15 คะแนน	Count	17	9	26
	ระดับปานกลาง	Expected Count	17.3	8.7	26.0
	ถึงต่ำ	% within กลุ่ม CriHLRecode	65.4%	34.6%	100.0%
Total		Count	115	58	173
		Expected Count	115.0	58.0	173.0
		% within กลุ่ม CriHLRecode	66.5%	33.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.016 ^a	1	.898		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.016	1	.899		
Fisher's Exact Test				1.000	.532
Linear-by-Linear Association	.016	1	.899		
N of Valid Cases	173				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.72.

b. Computed only for a 2x2 table

2. ผลการทดสอบปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	173	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	173	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		173	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Good adherence	0
Poor adherence	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
กลุ่มเวลารักษาARVrecode	มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	97	.000	.000	.000
	6-9 ปี	30	1.000	.000	.000
	4-5 ปี	15	.000	1.000	.000
	1-3 ปี	31	.000	.000	1.000
กลุ่มBMQNesRecode	สูง	138	.000		
	ปานกลางถึงต่ำ	35	1.000		
อาการข้างเคียงจากยา	ไม่เกิด SE	139	.000		
	เกิด SE	34	1.000		
กลุ่มขาดนัด/ต่อเนื่องRecoed	มารับการรักษาต่อเนื่อง	142	.000		
	เคยขาดนัด/ขาดการรักษา	31	1.000		

Block 0: Beginning Block**Iteration History^{a,b,c}**

Iteration		-2 Log likelihood	Coefficients Constant
Step 0	1	220.718	-.659
	2	220.693	-.684
	3	220.693	-.684

a. Constant is included in the model.

b. Initial -2 Log Likelihood: 220.693

c. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^{a,b}

	Predicted				
	AdhRecode			Percentage	
	Observed	Good adherence	Poor adherence	Correct	
Step 0	AdhRecode	Good adherence	115	0	100.0
		Poor adherence	58	0	.0
	Overall Percentage				66.5

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.684	.161	18.064	1	.000	.504

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	กลุ่มเวลารักษาARVrecode	18.001	3	.000
		กลุ่มเวลารักษาARVrecode(1)	.161	1	.689
		กลุ่มเวลารักษาARVrecode(2)	.347	1	.556
		กลุ่มเวลารักษาARVrecode(3)	16.275	1	.000
		กลุ่มขนาดนัด/ต่อเนื่องRecoed(1)	23.757	1	.000
		อาการข้างเคียงจากยา(1)	7.157	1	.007
		กลุ่มBMQNesRecode(1)	13.799	1	.000
	Overall Statistics		49.588	6	.000

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	52.191	6	.000
	Block	52.191	6	.000
	Model	52.191	6	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R	Nagelkerke R
		Square	Square
1	168.502 ^a	.260	.361

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	3.453	5	.631

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		AdhRecode = Good adherence		AdhRecode = Poor adherence		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	52	50.668	5	6.332	57
	2	12	13.559	4	2.441	16
	3	17	17.353	5	4.647	22
	4	11	11.343	6	5.657	17
	5	10	11.083	10	8.917	20
	6	10	7.371	9	11.629	19
	7	3	3.622	19	18.378	22

Classification Table^a

	Predicted				
	AdhRecode			Percentage	
	Observed		Good adherence	Poor adherence	Correct
Step 1	AdhRecode	Good adherence	105	10	91.3
		Poor adherence	30	28	48.3
	Overall Percentage				76.9

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step	กลุ่มเวลารักษาARVrecode			14.157	3	.003			
1 ^a	กลุ่มเวลารักษา ARVrecode(1)	.365	.535	.466	1	.495	1.441	.505	4.107
	กลุ่มเวลารักษา ARVrecode(2)	.492	.699	.495	1	.482	1.635	.416	6.436
	กลุ่มเวลารักษา ARVrecode(3)	1.863	.497	14.051	1	.000	6.441	2.432	17.058
	กลุ่มขนาดนัด/ต่อเนื่อง Recoed(1)	1.861	.487	14.590	1	.000	6.431	2.475	16.713
	อาการข้างเคียงจากยา(1)	.996	.457	4.742	1	.029	2.707	1.105	6.632
	กลุ่มBMQNesRecode(1)	1.391	.460	9.153	1	.002	4.019	1.632	9.895
	Constant	-2.080	.338	37.893	1	.000	.125		

a. Variable(s) entered on step 1: กลุ่มเวลารักษาARVrecode, กลุ่มขนาดนัด/ต่อเนื่องRecoed, อาการข้างเคียงจากยา, กลุ่มBMQNesRecode.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	กฤษณา หวังมุขกลาง
วัน เดือน ปีเกิด	9 มีนาคม 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล), 2549 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประกาศนียบัตรหลักสูตรเฉพาะทางการ พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, 2555 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, 2567
ที่อยู่ปัจจุบัน	35 หมู่ 15 ตำบลด่านขุนทด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา โทรศัพท์มือถือ 09 9474 5665 e-mail: wangmukklang@gmail.com
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลหลวงพ่อคูณ ปริสุทฺธ (งานการพยาบาล หน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง) กลุ่มงานการพยาบาล 499 หมู่ 6 ตำบลด่านขุนทด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ