

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานคราต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคเอดส์
2. การรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส
3. การรับประทานคราต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานคราต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

โรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) เป็นกลุ่มอาการของโรค ย่อมาจาก Acquired Immuno Deficiency Syndrome ซึ่งอยู่ในตระกูล retroviral เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพตามวงจรชีวิตของเชื้อ โดยเชื้อเอชไอวีจะจับกับเซลล์ในร่างกาย โดยอาศัยการจับตัวระหว่างโปรตีน จี พี 120 (GP 120) ที่อยู่บนบริเวณเปลือกหุ้มตัวเชื้อ และซีดีโฟร์ (CD4) ที่อยู่บนบริเวณผิวของที-เฮลเปอร์ลิมโฟไซต์ (T-helper lymphocytes) และพบว่าเชื้อเอชไอวียังสามารถเข้าสู่เซลล์อื่นของร่างกายได้อีก เช่น B-lymphocytes, monocyte, macrophages เซลล์สมอง และเซลล์เยื่อเมือกต่างๆ เป็นต้น (สุพรรณกุล และมัทยา หาญวนิชย์, 2535)

ความหมายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

มีผู้ให้ความหมายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในทางการแพทย์ และในเชิงจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายทางการแพทย์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง บุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือด หรือฉีดยาเข้าหลอดเลือด โดยใช้เข็มฉีดยา และอุปกรณ์อื่น ๆ ร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อ หรือการได้รับการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาที่มีเชื้อเอชไอวี ในระหว่างตั้งครรภ์ และตรวจเลือดพบเอชไอวีแอนติบอดี หรือเอชไอวีแอนติเจนแต่ไม่มีอาการ

ผิดปกติ (ปิยรัตน์ นิลยัยกา, 2537; สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัญญา ภัทรราชย์, 2540; Beare & Myers, 1994; Flaskerud & Ungvarski, 1995)

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง บุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวีแล้วมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายชนิดทีเซลล์เสื่อมลง โดยเฉพาะที-เฮลเปอร์ (T-helper) ทำให้ร่างกายอ่อนแอ และเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัญญา ภัทรราชย์, 2540; สุริพร รัตนศิลป์, 2537; Beare & Myers, 1994; Flaskerud & Ungvarski, 1995) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ 25 โรคด้วยกัน เช่น วัณโรค (tuberculosis) ปอดบวม (pneumonia) ติดเชื้อราของหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด เป็นต้น (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัญญา ภัทรราชย์, 2540)

2. ความหมายในเชิงจิตวิทยา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในความหมายเชิงจิตวิทยา ไม่ใช่เพียงปรากฏสภาพปัญหาอาการทางด้านร่างกาย การตรวจพบเชื้อ หรือเอชไอวีแอนติบอดี หรือความไม่สุขสบายจากพยาธิสภาพของโรคเท่านั้น แต่จะรวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกด้วย ดังที่ปิยรัตน์ นิลยัยกา (2537) ได้กล่าวว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะดังต่อไปนี้

- 1) ภาวะสิ้นหวัง (hopeless) ของญาติ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งชุมชน ประเทศชาติ ทั้งนี้เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มียาหรือวัคซีนในการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงเป็นผู้หมดหวังในการที่จะรักษาให้หายขาดจากโรคเป็นโรคที่แพร่กระจายได้รวดเร็ว และวิธีการแพร่กระจายเกิดควบคู่ไปกับพฤติกรรมทางเพศซึ่งควบคุมได้ยาก
- 2) ภาวะที่ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ (helpless) เนื่องจากความกลัวการติดเชื้อทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างที่เคยให้ความช่วยเหลือมีแนวโน้มที่จะเลิกให้ความช่วยเหลือ ผู้ที่คิดจะช่วยเหลือจะลังเลซึ่งอาจเกิดจากความไม่รู้จักคิดว่าโรคเอดส์สามารถติดต่อได้ง่าย และ
- 3) ภาวะที่หมดคุณค่า หรือหมดความสำคัญ (worthless) เนื่องจากคนที่เคยรักใคร่สนิทสนม มักรังเกียจ และทำตัวเหินห่าง เพื่อนฝูงที่เคยไปมาหาสู่ก็เลิกคบหาสมาคมด้วย อาจดองงานเพราะนายจ้างรังเกียจ หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์รู้สึกโดดเดี่ยว หมดคุณค่าสำหรับคนรัก และสังคม นำไปสู่ความสิ้นหวังอย่างถึงที่สุด

สรุปแล้วจากความหมายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวีแอนติบอดี หรือเอชไอวีแอนติเจนมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง

พยาธิสภาพ

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของบุคคลจะก่อให้เกิดการติดเชื้อต่อเซลล์หลายชนิด เช่น ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) โมโนไซต์ (monocyte) แมคโครฟาจ (macrophage) และเซลล์สมอง

(สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และสัญญา ภัทราชัย, 2540) แต่เซลล์ที่ถือเป็นเป้าหมายหลักในการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวี คือ เซลล์ทีเฮลเปอร์ (helper T lymphocyte) โดยเชื้อเอชไอวีจะใช้ส่วนจีพี 120 (gp 120) จับกับ ซีดีโฟร์ (CD4) ซึ่งเป็นฐานรับอยู่บริเวณผิวเซลล์ของเซลล์ทีเฮลเปอร์ที่เซลล์ จากนั้นเชื้อจะเข้าสู่เซลล์โดยการเชื่อมเปลือกหุ้มกับผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านทะลุผนังเซลล์ ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า เอนโดไซโตซิส (endocytosis) จากนั้นจะสร้างดีเอ็นเอจากอาร์เอ็นเอ โดยอาศัยเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส แล้วดีเอ็นเอของไวรัสจะรวมกับดีเอ็นเอของเซลล์ในตำแหน่งใดก็ได้ และแฝงตัวอยู่ในเซลล์ ระยะเวลาที่เชื้อจะไม่ทำอันตรายกับเซลล์ถือเป็นระยะแฝงจนเมื่อเซลล์ถูกกระตุ้น เชื้อไวรัสจะสร้างอาร์เอ็นเอที่เป็นยีนโนมของไวรัสตัวใหม่จากดีเอ็นเอของเซลล์ และสร้างโปรตีนต่าง ๆ ของไวรัส ประกอบกันเป็นนิวคลีโอแคปซิด (nucleocapsid) ออกจากเซลล์เดิม โดยการแตกหน่อ (budding) ใช้เปลือกหุ้มจากผิวเซลล์เดิม และไปเพิ่มจำนวนในเซลล์อื่นต่อไป ส่วนเซลล์เดิมก็จะตายไป (พิไลพันธุ์ พุฒินันท์, 2541) ส่งผลให้เซลล์ภูมิคุ้มกัน (immune cell) ลดลง และเกิดภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (สุจริตา อุบล, 2541) ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

การดำเนินโรค

จากการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนหลายร้อยรายในสหรัฐอเมริกาที่ทราบเวลาเริ่มต้นที่ติดเชื้อ (seroconversion time) ทำให้สามารถแบ่งการดำเนินโรค ได้เป็น 3 แบบ (วรรณิ กัญธมาลากุล, 2541; Fauci & Lane, 1998 อ้างถึงใน เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2541) ดังนี้

1. การดำเนินโรคแบบรวดเร็ว (rapid progressor) เป็นการดำเนินโรคที่ซีดีโฟร์ (CD4) ถูกทำลาย และลดต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร หรือเกิดอาการของเอดส์ขึ้นภายใน 2 ปี หลังการติดเชื้อ หรือมีระยะเวลาดังแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตเฉลี่ยประมาณ 3-4 ปี ซึ่งพบได้ร้อยละ 5-10 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. การดำเนินโรคปานกลาง (intermediate progressor) เป็นรูปแบบที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 80-90 โดยมีระยะเวลาดังแต่ติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตเฉลี่ย 7 ปี (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540)
3. การดำเนินโรคแบบช้า หรือคงที่ (long-term progressor or non-progressor) เป็นลักษณะการดำเนินโรคที่แม้มีการติดเชื้อนานกว่า 7 ปี แล้วผู้ติดเชื้อนั้นยังคงมีจำนวนซีดีโฟร์ (CD4) มากกว่า 500 เซลล์ต่อไมโครลิตร และไม่มีอาการปรากฏโรคแทรกซ้อน หรือเอดส์แต่อย่างใด ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อาการ และอาการแสดง

อาการ และอาการแสดงเมื่อติดเชื้อเอชไอวี มี 3 ระยะดังนี้ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ, 2532) ดังนี้ คือ

ระยะที่หนึ่ง ระยะไม่ปรากฏอาการ ภายหลังการติดเชื้อบางรายอาจไม่มีอาการใด ๆ เลย แต่บางรายอาจมีอาการคล้ายไข้หวัด มีไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ เจ็บคอ คอมน้ำเหลืองโต ซึ่งจะหายไปได้ โดยไม่ต้องรักษา ภายหลังการติดเชื้อประมาณ 3 – 12 สัปดาห์ จะตรวจพบเลือดบวกต่อเชื้อเอชไอวี บุคคลเหล่านี้จัดเป็นพาหะของโรค (carrier) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อแก่ผู้อื่นได้ และมีรายงานว่าร้อยละ 25 ของบุคคลกลุ่มนี้จะถูกถามต่อไปเป็นโรคเอดส์ และอีกประมาณร้อยละ 40 จะเปลี่ยนไปเป็นผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS – Related Complex หรือ ARC) ระหว่าง 5 – 7 ปี (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2532)

ระยะที่สอง ระยะที่ปรากฏอาการเริ่มแรก หรือระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ผู้ติดเชื้อจะเริ่มปรากฏอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งเป็นอาการเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ อาการเหล่านั้น คือ

1. คอมน้ำเหลืองโตเรื้อรังหลายแห่ง ได้แก่ คอมน้ำเหลืองบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ ทั้งสองข้าง ซึ่งการโตของคอมน้ำเหลืองอาจเรื้อรังเกินกว่า 3 เดือน
2. ท้องเดินเรื้อรังเกินกว่า 3 เดือน
3. มีฝ้าขาวที่ลิ้น และลำคอ
4. มีไข้เรื้อรังเกินกว่า 37.8 องศาเซลเซียส และมีเหงื่อออกเวลากลางคืน
5. มีอาการของโรคเริ่มถูกถามเรื้อรัง
6. ไขมันเป็นหวัด

ระยะที่สาม ระยะโรคเอดส์เต็มขั้น (full blown AIDS) ผู้ป่วยจะมีอาการในระยะที่ 2 ร่วมกับมีอาการติดเชื้อประเภทฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส รา พยาธิ และมะเร็งบางชนิด ทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

1. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดบวม ปอดอักเสบ
2. การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการท้องเดินเรื้อรัง การติดเชื้อที่หลอดอาหาร หรือเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก ทำให้เป็นฝ้าขาวติดอยู่ที่ลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก และอาจถูกถามไปถึงต่อมทอนซิลได้
3. การติดเชื้อในระบบประสาท ทำให้มีอาการสมองอักเสบ และทำให้เซลล์ประสาทเสื่อมสลายได้ เกิดอาการความจำเสื่อม หลงง่าย ชัก อัมพาต หงุดหงิด ซึม หรือเป็นโรคจิตประสาท บางคนอาจมีอาการปวดศีรษะมาก แขนขาไม่มีแรง
4. การเกิดอาการทั่ว ๆ ไป เช่น คอมน้ำเหลืองทั่วไปโต หรือเกิดอาการของโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือด มีผื่นจ้ำคล้ายหูดติดตามร่างกาย มีตุ่มแดงจัดจนถึงม่วงคล้ำ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินโรค

การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการดำเนินโรคในรูปแบบที่รวดเร็ว ปานกลาง หรือช้า พบว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างดังต่อไปนี้ (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2541)

1. ปัจจัยทางไวรัส (viral factor) ที่สำคัญมี 2 ประการ คือ ปริมาณเชื้อ และชนิดของเชื้อโรคเอดส์

1.1 ปริมาณเชื้อ การมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (viral load) ที่แตกต่างกันจะมีผลต่ออัตราการเกิดโรคเอดส์ หรืออัตราการตายจากโรคเอดส์ได้อย่างชัดเจน จากการศึกษาของ เมลเลอร์ และคณะ (Mellor et al., 1997) ศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักร่วมเพศจำนวน 1,604 ราย พบว่าปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในพลาสมา สามารถทำนายอัตราการลดลงของจำนวนซีดีโฟร์ ลิมโฟไซต์ และอัตราการเกิดโรคเอดส์ หรืออัตราการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ได้ดีมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 (HIV-1) ที่มีปริมาณเชื้อในพลาสมาน้อยกว่า 500 เซลล์ต่อมิลลิลิตร จะมีอัตราการลดลงของจำนวนซีดีโฟร์ ลิมโฟไซต์ประมาณ 36 เซลล์ต่อมิลลิลิตร มีโอกาสเกิดเอดส์ร้อยละ 5.4 และมีโอกาสเสียชีวิตจากเอดส์เพียงร้อยละ 0.9 แต่ในผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณเชื้อในพลาสมามากกว่า 30,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตร จะมีอัตราการลดลงของซีดีโฟร์ ลิมโฟไซต์ มากกว่าผู้ติดเชื้อกลุ่มแรกถึงสองเท่า คือประมาณ 76 เซลล์ต่อมิลลิลิตร มีโอกาสการเกิดโรคเอดส์สูงขึ้น 70 เท่า คือร้อยละ 0.9 เป็นร้อยละ 69.5 ภายใน 6 ปี โดยสรุปคือผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณเชื้อมากจะมีการดำเนินโรคที่เร็ว

1.2 ชนิดของเชื้อ (viral phenotypes) พบว่าชนิด และลักษณะของเชื้อที่รับครั้งแรก หรือกลายพันธุ์ไปภายหลังการติดเชื้อจะมีผลต่อการกำหนดรูปแบบของการดำเนินโรค เช่น หากได้รับเชื้อชนิดแบ่งตัวเร็ว (rapid grower) หรือชนิดที่ทำลายรุนแรง (cytopathic strain) หรือชนิดที่ทำให้เกิดเซลล์จับรวมกัน (Syncytium-Inducing: SI) หรือชนิดที่ชอบทีเซลล์ จะมีการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีอย่างรวดเร็ว และมีการทำลายภูมิคุ้มกันได้รวดเร็วและรุนแรง ในทางตรงกันข้าม หากเชื้อที่ได้รับเป็นชนิดแบ่งตัวช้า (slow grower) หรือเป็นชนิดที่ไม่ทำให้เซลล์เกาะติดรวมกัน (Non-Syncytium-Inducing: NSI) หรือเชื้อชนิดที่ชอบโมโนไซต์ (monocyte) หรือแมคโครฟาจ (macrophage) หรือไม่ค่อยทำลายเซลล์ (less cytopathic) การแบ่งตัวของเชื้อจะเป็นไปอย่างช้า ๆ หรือในอัตราที่ต่ำ (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540) จากการศึกษาของ โคท และคณะ (Koot et al., 1993) ได้ศึกษาการดำเนินโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 (HIV1) ชนิดที่ทำให้เซลล์จับรวมกัน (SI) และชนิดที่ไม่ทำให้เซลล์เกาะติดรวมกัน (NSI) พบว่าชนิดที่ทำให้เซลล์จับรวมกันมีการดำเนินโรคเร็วกว่าชนิดที่ไม่ทำให้เซลล์เกาะติดรวมกัน

2. ปัจจัยในตัวผู้ติดเชื้อ (host factor)

2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor) จากการศึกษาทางพันธุกรรมพบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีพันธุกรรมทางฮิวแมน ฮิสโตคอมแพตทิบิลิตี คอมเพล็กซ์ (human histocompatibility complex: HLA) กลุ่ม 1 ได้แก่ A1, A24, C7, B8, B35 หรือมี HLA กลุ่ม 2 ได้แก่ DR3, DR4, DQB1, O302, DQ1 หรือรวมทั้งมีพันธุกรรม TAP มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการดำเนินโรคแบบรวดเร็ว ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่มี HLA กลุ่ม 1 ได้แก่ A11, A32, B4, B13, B27, B51, B57, C2 หรือ DQA1, O301, DRB1, O400 และ DRB4, O101 การดำเนินโรคจะช้า (Haynes et al., 1996)

2.2 ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factor) ได้แก่ อายุ และเพศ ในแง่อายุพบว่า อายุยิ่งมากจะยิ่งมีการดำเนินโรคที่เร็วกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการดำเนินโรคที่รวดเร็ว และรุนแรงกว่าเด็ก และผู้ใหญ่ ซึ่งอาจอธิบายจากสภาพระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมถอยในผู้สูงอายุ หรือภูมิคุ้มกันที่ยังไม่มีพัฒนาการที่สมบูรณ์ของทารก (เพ็ญศรี ระเบียบ, กรองกาญจน์ สังกัส, ปันดดา ปรัชญาคม และบรรจง วรณยัง, 2537) ส่วนความแตกต่างของเพศต่อการดำเนินโรค จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่าเพศชาย และมีอัตราการตายสูงกว่า (Carpenter, Mayer, Stein, Leibman & Fiore, 1991; Lemp, Cohen, Derish, McKinney & Hernandez, 1992)

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรม (behavior factor) ดังเช่นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า เครียด อารมณ์ไม่ดี เป็นปัจจัยที่เร่งการติดเชื้อรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตสั้นลง (อรุณพร อิฐรัตน์, 2542)

4. ปัจจัยทางภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immune factor) ภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองอย่างจำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี หรือที่ไม่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี สามารถควบคุมและลดการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีได้ ซึ่งมีผลทำให้การดำเนินโรคคงที่หรือช้าลงได้ ในรายที่การดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วจะพบว่ามีภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นน้อย (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540)

5. ปัจจัยร่วม และการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (co-factor and immune activation) มีหลักฐานจากหลายรายงานพบว่า การมีปัจจัยร่วม หรือการกระตุ้นของระบบภูมิคุ้มกันของเชื้ออื่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น วัณโรค เริม มาเลเรีย เลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) รวมทั้งการฉีดวัคซีน สามารถทำให้ปริมาณเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้นชั่วคราวหลาย ๆ เท่าจนถึง 1000 เท่าได้ (Fauci & Lane, 1998 อ้างถึงใน เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2541)

6. ปัจจัยด้านการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี (antiretroviral agents) การให้ยาต้านเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 2 ชนิดร่วมกันจะสามารถทำให้จำนวนเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดลดลงได้อย่างน้อย 10 เท่า ซึ่งมีผลในการลดอัตราการเกิดโรค

เอดส์ และอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 60-80 (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540) ในปัจจุบันการรักษาที่มีประสิทธิภาพสามารถยับยั้งเชื้อไวรัสได้ดีที่สุด คือการใช้ยาต้านไวรัสอย่างน้อย 3 ตัวขึ้นไป เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะได้รับผลกระทบมากมายทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตสังคม และทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงตลอดเวลาส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ โดยระยะแรกเมื่อได้รับเชื้อภายใน 2-3 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการคล้ายไข้หวัด มีไข้ อ่อนเพลีย ต่อมน้ำเหลืองโต ปวดเมื่อย เป็นผื่น เจ็บคอ และจะหายไปเองภายใน 1 อาทิตย์ (สุรพล สุวรรณกุล และมัทยา หาญวนิชย์, 2535; Crady, 1995) จากการศึกษาในอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย จะมีการที่กล่าวมาร้อยละ 50-70 แต่ในประเทศไทยจากการศึกษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในผู้ป่วย 446 ราย พบว่ามีการดังกล่าวเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540)

ในระยะต่อมาภูมิคุ้มกันจะลดลงเรื่อย ๆ ถ้าซีดีโฟร์ (CD4) อยู่ระหว่าง 200-500 เซลล์ต่อไมโครลิตร ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อราในช่องคลอด ในปากและในลำคอ รอยปื้นขาวในปาก (oral hairy leukoplakia) มะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) และเริม (herpes simplex) เมื่อซีดีโฟร์น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร ผู้ป่วยจะมีการปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส คาร์รีนีไอ (Pneumocystis carinii) หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อแคนดิดา (Candida) เซลล์ปากมดลูกผิดปกติ (cervical dysplasia) เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อคริปโตคอคคัสนีโอฟอร์แมน (Cryptococcus neoformans) และเมื่อซีดีโฟร์น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อไมโครลิตร ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อไซโตเมกกาโลไวรัส (cytomegalovirus) แบบแพร่กระจาย สมอเสื่อม ซบผอม (wasting) (วรรณิ กัณฐกมาลากุล, 2541) ซึ่งในประเทศไทย โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary 66,575 ราย (ร้อยละ 25.5) รองลงมา โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii 48,574 ราย (ร้อยละ 18.6), Cryptococcosis 38,464 ราย (ร้อยละ 14.8), Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, bronchi) หรือปอด 11,974 ราย (ร้อยละ 4.6) และ Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 8,425 ราย (ร้อยละ 3.2) (สุวดี คีวงศ์ และเพ็ญศรี จิตรนาททรัพย์, 2547)

2. ผลกระทบทางด้านจิตสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจตั้งแต่รับรู้ว่ามีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยระยะแรกจะตกใจ ตื่นตระหนก หวาดกลัว สับสน ปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง ต่อมาเริ่มยอมรับความจริงบ้าง อาจมีความรู้สึกโกรธ รู้สึกผิด

ลงโทษตัวเอง สงสารตัวเองหรืออาจปฏิเสธความจริง กลัวถูกสังคมรังเกียจ (บังอร ศิริโรจน์, เพ็ญจันทร์ ประดับสุข, ศศิธร ไชยประสิทธิ์ และสมมาตร พรหมภักดี, 2537; ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537) มีภาวะซึมเศร้า หวัง และอาจถึงคิดฆ่าตัวตายได้ (Flaskerud, 1995) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย ดิคเคื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับผลกระทบทางจิตใจมากมายขนาดนี้ เนื่องจากการติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์เป็นโรคร้ายแรงคุกคามต่อชีวิต ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ เป็นโรคที่ได้รับการ รังเกียจเคียดแค้นจากสังคม เนื่องจากมองว่าเป็นโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม มักง่าย เสื่อมโทรมทางศีลธรรม หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537)

จากการศึกษาของ ทอมสัน, แนนนิ และเลวิน (Thormson, Nanni & Levine, 1996) ได้ ศึกษาถึงสิ่งเร้าความเครียด และความเครียดในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเพศชายจำนวน 105 คน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะประสบกับสิ่งเร้าความเครียดมากมาย มีการรับรู้ความเครียด และอารมณ์ ซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ซึ่งสิ่งเร้าความเครียดที่เกิดขึ้นบ่อย 4 อันดับแรก คือ ปัญหาเกี่ยวกับสมรสหรือ คู่นอน ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาครอบครัวหรือเพื่อน และปัญหาการลดลงของรายได้ นอกจากนี้ โอเบรียน และไฟเฟอร์ (O'Brien & Pfeifer, 1993) ได้ศึกษาผลกระทบทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วย โรคเอดส์ จำนวน 133 คน พบว่ามีผลกระทบดังนี้ 1) มีการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และเป็นไปในทางลบ ซึ่งเกิดขึ้น ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย 2) ความรู้สึกโดดเดี่ยว 3) การสูญเสียด้านเพศสัมพันธ์ 4) การเปลี่ยนแปลง การจัดการภายในบ้าน 5) ความบกพร่องในการสื่อสาร และ 6) ความกดดันทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่ง เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความตาย เป็นต้น ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับภาวะ สุขภาพทางด้านร่างกาย ตามระยะเวลา และความรุนแรงของโรค และ โครงสร้างทางสังคม (สมมาตร พรหมภักดี, 2537; Flaskerud & Ungvarski, 1995)

3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตกงาน เพราะประสิทธิภาพ ในการทำงานลดลง หรือนายจ้างรังเกียจ (ปิยรัตน์ นิลอัยกา, 2537) ทำให้ขาดรายได้ในการเลี้ยง ตนเอง และครอบครัว และต้องเสียค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายต้องการ เวชภัณฑ์เพื่อรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเวชภัณฑ์เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นโรคติดเชื้อ ต่าง ๆ ตั้งแต่รายละ 3,000 บาท ถึง 120,000 บาทต่อปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อฉวย โอกาสที่เป็น (ชัยยศ คุณานูนธิ, 2541 ข) ดังการศึกษาของ ศิวาภรณ์ อุบลเขตต์ (2541) ได้ศึกษา เกี่ยวกับการประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยเอดส์พบว่า วันละ 3,400 บาทต่อ 9 เดือน ยื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอกคัส 54,000 บาทต่อครั้ง ปอดอักเสบ จากการติดเชื้อนิวโมซิสติส คาร์วีนีไอ 4,000 บาทต่อครั้ง โรคผิวหนังจากเชื้อรา 15,000 บาท ต่อครั้ง ขอดอักเสบจากเชื้อไวรัส 45,000 บาทต่อ 2 สัปดาห์ และในปีต่อ ๆ ไป ค่าใช้จ่ายในด้านนี้

จะสูงขึ้นเพราะผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว หรือมาโรงพยาบาลครั้งเดียว นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 120,000 ถึง 300,000 บาทต่อปี (มูลค่าปี พ.ศ. 2540) (ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2541) ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจหาระดับซีดีโฟร์ ประมาณ 550 ถึง 1,500 บาทต่อครั้ง และตรวจหาระดับไวรัส ประมาณ 3,500 ถึง 6,000 บาทต่อครั้ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2543 ข) ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก แต่ก็พบว่าเป็นการรักษาโรคเอดส์ที่ดีที่สุดในปัจจุบัน

การรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

การคิดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ได้รับการค้นพบมาได้ประมาณ 20 ปีมาแล้ว ในปัจจุบัน ถึงแม้จะยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็มี การค้นพบยาต้านไวรัสหลายชนิดขึ้น โดยมียาที่ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่ตำแหน่งต่าง ๆ กัน ของขบวนการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวี ทำให้เชื้อเอชไอวี ถูกทำลายได้มากขึ้น ภูมิคุ้มกันกลับมาดีมากขึ้น

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

จุดประสงค์ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัสมี 5 ประการ

1. เป้าหมายทางคลินิก เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เป้าหมายในแง่ไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (< 50 copies/mm³) และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (as much as possible and as long as possible) เพื่อหยุดการดำเนินโรค และป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา มีข้อมูลชี้ให้เห็นว่าการตอบสนองระยะแรก ต่อการให้ยาต้านไวรัสนั้นจะบ่งชี้ว่าการตอบสนองระยะยาวเป็นอย่างไร การยับยั้งเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดได้น้อยกว่า 50 copies/mm³ จะสามารถยับยั้งเชื้อได้ระยะยาวกว่าการที่ค่าไวรัสในเลือดยังมีค่าระหว่าง 50-400 copies/mm³
3. เป้าหมายในด้านภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ภูมิคุ้มกันกลับมาในแง่ของปริมาณ (จำนวน CD4 cell) และคุณภาพ (ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อแอนติเจนต่าง ๆ)
4. เป้าหมายในเชิงควบคุมการระบาด เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี
5. เป้าหมายในแง่แนวทางการรักษา เพื่อรักษาสูตรยาที่อาจเป็นทางเลือกในอนาคตมีผลข้างเคียงน้อยมาก และผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอต่อเนื่อง

ยาต้านไวรัส

ปัจจุบันมียาต้านไวรัสเอดส์ออกมาใช้ในทางคลินิกทั้งหมด 16 ชนิด ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1 ยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันออกฤทธิ์หลัก ๆ ที่ 2 ตำแหน่ง คือ ยับยั้งเอนไซม์ reverse

transcriptase และ protease มีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ (ตัณชัย ชาติสมบัติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ และพรทิพย์ ชุกตานนท์, 2546)

1. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase (reverse transcriptase inhibitor, RTI) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มที่มีลักษณะเลียนแบบ base ของ nucleic acid [nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor (NRTI)] เช่น zidovudine, stavudine มีโครงสร้างคล้ายกับ thymide, didanosine คล้ายกับ adenosine, lamivudine และ abacavir คล้ายกับ cytosine การยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase เป็นแบบแย่งจับ ไม่ถาวร (reversible competitive inhibitor) จึงมีฤทธิ์น้อยกว่า ยาในกลุ่มที่ 1.2

1.2 กลุ่มที่มีลักษณะไม่เหมือน base ของ nucleic acid [nonnucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor (NNRTI)] กลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase แบบจับถาวร (irreversible non-competitive inhibitor) และคนละตำแหน่งกับที่เอนไซม์จับกับ nucleic acid base ทำให้มีฤทธิ์แรงกว่า NRTI มาก

2. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์ protease (protease inhibitor, PI) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อเอชไอวีได้ดีมาก ไวรัสจะไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆ เข้าเป็นไวรัสที่สมบูรณ์ และออกจากเซลล์ได้ ทำให้ไวรัสไม่สามารถก่อโรคได้

ตารางที่ 1 ยาด้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ในปัจจุบัน

nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor (NRTI)	non-nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor (NNRTI)	protease inhibitor (PI)
zidovudine	efaviranz	indinavir stavudine
stavudine	nevirapine	nelfinavir
didanosine	delavirdine	indinavir
zalcitabine		ritonavir
lamivudine		lopinavir/ ritonavir
abacavir		saquinavir (SGC or HGC)
		amprenavir

สูตรยาต้านไวรัส

ปัจจุบันมีการนำยาต้านไวรัสชนิดต่าง ๆ มาใช้ร่วมกันเป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการต้านเชื้อเอชไอวี เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) ประกอบด้วยยาให้ยาต้านไวรัสอย่างน้อย 3 ตัวขึ้นไปซึ่งประกอบไปด้วย 2NRTIs ร่วมกับ NNRTIs หรือ PIs แต่สูตรยาต่าง ๆ นี้ก็มีความแตกต่างกันในแง่ผลข้างเคียงการทนต่อยาของผู้ป่วย ความสะดวก และความไวต่อยา ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 2 โดยเลือกยาใน A 1 ตัว + B 1 ตัวเลือก

ตารางที่ 2 สูตรยาต่าง ๆ ที่เลือกใช้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

	A	B
สูตรยาแนะนำ	Efaviranz	Stavudine + Didanosine
	Indinavir	Stavudine + Lamivudine
	Nelfinavir	Zidovudine + Didanosine
	Indinavir + Ritonavir	Zidovudine + Lamivudine
	Lopinavir/Ritonavir	Didanosine + Lamivudine
	Saquinavir (SGC or HGC) + Ritonavir	
สูตรทดแทน	Abacavir	Zidovudine + Zalcitabine
	Amprenavir	
	Delavirdine	
	Nelfinavir + Saquinavir –SGC	
	Nevirapine	
	Ritonavir	
	Saquinavir –SGC	
ไม่แนะนำเนื่องจากข้อมูลไม่พอ	Hydroxyurea in combination with other antiretroviral drugs	
	Amprenavir + Ritonavir	
	Nelfinavir + Ritonavir	
ไม่แนะนำ	Saquinavir –SGC	Stavudine + Zidovudine
		Zalcitabine + Lamivudine
		Zalcitabine + Stavudine
		Zalcitabine + Didanosine

ข้อเปรียบเทียบการใช้ยาสูตรต่าง ๆ

PIs + 2 NRTIs

การให้ยาสูตรนี้จัดเป็นสูตรที่แนะนำในระยะแรก ๆ ของการให้ยาแบบ HAART พบว่ามีประสิทธิภาพดีมาก และได้ผลนานในการยับยั้งเชื้อไวรัส อย่างไรก็ตามปัจจุบันใช้น้อยลงเนื่องจากค่าเภสัชจลนศาสตร์ยังไม่แน่นอน และจำนวนเม็ดยาค่อนข้างมาก ปัจจุบันยังมีเพียง Nelfinavir ที่ยังใช้เป็นตัวเลือก ๆ ตัวอื่น ๆ เช่น Indinavir, Saquinavir, และ Amprenavir มักจะใช้ร่วมกับ Ritonavir ซึ่งมีผลในการเพิ่มระดับยาอื่นให้สูงขึ้น ทำให้ใช้ยาน้อยครั้งลง ลดปริมาณยา และเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น ปัจจุบันมียา Lopinavir ซึ่งมียา Ritonavir ผสมอยู่ในเม็ดเดียวกัน การให้สูตรยาที่มี PIs เป็นหลักมีปัญหาผลข้างเคียง ทั้งระยะสั้น (อาการทางเดินอาหาร) และระยะยาว (ไขมันในเลือดสูง การคั่งอินสุลิน ภาวะ lipodystrophy) มากกว่าการให้ยาสูตรอื่น ๆ นอกจากนั้นพบมีการค้ำยา ข้ามกันในกลุ่ม PIs ค่อนข้างมาก เมื่อมีการค้ำยาตัวใดตัวหนึ่งในกลุ่มอาจจะทำให้ค้ำยา PIs ตัวอื่น ๆ ไปด้วย

NNRTI + 2 NRTIs

การให้ยาด้านไวรัสเอดส์แบบนี้เดิมเรียกว่า PI-sparing regimen เนื่องจากการหลีกเลี่ยงการใช้ PI สูตรยานี้มีประสิทธิภาพสูง และได้ผลระยะยาวโดยไม่มีผลต่อการใช้ PI ในวันข้างหน้า ทั้งหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของ PI ด้วย Nevirapine และ Delavirdine มีฤทธิ์ดีกว่าในการรักษาผู้ป่วยที่ไวรัสในเลือดปริมาณสูง หรือมีค่า CD4 cell counts nevirapine มีพิษต่อดับ และคลื่นรุนแรงกว่า Efaviranz นอกจากนั้นมีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสูตรยา Zidovudine/ Lamivudine/ Efaviranz มีประสิทธิภาพดีกว่า Zidovudine/ Lamivudine/ Indinavir in DuPont 006 และให้ผลคงเดิมตลอด 3 ปีที่ติดตามดูสูตรยาที่มี Efaviranz ร่วมด้วยมีประสิทธิภาพดีกว่าสูตรยาที่มี Indinavir ในผู้ป่วยที่มีค่าไวรัสในกระแสเลือดสูงกว่า 100,000 copies/ml และมีประสิทธิภาพดีทั้งในผู้ติดเชื้อที่มีการดำเนินโรคไม่มาก และทั้งในผู้ป่วยที่เป็นเอดส์เต็มขั้นแล้ว Efaviranz มีผลข้างเคียงทางจิตประสาทได้บ่อยในช่วง 2 – 3 วันแรกหรือสัปดาห์แรก ๆ ของการรักษา การค้ำยาของยากกลุ่ม NNRTI ค่อนข้างง่ายเนื่องจากเพียงอาศัยการกลายพันธุ์ที่ตำแหน่งเดียวบนยีนส์

NRTI ทั้งหมดในสูตรยา

จากข้อมูลปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าการให้ยากกลุ่ม NRTI ทั้ง 3 ชนิด คือ Zidovudine/ Lamivudine/ Abacavir มีประสิทธิภาพดี และยืนยาวในการยับยั้งเชื้อไวรัส ปัจจุบันมีการผลิตเป็นยาผสมในเม็ดเดียวกัน ทำให้สามารถกินยาเพียง 1 เม็ดวันละ 2 ครั้งได้ อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของยาสูตรนี้ในผู้ป่วยที่มีค่าไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 100,000 copies/ml ยังไม่ชัดเจน จึงยังจัดเป็นสูตรยาทดแทนอยู่ในปัจจุบัน

PI/ NNRTI

ปัจจุบันยังมีข้อมูลสนับสนุนน้อย และถ้าการรักษาล้มเหลวจะทำให้เกิดการดื้อยาไปทั่วทั้งกลุ่มยาที่ใช้ ทำให้หาสูตรยาทดแทนได้ยากในอนาคต

ผลข้างเคียงของยาด้านไวรัส

ยาด้านไวรัสเอดส์แต่ละชนิดมีผลข้างเคียงแตกต่างกันไป ตามตารางที่ 3 และเมื่อมีการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์มากขึ้น ก็มีการค้นพบผลข้างเคียงใหม่ ๆ มากขึ้น ผลข้างเคียงบางอย่างพบบ่อยเมื่อใช้ยาด้านไวรัสเอดส์เฉพาะบางกลุ่ม อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้ขณะนี้ยังเน้นการรวบรวมข้อมูลที่มีรายงานเข้ามา ยังไม่มีการศึกษาทางระบาดวิทยา หรือการศึกษาแบบควบคุมที่แสดงความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจน

ผลข้างเคียงที่เกิดบ่อยกับการใช้ยาเฉพาะกลุ่ม

ผลข้างเคียงจากการใช้ยากุ่ม NRTI

lactic acidosis/ hepatic steatosis

การเกิดภาวะ lactic acidosis และตับโตมาจากภาวะ steatosis ในระยะที่ใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ กลุ่ม NRTI พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง จากการศึกษาย้อนหลังฉบับหนึ่งพบอุบัติการณ์ 1.3 รายต่อ 1,000 คน ปี ในผู้ที่ได้รับยา NRTI ในกรณีที่ใช้วัดระดับ lactate ในเลือดจะพบว่ามีค่า lactate สูงได้ถึง 5 – 10 % ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วยอาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีค่า HCO_3^- ในเลือดต่ำ ตรวจเลือดจะมีค่า lactate, CPK, SGOT ขึ้นสูง เมื่อทำ CT scan ของช่องท้อง และการตัดชิ้นเนื้อตับจะพบภาวะ steatosis การรักษามักจะไม่ค่อยได้ผล มีอัตราตายสูง บางครั้งผู้ป่วยหายเป็นปกติหลังจากหยุดยา NRTI พบเกิดกับยา NRTI ทุกตัว แม้ว่าบางรายงานจะพบว่ามีอัตราการเกิดที่สูงกับยา ddI หรือ ddI/ Hydroxyurea มากกว่ายาอื่นก็ตาม เชื่อว่าเป็นผลมาจากพิษต่อ mitochondria ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการทางคลินิกอื่น ๆ ด้วย เช่น myopathy, neuropathy, cardiomyopathy, pancreatitis, asthma, lipoatrophy การรักษาภาวะนี้คือการหยุดยา NRTI และให้การรักษาระดับประคอง มีรายงานว่าให้ riboflavin อาจจะช่วยให้บ้าง

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NNRTI

ผื่น (rash)

การให้ยา NNRTI โดยเฉพาะ nevirapine พบเกิดผื่นได้บ่อย 16 % ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง มักเกิดใน 2 – 3 สัปดาห์แรกอาจหายเองได้ หรืออาจใช้ยาแก้แพ้โดยไม่ต้องหยุดยา ในผู้ป่วยประมาณ 5 % อาจเกิดผื่นรุนแรงจนเป็น Stevens Johnson Syndrome จนเสียชีวิตได้

พิษต่อตับ (hepatotoxicity)

nevirapine ยังอาจทำให้เกิดตับอักเสบได้ถึง 12.5 % มักเกิดใน 12 สัปดาห์แรก ถ้าไม่รุนแรงอาจไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้า SGOT สูงกว่า 5 เท่า ควรหยุดยา nevirapine

ตารางที่ 3 ผลข้างเคียงที่พบจากยาด้านไวรัสเอดส์ต่าง ๆ

ยาด้านไวรัส	ชื่อย่อ	ชื่อการค้า	ผลข้างเคียง พิษ
Zidovudine	AZT	Retrovir Antivir	กดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย
Didanosine	Ddl	Videx Divir	ตับอ่อนอักเสบปลายประสาทอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
Zalcitabine	DdC	Hivid	ปลายประสาทอักเสบ แผลในปาก
Stavudine	D4T	Zerit Stavir	ปลายประสาทอักเสบ
Abacavir	ABC	Ziagen	ไม่ค่อยมีรายงาน
Lamivudine	3TC	Epivir Lamivir	ภูมิไวเกิน (2-5%) มีอาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ไอ หายใจลำบาก ผื่น
Nevirapine	NPV	Viramune	ผื่น (15-30%) ตับอักเสบ
Delavirdine	DLV	Rescriptor	ผื่น ปวดศีรษะ มีเอนไซม์ตับสูงขึ้น
Efavirenz	EFV	Stocrin	ปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย สับสน ประสาทหลอน เกิดขึ้นในผู้ป่วย 40% ผื่น อาจเป็นรุนแรงได้ 5%
Saquinavir hard gel	SQV-HGC	Invirase	คลื่นไส้ อาเจียน (10-20%) ปวดศีรษะ มีเอนไซม์ตับสูงขึ้น
Saquinavir soft gel	SQV-SGC	Fortovase	คลื่นไส้ อาเจียน (10-20%) ปวดศีรษะ มีเอนไซม์ตับสูงขึ้น

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ยาด้านไวรัส	ชื่อย่อ	ชื่อการค้า	ผลข้างเคียง พบบ่อย
Ritonavir	RTV	Norvir	คลื่นไส้ อาเจียน (20-40%) ชารอบ ๆ ปากหรือปลายมือปลายเท้า (10%) ลิ้นรับรสเปลี่ยนไป (10%) ปวดศีรษะ มีเอนไซม์ตับสูงขึ้น (10-15%) มี triglyceride สูงขึ้น (60%)
Indinavir	IDV	Crixivan	คลื่นไส้ อาเจียน (10-20%) น้่านในไต (10-15%) ปวดศีรษะ มี indirectbilirubin สูงขึ้น
Nelfinavir	NFV	Viracept	ท้องเสีย (10-30%)
Lopinavir/Ritonavir	LPV/RTV	Kaletra	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มีเอนไซม์ตับสูงขึ้น
Amprenavir	AP	Agenerase	คลื่นไส้ อาเจียน (10-30%) ปวดศีรษะ มีเอนไซม์ตับสูงขึ้น ผื่น (20-30%) ชารอบ ๆ ปาก หรือปลายมือปลายเท้า (10-30%)

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัส PI

hyperglycemia

มีรายงานการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวาน ภาวะ diabetic ketoacidosis ในผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์กลุ่ม protease inhibitor ผู้ป่วยจะมีอาการเฉลี่ยภายใน 63 วัน (ระหว่าง 2 – 390 วัน) หลังจากได้ยาต้านไวรัส PI ในผู้ป่วยบางรายน้ำตาลในเลือดที่สูงจะลดลงเป็นปกติเมื่อหยุดยา กลุ่ม PI บางราย ยังคงใช้ยาต้านไวรัส PI ต่อร่วมกับการกินยาเบาหวาน หรือฉีดอินซูลิน แพทย์ที่รักษาจึงต้องคอยเฝ้าระวังอาการ ที่บ่งชี้ถึงว่ามีน้ำตาลในเลือดสูง แต่ไม่แนะนำให้ตรวจกรองด้วย glucose tolerance test แพทย์บางรายอาจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ ๆ ทุก 3 – 4 เดือน

fat redistribution

ผู้ป่วยที่ได้ยา PI จะมีการเปลี่ยนแปลงการกระจายของไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อาการทางคลินิกที่พบได้แก่ central obesity, peripheral fat wasting นอกจากนั้นอาจรวมถึง visceral

fat accumulation, dorsocervical fat accumulation (buffalo hump), extremity wasting with venous prominence, facial thinning, breast enlargement, lipomatosis อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบว่าอาการเหล่านี้เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ กัน หรือสาเหตุเดียวกันเพราะมีรายงานการเกิดอาการเหล่านี้กับสูตรยาที่ไม่มี PI ร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายอาการดีขึ้นเมื่อหยุดยา PI

hyperlipidemia

ผู้ป่วยที่กินยาด้านไวรัสเอดส์ที่มี PI มีไขมันในเลือดสูงขึ้นสูงทั้ง cholesterol, triglyceride โดยอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของการสะสมไขมันร่วมด้วย หรือ ไม่ได้พบร่วมกับการให้ยา ritonavir บ่อยที่สุด ผลต่อการเกิดโรคหัวใจ และตับอ่อนอักเสบ เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบสาเหตุ แต่มีรายงานการเกิดอาการของเส้นเลือดหัวใจอุดตันในผู้ป่วยอายุน้อย การเกิดโรคเส้นเลือดสมอง นิ้วในถุงน้ำดี แพทย์บางรายจะตรวจระดับของ cholesterol, triglyceride ทุก 3-4 เดือน การรักษาภาวะแทรกซ้อนนี้ยังไม่เป็นที่แน่นอนแต่จะต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจด้วย มีการแนะนำให้รักษาตามแนวทางการรักษาภาวะไขมันในเลือดที่สูงของ national cholesterol education program บทบาทของการให้ยาลดไขมัน เช่น gemfibrozil และ niacin ยังไม่เด่นชัด ผู้ป่วยบางรายไขมันในเลือดสูง จะลดลงเป็นปกติเมื่อหยุดยาในกลุ่ม PI

increased bleeding episodes ในผู้ป่วยที่เป็น hemophilia

มีรายงานการเกิดเลือดออกง่ายในผู้ป่วย hemophilia A และ B ที่ใช้ยาในกลุ่ม PI มักเป็นเลือดออกในข้อ และเนื้อเยื่ออ่อน แต่มีรายงานที่เกิดเลือดออกในสมอง และลำไส้ การเกิดเลือดออกจะเกิดประมาณ 22 วันหลังจากเริ่มยา PI

avascular necrosis

มีรายงานการเกิด avascular necrosis ประมาณ 0.3-1.3 % ในผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ที่มี PI อยู่ด้วย มักพบที่หัวกระดูก femur

ในปัจจุบันองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาซึ่งเป็นยาสูตรผสมรวมยาด้านไวรัสเอดส์ 3 ชนิดเป็นยาหลัก เรียกว่า “จีพีโอเวอร์”

ส่วนประกอบ จีพีโอเวอร์ เอส 30 ใน 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยา เนวิราพิน 200 มิลลิกรัม ลามิวูดีน 150 มิลลิกรัม และสตาวูดีน 30 มิลลิกรัม จีพีโอเวอร์ เอส 40 ใน 1 เม็ด ประกอบด้วยตัวยา เนวิราพิน 200 มิลลิกรัม ลามิวูดีน 150 มิลลิกรัม และสตาวูดีน 40 มิลลิกรัม

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ลามิวูดีนและสตาวูดีน เป็นยาด้านไวรัสกลุ่ม nucleoside reverse transcriptase inhibitor มีโครงสร้างเป็นอนุพันธ์ของ nucleoside ไซทิดีน และไทมิดีน ตามลำดับ ยาที่เข้าสู่ร่างกาย จะถูกเปลี่ยนแปลงเป็นเมตาบอไลต์ที่มีฤทธิ์ คือ ลามิวูดีน ไครฟอสเฟต และสตาวูดีน ไครฟอสเฟต ตามลำดับ ลามิวูดีน ไครฟอสเฟตและสตาวูดีน ไครฟอสเฟต ออกฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่ม

จำนวนของเชื้อ HIV โดยแย่งที่สารธรรมชาติในการจับกับเอนไซม์ reverse transcriptase และยับยั้งการสังเคราะห์ DNA ของไวรัสโดยทำให้การเชื่อมต่อของสาย DNA หักชะงัก ส่วนเนวิราพินเป็นยาต้านไวรัสกลุ่ม nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor ยาเนวิราพินจะจับกับเอนไซม์ reverse transcriptase โดยตรง และยับยั้งการทำงานของ RNA- และ DNA- dependent DNA polymerase ของเชื้อไวรัส HIV-1 โดยทำลาย catalytic site ของเอนไซม์

ข้อบ่งใช้ รักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV) (ผู้ป่วยโรค AIDS)

ขนาดและวิธีใช้

1. วัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนัก 60 กิโลกรัมขึ้นไป รับประทานยาเม็ด จีพีโอเวิร์ เอส 40 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง
2. วัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 60 กิโลกรัม รับประทานยาเม็ด จีพีโอเวิร์ เอส 30 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง
3. เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ใช้ตามคำแนะนำของแพทย์

ข้อแนะนำในการใช้ยา เนื่องจากมีรายงานข้อควรระวังเป็นพิเศษของยา เนวิราพิน คือ อาการผื่นผิวหนัง ดังนั้นข้อแนะนำพิเศษสำหรับยาสูตรผสม คือ ควรเริ่มด้วยการรับประทานยาแยกเม็ดก่อน ขนาดยาที่แนะนำเริ่มด้วย ยาเม็ดเนวิราพิน 200 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด ใน 14 วันแรก หลังจากนั้นเพิ่มขนาดยาเป็น 200 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง อีก 14 วัน (หากผู้ป่วยเกิดอาการผื่นผิวหนังในระยะ 14 วันแรกห้ามปรับเพิ่มขนาดยา ต้องรอกจนกว่าผื่นจะหายไปเสียก่อน) โดยรับประทานร่วมกับยาเม็ดลามิวิวดีน 150 มิลลิกรัม และยาเม็ดสตาวูดีน 30 หรือ 40 มิลลิกรัม 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง ตั้งแต่วันแรก หลังจากนั้นหากไม่พบอาการแพ้จึงค่อยเปลี่ยนมารับประทานยาสูตรผสม จีพีโอเวิร์ ค้าเดียน ยานี้อาจเป็นพิษร้ายแรงต่อต้านได้

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาเนวิราพิน ลามิวิวดีน หรือสตาวูดีน
2. ใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่ไขกระดูกถูกกด ผู้ป่วยโรคตับและ/หรือโรคไต ตับอ่อนอักเสบหรือมีประวัติเคยเป็นโรคตับอ่อนอักเสบ ผู้ป่วย peripheral neuropathy หรือผู้ที่มีการเกิด peripheral neuropathy
3. ไม่ควรใช้ยานี้ในหญิงมีครรภ์ นอกจากจำเป็นจริง ๆ เท่านั้น และหญิงระยะให้นมบุตรที่ได้รับการรักษาด้วยยานี้ควรหยุดให้นมทารก เนื่องจากยาถูกขับออกทางน้ำนมได้
4. ผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยาจีพีโอเวิร์เป็นเวลานานเกิน 7 วัน ควรเริ่มต้นใหม่ด้วยการรับประทานยาแยกเม็ดในขนาดที่แนะนำให้ใช้ในช่วง 28 วันแรก ก่อนเปลี่ยนกลับมาใช้ยาจีพีโอเวิร์

ปฏิกิริยาระหว่างยา ไม่ควรใช้ยาจีทีโอเวิลด์ร่วมกับยาเหล่านี้เนื่องจากอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกันให้ใช้ด้วยความระมัดระวัง

1. ยาที่อาจทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบ เช่น alcohol, sulfonamides
2. ยาที่อาจทำให้เกิดอาการเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ เช่น dapsone, isoniazid, ethambutol
3. ยาที่ถูกเปลี่ยนแปลงโดยเอนไซม์ P450 (CYP3 A4) เช่น calcium channel blockers, clindamycin
4. ยาที่มีฤทธิ์เหนี่ยวนำเอนไซม์ P450 (CYP3 A4) เช่น rifabutin, rifampicin, phenytoin, carbamazepine
5. ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ P450 (CYP3 A4) เช่น cimetidine, macrolides

อาการไม่พึงประสงค์ อาการที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่ เส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ (อาการปวด แสบ ขา บริเวณมือและเท้า) ตับอ่อนอักเสบ (คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง) ผื่นผิวหนังเล็กน้อยถึงปานกลาง (มีลักษณะเป็นจุด และตุ่มแดงเล็ก ๆ โดยมีหรือไม่มีอาการคันร่วมด้วย) นอกจากนี้ อาจเกิดปฏิกิริยาที่ผิวหนังแบบรุนแรงถึงชีวิต (เช่น Stevens-Johnson syndrome)

อาการอื่น ๆ ที่พบคือ ท้องเสีย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ มีไข้ ภาวะไขกระดูกถูกกด เลือดจาง ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ผลตรวจการทำงานของตับผิดปกติ จนถึงตับอักเสบ

การเก็บรักษา เก็บในภาชนะปิดสนิทที่อุณหภูมิต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส

ข้อบ่งชี้ของการรักษา

ควรแนะนำถึงการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาด้วย HAART ตามข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ (asymptomatic HIV infection) ที่มี CD4 < 350 ตัว/ลบมม. และ HIV RNA > 55,000 copies /ml (US and International guideline) สำหรับในประเทศไทย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยได้ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยแนะนำให้เริ่มการรักษาเมื่อเซลล์ CD4 อยู่ระหว่าง 200-250 ตัว/ลบมม. ทั้งนี้ เนื่องจากต้องการที่จะเลื่อนการที่จะใช้ HAART ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกไปให้ยาวนานที่สุดเพื่อการประหยัดค่าใช้จ่าย โดยเชื่อว่าผู้ป่วยที่มีเซลล์ CD4 มากกว่า 250 ตัว/ลบมม. นั้นยังมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อฉวยโอกาสน้อยอยู่
2. ผู้ป่วยเอดส์ทุกกรณี (เซลล์ CD4 < 200 ตัว/ลบมม. หรือมีหลักฐานของการติดเชื้อฉวยโอกาส) การที่จะเริ่ม HAART ในผู้ป่วยที่มีเซลล์ CD4 ต่ำมาก ๆ ควรที่จะตรวจหาว่าผู้ป่วยนั้นมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสใด ๆ ซ่อนอยู่หรือไม่ก่อนที่จะเริ่มยา เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดกลุ่มอาการ immune reconstitution ในกรณีที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมอยู่ด้วย การจะให้ HAART ช้าหรือเร็ว

นั้นต้องพิจารณาเป็นกรณีไป โดยคำนึงถึงโรคติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่น วัณโรค ควรให้การรักษาให้เสร็จสิ้นก่อนที่จะเริ่ม HAART ทั้งนี้เนื่องจากมีแนวโน้มในการเกิดปฏิกิริยา paradoxical สูง นอกจากนั้นยารักษาวัณโรค เช่น rifampin ยังมีปฏิกิริยาระหว่างยาอย่างมากกับยา กลุ่ม PIs ได้ แต่ในขณะที่มี CMV retinitis (โดยเฉพาะในระยะที่เสี่ยงต่อการที่จะตาบอด) การให้ HAART ทันทีหลังจากให้การรักษา CMV retinitis จะช่วยรักษา และป้องกันตาบอดได้ เป็นต้น

3. ในกรณีของผู้ป่วย acute primary HIV infection ยังมีการถกเถียงกันอยู่ ผู้ที่แนะนำให้รักษาเชื่อว่าการให้การรักษาในกลุ่มนี้จะป้องกันไวรัสไม่ให้แพร่กระจายได้มาก โดยเฉพาะการแพร่ไปใน latent reservoir ลดความรุนแรงของการติดเชื้อเฉียบพลัน อาจลดระดับของ viral set point ซึ่งมีผลต่อการดำเนินโรค ลดการติดต่อของโรค และป้องกันภูมิคุ้มกัน ในกรณีต้องเสี่ยงต่อภาวะการดื้อยาล้าผู้ป่วยไม่กินยาอย่างไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาเป็นเวลานาน

4. ผู้ที่สัมผัสต่อเลือด และสารคัดหลั่งของผู้ป่วยซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง การให้ยาโดยเร็วภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังจากเกิดอุบัติเหตุ หรือภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเกิดอุบัติเหตุเป็น อย่างช้าจะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อได้

ในการรักษา ควรเน้นถึงการกินยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อจะได้มีการกดเชื้อไวรัสอย่างต่อเนื่องทำให้ไม่เกิดภาวะไวรัสดื้อยาอันจะนำไปสู่การรักษาล้มเหลวต่อไป การทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษาในช่วงนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญ และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างมาก นอกจากนั้นการเลือกสูตร HAART ที่กินง่าย สะดวกต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และการคำนึงถึงปฏิกิริยาระหว่างยาประจำของผู้ป่วย HAART ก็มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาด้วย

การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยหลังจากการเริ่มยา

ควรจะมีการติดตามการรักษาโดยใช้ปริมาณของ HIV RNA ในเลือด และการนับเซลล์ CD4 เป็นสิ่งที่ใช้ในการพิจารณาผลการรักษา ทั้งนี้ การรักษาที่ได้ผลจะทำให้ปริมาณของ HIV RNA มีระดับลดลงมากกว่า 1 log ในเวลา 2-8 สัปดาห์ หลังจากเริ่มยา และลดลงจนถึงระดับที่วัดไม่ได้ (< 50 copy/ml) ในเวลา 16-20 สัปดาห์หลังจากเริ่มยา เซลล์ CD4 จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเมื่อปริมาณของ HIV RNA ในเลือดลดลง ควรให้ปริมาณของ HIV RNA ในเลือดเป็นตัววัดผลการรักษาในช่วงต้น และใช้การนับเซลล์ CD4 เป็นตัววัดผลการรักษาในช่วงต่อไป เนื่องจากวิธีนี้ แม้จะมีความไวในการติดตามผลการรักษาน้อยกว่าแต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า ในกรณีที่ระดับเซลล์ CD4 มีการลดต่ำลงหลังจากที่ขึ้นมาแล้ว ร่วมกับการที่กลับมาตรวจพบ HIV RNA ในเลือดอีก หลังจากที่เคยตรวจไม่พบมาก่อนแล้วเป็นตัวชี้แนะว่าการรักษาล้มเหลว (virological failure)

ถ้ามีการรักษาล้มเหลวเกิดขึ้น แนะนำให้ตรวจหา HIV resistance เพื่อค้นหาภาวะดื้อยาของไวรัสเพื่อเป็นการชี้แนะในการเลือก HAART ชุดต่อไป การตรวจหา HIV resistance ปัจจุบันทำได้ 2 วิธี คือการตรวจ genotypic (นำไวรัสมา sequence เพื่อเทียบดู resistant gene) และการตรวจ phenotypic (นำไวรัสมาตรวจในกรณีที่มียาต้านไวรัสอยู่ในทำนองเดียวกับการตรวจการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย) ทั้ง 2 วิธีนี้ล้วนแต่มีราคาแพงทั้งสิ้น

ควรมีการติดตามผลแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการใช้ยา เช่น ติดตามผลเลือดที่เกี่ยวข้องกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาต่อเนื่องตลอดการรักษา ทั้งนี้จะทำให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอด ตัวอย่าง เช่น ควรมีการติดตามดู CBC กรณีที่ใช้ AZT, ควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด, lipid profile และมีการวัดรอบเอว เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มอาการ lipodystrophy ในกรณีที่มีการใช้ยาในกลุ่ม PIs เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป ปัจจุบันยาด้านไวรัสมีราคาถูกลงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงยาด้านไวรัสมากขึ้น ก็นับว่ามีความสำคัญที่จะสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ที่สำคัญกว่าคือการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง และถูกต้อง ตลอดจนการได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง จึงจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับผลดีจากการรักษาอย่างเต็มที่ และไม่มีอาการข้างเคียงที่รุนแรง ประการสำคัญคือ การใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง กินยาไม่สม่ำเสมอ จะก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยาตามมา ทำให้การรักษาเป็นไปด้วยความยากลำบากยิ่งขึ้น

การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความสำคัญต่อการรักษามาก เพราะผู้ที่กินยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น ที่จะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดี และมีประสิทธิภาพ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะล้มเหลวถ้าผู้ป่วยไม่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสตลอดชีวิต

ความหมายของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า " ความสม่ำเสมอ " (Adherence) ไว้หลายความหมาย ดังนี้

AIDS Intitute New York State Department of Health (1998) ได้ให้ความหมายของ "Adherence" ไว้ว่า การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องตลอดระยะเวลาของการรักษา การคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของการติดต่อระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ การให้รายละเอียดเกี่ยวกับการตัดสินใจในการให้ยา การเข้าถึงความจำเป็นในการให้การสนับสนุนการบริการ การติดตามการนัดหมาย และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ

ซึ่งไม่ได้หมายความว่าให้การให้ยาเพียงอย่างเดียว แต่คิดรวมถึงปริมาณยาที่รับประทาน ตารางการรับประทานยา การเก็บ และการจัดการตามความต้องการที่จำเป็น และคงไว้ซึ่งประโยชน์ในการรักษา

Webster's New Collegiate Dictionary (1977) ได้ให้ความหมายของ "Adherence" ไว้ว่า พฤติกรรม การกระทำ หรือคุณลักษณะของความสม่ำเสมอ

Haynes (1997) และ Rand (1993) ได้ให้ความหมายของ "Adherence" ไว้ว่า พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และ/หรือ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมสอดคล้องกับคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ

Jani (2002) ได้ให้ความหมายของ "Adherence" ไว้ว่า ความสามารถของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่ละบุคคลที่เกี่ยวกับการเลือก การเริ่ม การจัดการ และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในการที่จะควบคุมการติดเชื้อ และการเพิ่มภูมิคุ้มกัน

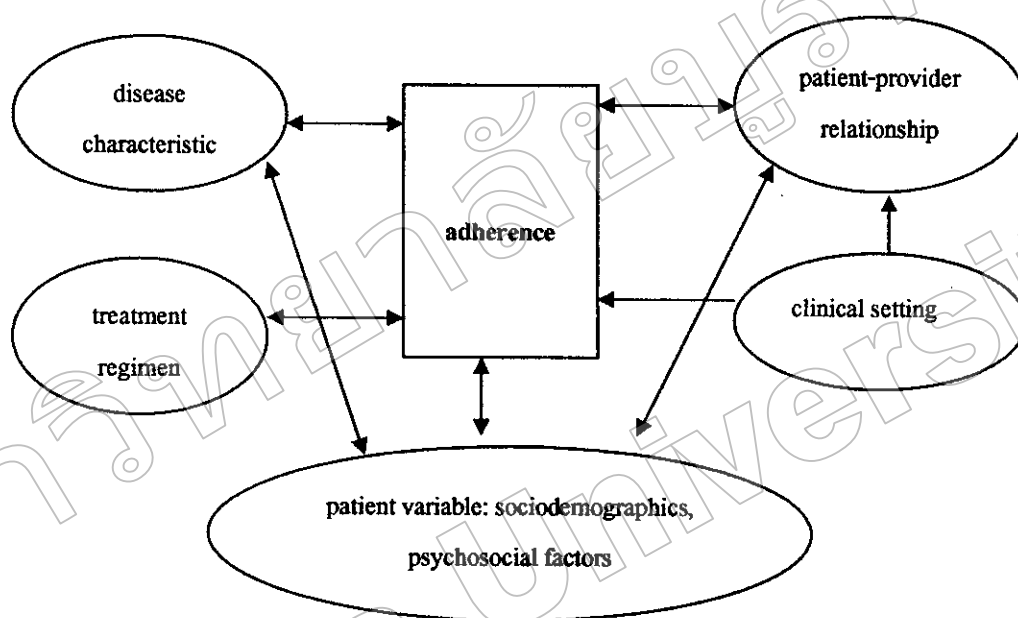
จากความหมายดังกล่าวข้างต้น "ความสม่ำเสมอ" (Adherence) หมายถึง พฤติกรรมของแต่ละบุคคลในการที่จะประพฤติปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยความเต็มใจ

สรุปแล้วจากความหมายของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง พฤติกรรม หรือการปฏิบัติตามของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ได้แก่ ถูกต้องตามขนาด จำนวน เวลา และวิธีในการรับประทานยาต้านไวรัส และรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมที่ส่งผลให้มีการดำเนินแบบแผนชีวิตไปในด้านที่ดี

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะบอกประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณไวรัส (HIV viral load) การเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) และความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล (durability) ดังผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่า 95% ประสบผลสำเร็จในการยับยั้งเชื้อไวรัส โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ใช้ protease inhibitor เป็นส่วนประกอบ โดยจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ มากกว่า 95% เกิดความล้มเหลวในการยับยั้งเชื้อไวรัส 22%, ผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ 80-94.9% เกิดความล้มเหลวในการยับยั้งเชื้อไวรัส 61% และผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอน้อยกว่า 80% เกิดความล้มเหลวในการยับยั้งเชื้อไวรัส 80 % ซึ่งความล้มเหลวในการยับยั้งเชื้อไวรัสหมายถึงการตรวจพบเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Paterson et al., 2000)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอสามารถแบ่งได้ดังนี้
ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย (patient factors) ปัจจัยด้านยา (treatment regimen) ลักษณะของโรค (disease characteristic) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และทีมสุขภาพ (patient-provider relationship) และปัจจัยด้านสถานบริการ (clinical setting) ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 2 determinants of adherence (Ickovics & Meade; JAIDS, 2002)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย (patient factors)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย สามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

ลักษณะประชากร: ตัวแปรทางด้านนี้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับ

การศึกษา รายได้ของครอบครัว เป็นต้น ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างบุคคลที่ทำให้มีความแตกต่างทางเชาว์ปัญญา และความคิด จึงมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนของบุคคล และต่างก็มี ความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในลักษณะต่าง ๆ กัน ซึ่งจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่าลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยา อย่างสม่ำเสมออย่างเด่นชัด ดังนี้

อายุ: การรับประทานยาที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษา มักจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมาก ๆ และอายุน้อย (Becker, 1974, p. 88) จะเห็นได้จากการศึกษาของ แบล็คเวลล์ (Blackwell, 1973,

p. 249) ที่พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยส่วนมากจะปฏิเสธการรับประทานยาที่มีรสไม่ดี เช่น รสขม และผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและความหลงลืมที่เกิดขึ้นตามวัย หรือไม่สนใจตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เซนร์เบอร์น และคณะ (Sherbourne et al., 1992) รายงานไว้ว่าในผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับประทานยาเป็นเวลานาน พบว่าผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 45 ปี จะให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี สำหรับการศึกษาอายุกับการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ มีรายงานทั้งที่มีผลและไม่มีผล ดังการศึกษาของ ซินท์ (Singh, 1996) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส แต่จากการศึกษาของ ชารอน และคณะ (Sharon et al., 2002) พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส ($p < .001$) ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาด้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ (Chesney, 2000; Andrea et al., 2002)

เพศ: เพศมีความแตกต่างน้อยมากในการทำนายการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส (Stone, 2001; Pinheiro, 2002; Adriana et al., 2002; Williams, 1997; Singh et al., 1996) แต่จากการศึกษาของ แมททิว และคณะ (Mathews et al., 2002) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสเพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสน้อยกว่าเพศชาย

สถานภาพสมรส: จากการศึกษาของ บราวน์ และแม็ค ครีดดี (Brown & Mc Creedy, 1986, p. 317) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีสถานภาพการสมรสคู่ และผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโสดจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็นโสด และผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพการสมรสคู่

ระดับการศึกษา: ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี มีความรอบรู้ มีเหตุผล และแสวงหาความรู้ในการรักษา ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย แต่มีการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาด้านไวรัส พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส (Gordillo et al., 2002; Singh et al., 1996)

รายได้ของครอบครัว: ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ จะแสดงให้เห็นถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสต่ำ เนื่องจากองค์ประกอบหลายอย่างด้วยกันคือ ความไม่แน่นอนในเรื่องที่อยู่ ไม่มีบ้าน รายได้ต่ำ และขาดหลักประกันของการใช้จ่าย (Mehta et al., 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร์ ตูลาทอง (2548) ที่พบว่ารายได้สามารถทำนายการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ แต่จากการศึกษาของ พินไฮโร (Pinheiro, 2002)

เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในประเทศบราซิล พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ลักษณะอาชีพ: การศึกษาของ จารูวรรณ ชันติสุวรรณ (2528) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพซึ่งมีที่อยู่แน่นอน และไม่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัดจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่ไม่มีลักษณะอาชีพที่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัด ส่วนการศึกษาของ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งผู้ป่วยที่ว่างงานเพราะประกอบอาชีพไม่ไหวให้ความร่วมมือดีกว่าผู้ที่มีการประกอบอาชีพ แต่จากการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (Gordillo et al., 2002; Singh et al., 1996)

ด้านจิตสังคม: เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ ทศนคติ แรงจูงใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัส ดังการศึกษา พบว่าผู้ที่แสดงออกถึงความเจ็บป่วยทางจิต หรือความวิตกกังวลสูง หรือมีภาวะซึมเศร้า จะมีผลทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสลดลงได้ (Gordillo et al., 2002; Singh et al., 1996) นอกจากนี้ความเชื่อด้านสุขภาพ ทศนคติต่อแผนการรักษา และความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เพราะเหตุผลทางจิตใจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาเนื่องจากกลัว และเชื่อว่า การใช้ยานั้นแสดงถึงความอ่อนแอ ดังนั้นการขาดการรับรู้ถึงประโยชน์นั้น ผลลัพธ์ตามมาคือความเจ็บป่วยรวมถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีทัศนคติ และความเชื่อ ร่วมกับการรับรู้ และการยอมรับในการเป็นโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา จะมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านจิตสังคมมีอิทธิพลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า, การเจ็บป่วยทางจิต และการใช้สารเสพติด หรือเครื่องคั่นแอลกอฮอล์เป็นอุปสรรคในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอที่ดีกว่า (Ickovics & Meade, 2002) รวมทั้งความเชื่อ และทัศนคติที่ดีต่อการรักษาเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอได้ดี ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีความคิดเห็นและความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็นไม้อาจจะรักษาให้หายได้ ทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และถ้าเป็นมากขึ้น อาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสไม่ถูกต้อง และไม่สม่ำเสมอได้

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีความไม่สอดคล้องของผลการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคลกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ด้านไวรัส ซึ่งโดยทั่วไปปัจจัยด้านลักษณะประชากรไม่สามารถทำนาย พฤติกรรมความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาได้ แต่อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่า เพศชาย, คนผิวขาว, อายุมาก, รายได้ที่สูง, การศึกษาที่สูง และการรู้หนังสือ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงเลือกปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว มาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ปัจจัยด้านยา (treatment regimen)

ปัจจัยด้านนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการที่เข้าสู่ร่างกาย ประสิทธิภาพของยาในการรักษา และ ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งระยะเวลาในการรักษา ดังนี้

ความรุนแรงของโรค หรืออาการข้างเคียงจากยา: ยาด้านไวรัสยังมีผลข้างเคียงจากยา ทั้งอาการข้างเคียงชั่วคราว ได้แก่ ท้องเสีย, อ่อนเพลีย, คลื่นไส้ และอาเจียน ขณะที่บางตัวมีอาการ ข้างเคียงระยะยาว ได้แก่ ปลายประสาทอักเสบ (peripheral neuropathy), มีการเปลี่ยนแปลงด้าน ร่างกาย (physical changes in body appearance), lipoatrophy/ lipodystrophy, การเผาผลาญใน ร่างกายเปลี่ยนแปลง (metabolic changes) ในขณะที่จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมี ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาจะทำให้มีแนวโน้มในการหยุดการรักษา หรือ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่ต้องหยุดการรักษาเนื่องจากผลข้างเคียง ของยา ดังการศึกษาของ ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์ และคณะ (2545) ได้ประเมินผลการรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาด้านไวรัสแบบสามชนิด พร้อมกันในเขต 9 พบว่า อัตราการรักษา ครบ 1 ปี เพียงร้อยละ 56 เนื่องจากต้องหยุดการรักษาจากผลข้างเคียงของยาสูงถึงร้อยละ 30 และ การศึกษาของ วรารัตนา มั่นสกุล และคณะ (2546) ได้ศึกษาประสิทธิภาพ และผลข้างเคียงของยา สูตรผสมของ nevirapine, stavudine และ lamivudine ในเม็คเคียวกัน (GPOvir) ในการรักษาผู้ติด เชื้อเอชไอวี จำนวนทั้งสิ้น 87 ราย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลข้างเคียงที่รุนแรงจนต้องหยุดยา 13 ราย (ร้อยละ 14.94) ผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด คือ ผื่น (ร้อยละ 13.79) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ สุภาพร แนวบุตร (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง พบว่าอาการข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาด้านไวรัส ($p < .05$)

แผนการรักษาของแพทย์: แผนการรักษาของแพทย์ที่มีความสลับซับซ้อน โดยเฉพาะ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ยาด้านไวรัสตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป (HAART) ประกอบด้วยรูปแบบ ที่ซับซ้อนซึ่งบางครั้งอาจมียาที่ต้องรับประทานถึง 20 เม็ด/วัน, ต้องกินหลายครั้งใน 1 วัน และยา บางตัวจำกัดด้วยมื้ออาหาร และน้ำ

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิด และมีจำนวนมาก อาจเกิดความสับสนในการใช้ยา หรือลืมวิธีการใช้ยา การรับประทานยาที่ไม่เหมือนกันจะทำให้ผู้ป่วยสับสนยุ่งยากหมดความอดทนที่จะรับประทานยาต่อไป มีรายงานการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัส พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอคือ ลืมรับประทานยา หรือยุ่งร้อยละ 34-52 ต้องออกจากบ้าน ร้อยละ 27-42 และฤทธิ์ข้างเคียงจากยาร้อยละ 19-25 (Chesney, 2000) และจากการศึกษาของ คราเมอร์ และคณะ (Cramer et al., 1989) ได้รายงานถึงการรับประทานยากันชัก 1 เม็ดต่อวัน ผู้ป่วยจะรับประทานยาสม่ำเสมอถึงร้อยละ 88 ถ้ารับประทาน 2 เม็ดต่อวัน ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลงเป็นร้อยละ 81 หากผู้ป่วยต้องรับประทานยามากถึง 3 เม็ดต่อวันความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลง น้อยลง 77 และถ้าต้องรับประทานยา 4 เม็ดต่อวันความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก็ลดลงเหลือ ร้อยละ 39 ฉะนั้น การปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานยาให้สัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย รบกวนการดำเนินวิถีชีวิตน้อยที่สุด จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

ระยะเวลาในการรักษา: ยิ่งระยะเวลาในการรักษายาวนานมากขึ้น ผู้ป่วยก็จะหยุดการรักษา ก่อนครบกำหนดการรักษามากขึ้นเท่านั้น (Taylor & Littlewood, 1998)

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และทีมสุขภาพ (patient-provider relationship)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และทีมสุขภาพ เป็นบทบาทสำคัญในการพัฒนาการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเชื่อว่าเป็นปัจจัยที่กระตุ้นสำหรับการกินยาด้านไวรัส นอกจากนี้ความไว้วางใจ และความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพ พบว่ามีอิทธิพลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Altice et al., 2001)

ลักษณะของโรค (disease characteristic)

ลักษณะการเจ็บป่วย หรือลักษณะของโรค ถ้าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคที่เรื้อรัง และไม่รุนแรงความร่วมมือในการรักษาจะลดลง เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการรักษานานผู้ป่วยจะเกิดความเบื่อหน่าย หรือในผู้ป่วยที่มีอาการอย่างเฉียบพลันในระยะสั้น ไม่แสดงอาการมากก็จะให้ความร่วมมือในการรักษา (Carey, 1984) การที่มีการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสอยู่ก่อนแล้วทำให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่ก่อนจะมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และทำให้มีความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาด้านไวรัส (Singh et al., 1996)

ปัจจัยด้านสถานบริการ (clinical setting)

สถานบริการ, ที่ตั้งของสถานบริการ, สิ่งแวดล้อม, การบริการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่าง ๆ, การมีบริการแนะนำการใช้ยาด้านไวรัส และการให้ความเป็นส่วนตัว หรือคลินิกเฉพาะโรค เป็นต้น สามารถมีผลทำให้เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสดีขึ้น

อย่างไรก็ตามการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอก็เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว ผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ระดับเชื้อไวรัสจะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย แต่แต่ละคนที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างน้อย 3 ชนิดขึ้นไป (HAART) มีการศึกษามากมายแสดงให้เห็นระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา: มากกว่า 10% ของผู้ป่วยที่มีรายงานว่าขาดยา 1 ครั้งหรือมากกว่าต่อวัน และมากกว่า 33% รายงานว่าขาดยาใน 2-4 อาทิตย์ที่ผ่านมา และมีการประมาณว่ามีผู้รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอเฉลี่ยอยู่ที่ระหว่าง 50-70 % ของผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกา (Chesney, 2000)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเป็นความสำเร็จ และได้ประโยชน์อย่างเต็มที่ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในทางตรงกันข้ามการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เชื้อไวรัสมีการกลายพันธุ์, มีการทำลาย CD4, การดำเนินของโรคเร็วขึ้น ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีประสิทธิภาพในการรักษาที่ยั่งยืนต่อไป

การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษา เนื่องจากไม่มีวิธีการใดที่จะเป็นมาตรฐานในประเมินได้อย่างถูกต้องแม่นยำเพียงอย่างเดียว ดังนั้นบางครั้งจึงต้องอาศัยการประเมินหลาย ๆ วิธี ซึ่งในปัจจุบันการประเมินการรับประทานยาต้านไวรัส สามารถประเมินได้จาก การบอกเล่าจากผู้ป่วย หรือจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (self report), การใช้ขวดยาอิเล็กทรอนิกส์ (electronic devices), การนับเม็ดยา (pill count) และการเจาะเลือด (biological makers) ซึ่งวิธีเหล่านี้มีข้อดี และข้อเสีย ดังนั้นจึงไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด ซึ่งบางครั้งอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกันในการประเมิน

การบอกเล่าจากผู้ป่วย (self report)

เป็นวิธีที่ผู้ป่วยจะถูกถามเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส จากการบอกเล่าของผู้ป่วยซึ่งเป็นการทบทวนเวลา ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ทบทวนเวลาในช่วง 4 วันที่ผ่านมา, 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา, 1 เดือนที่ผ่านมา หรือเมื่อเร็ว ๆ นี้ที่ผู้ป่วยรับประทานยา อย่างไรก็ตามวิธีนี้อาจทำให้ผู้ป่วยต้องคอยเฝ้าประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมากเกินไป จากการศึกษาพบว่า การบอกจากผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่มีอยู่จริงเมื่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ และไว้วางใจบุคลากรในทีมสุขภาพ การประเมินโดยการบอกจากผู้ป่วยสามารถประเมินเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจที่คลินิก และการประเมินโดยวิธีนี้สามารถได้มาซึ่งข้อมูลจาก

ผู้ป่วยได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์, การสังเกต แม้แต่การตั้งคำถามซึ่งอาจจะถามถึงจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทาน หรือถามถึงจำนวนปริมาณที่ผู้ป่วยรับประทานขาดไปก็ได้

ข้อดี ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และสัมพันธ์กับผลการตรวจไวรัส (การบอกถึงความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาจะเที่ยงตรงกว่าการบอกถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยา)

ข้อเสีย เป็นการทำให้ผู้ป่วยต้องเฝ้าประเมินมากเกินไป และต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรในทีมสุขภาพ

การใช้ขดยาลิเล็กทรอนิกส์ (electronic devices)

Medication Events Monitoring System (MEMS) เป็นขดยาที่ใส่เม็ดยา และฝังแผ่นคอมพิวเตอร์ (computer chip) ไว้ที่ฝาปิดของขวด เพื่อบันทึกวัน และเวลาของการเปิดและการปิดในแต่ละครั้ง MEMS สามารถบันทึกข้อมูลได้หลายอย่าง เช่น ปริมาณที่นำยาเข้า (intake), เวลาในการเปิด, การเว้นระยะของการเปิด (interval between doses) เป็นต้น และจากการศึกษาพบว่าการใช้ MEMS มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ระบบการทำงานนี้จะทำงานได้ดีสำหรับการรักษาด้วยยาบางอย่าง แต่ก็สามารถแสดงให้เห็นถึงปัญหาเมื่อถูกนำมาใช้ในการให้ยาด้านไวรัส 3 ชนิด (HAART) โดยที่ขดยาลิเล็กทรอนิกส์จะขาดความถูกต้องแม่นยำถ้าผู้ใช้หิบบามากกว่า 1 ครั้ง, ลืมปิดฝาขวด, ยาหาย หรือเก็บยามากกว่า 1 ชนิดในขวดเดียวกัน

ข้อดี มีความสัมพันธ์กับการตรวจปริมาณเชื้อไวรัสมากที่สุด และสามารถแสดงรายละเอียดของรูปแบบการรับประทานยาด้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

ข้อเสีย แพง ใช้ไม่ได้ผลหากเก็บยาไว้หลายชนิดในขวดเดียวกัน หรือหิบบาหลายครั้งในเวลาเดียวกัน ไม่สะดวกในการพกพา

การนับเม็ดยา (pill count)

การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจะวัดได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง เมื่อนับจำนวนเม็ดยาแล้วเหลือมากกว่าจำนวนที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อดี ง่าย ราคาไม่แพง และวิธีนี้สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไปทั้งหมดได้

ข้อเสีย อาจจะได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงถ้าหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไปโดยไม่ได้รับประทาน, ทิ้งยา หรือผู้ป่วยให้คนอื่นใช้ยาคั่ว หรือรินยาหกในกรณีที่เป็นยาน้ำ เป็นต้น

การเจาะเลือด (biological makers)

เป้าหมายของการรักษาด้วยยาด้านไวรัส คือการลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด การตรวจดูปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจึงเป็นการบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพในการรับประทานยาได้เป็น

อย่างดี แต่อย่างไรก็ตามบางคนถึงแม้จะรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอก็ยังมีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดที่สูงได้ในกรณีที่เกิดความล้มเหลวในการรักษา หรือการดูดซึมของยาได้ไม่ดี

ข้อดี เป็นการวัดปริมาณเชื้อไวรัสโดยตรงซึ่งประเมินได้ทั้งความสม่ำเสมอในการรับประทานยา, ปริมาณเชื้อไวรัส และความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ข้อเสีย แพง และบางครั้งไม่มีความจำเป็นถึงต้องเจาะเลือดเพื่อดูปริมาณเชื้อไวรัส โดยอาจดูจากปริมาณเม็ดเลือดขาวที่เพิ่มขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสมีวิธีการที่หลากหลาย ทั้งจากการบอกเล่าของผู้ป่วย การใช้ชุดยาอิเล็กทรอนิกส์ การนับเม็ดยา การเจาะเลือดตรวจดูปริมาณเชื้อไวรัส ซึ่งวิธีแต่ละอย่างจะมีข้อดีข้อเสียที่แตกต่างกันออกไป

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินโดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเมินตนเองถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

- 1) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาลักษณะเป็นเส้นตรง มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นของเส้นด้านซ้ายสุด) จนถึง 100 คะแนน (ปลายเส้นขวาสุด) ซึ่ง Walsh et al. (2002) ได้นำไปใช้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวน viral load ($p = .01$) ซึ่งสอดคล้องกับ Williams (2004) ที่นำมาวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยา HAART ในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับจำนวน viral load ($p < .05$)
- 2) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการประเมินเกี่ยวกับยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยบอกชื่อยา อธิบายลักษณะของยา (เช่น สี รูปร่าง ขนาด) บอกจำนวนเม็ดที่ต้องรับประทานในแต่ละครั้ง และจำนวนครั้งที่ต้องรับประทานยาในแต่ละวัน และการประเมินเกี่ยวกับความถี่ในการไม่รับประทานยาใน 7 วันที่ผ่านมา
- 3) แบบประเมินเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ประกอบด้วยเหตุผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เลือกตอบสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา
- 4) แบบประเมินความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยตัวเลือกเกี่ยวกับเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาคาดเคลื่อนจากแผนการรักษา นอกจากนี้ยังใช้การติดเชื่อนวโอกาสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อสนับสนุนผลการประเมินการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ ผลการติดเชื่อนวโอกาส ประเมินจากรายงานผลการตรวจบันทึกไว้ในรายงานประวัติการรักษาของผู้ป่วย โดยผู้ที่ให้ความร่วมมือในการ

รักษาถูกต้อง และสม่ำเสมอจะไม่มีรายงานการติดเชื้อฉวยโอกาสในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา นับจากการตรวจตามนัดครั้งที่แล้ว

ความรู้เรื่องโรค และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีอิทธิพลต่อการกินยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอด้วยเช่นกัน (Altice & Friedland, 1998) ความรู้เรื่องโรค และการรักษา เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส เช่น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หยุดกินยา เมื่อรู้สึกร่างกายดีขึ้นแล้ว มีอาการไม่ดีขึ้น หรือรู้สึกแย่ลง โดยไม่ทราบหรือไม่เข้าใจว่าเป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งหยุดกินยาเมื่อรู้สึกร่างกายดีขึ้นเพราะไม่ทราบว่ามีความจำเป็นต้องกินยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สามารถทำนายการรับประทานยาได้ดี

ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับ และเก็บรวบรวมได้ (Good, 1973) ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐานต่าง ๆ เป็นต้น (ประภาพร ฤทธิรงค์, 2526) ซึ่งการวัดว่าบุคคลมีความสามารถในการจดจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใดนั้นวัดได้จากความสามารถในการระลึกออกของบุคคลนั้น (บุญชม ศรีสะอาด, 2537)

ความรู้เรื่องโรค และการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Tauglicozzo, 1970) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นจุดสำคัญในการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา เพราะการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมมนุษย์ทางด้านพุทธิปัญญา (cognitive domain) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ และข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย (Bond & Hussar, 1991) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความรู้นั้นเป็นความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจ และนำไปใช้ได้จริงแล้วจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (นวลจันทร์ เจริญวานิชกิจ, 2531) ซึ่ง ชนิษฐ์ วโรทัย (2525) กล่าวว่าหากผู้ป่วยมีความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเอง และการรักษาพยาบาล นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยให้ลดลงแล้ว ผู้ป่วยยังจะทราบว่าตนเองปฏิบัติตัวอย่างไรในการแสดงออกถึงความร่วมมือในการรักษา กับแพทย์ และพยาบาล

การให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องให้กับผู้ป่วย (Wilson & Kneisl, 1996) เพราะการที่พยาบาลจะให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อการรับประทานยาด้วยตนเองนั้น นอกจากจะต้องให้ความรู้ และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ได้รับแล้ว ผู้ป่วยควรมีโอกาส

ซักถามข้อสงสัยในเรื่องการรักษาด้วยยา และการปฏิบัติตัวขณะที่ได้รับยา เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ให้ความร่วมมือในการรักษา(เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2536) ในการที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยานั้น สิ่งสำคัญผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เรื่องยาเสียก่อน เช่นเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส และต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และตลอดชีวิต โดยจากการศึกษาพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Mathew et al., 2002) และการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้เป็นอย่างดี (Mathew et al., 2002; Williams, 1997; Redmon, 1997; Stone, 2001)

การประเมินความรู้เรื่องโรค และการรักษา

โดยทั่วไปการประเมินผลในเรื่องความรู้จะใช้เกณฑ์ หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นส่วนประกอบในการประเมินผล ผู้ตัดสินอาจใช้เกณฑ์ที่ตนเองตั้งขึ้นมา (teacher-made test) หรือใช้เกณฑ์ที่ผู้อื่นตั้งขึ้น (standardized test) ก็ได้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538; สุพิน บุญวงศ์, 2536) ซึ่งแบบทดสอบทั้งสองประเภทนี้จะถามเนื้อหาเหมือนกันในเรื่องเดียวกัน คือ ถามสิ่งที่ผู้เรียนได้รับจากการเรียนการสอน โดยส่วนใหญ่ใช้แบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการวัดความรู้ โดยมีคุณภาพที่บ่งบอกว่าเป็นแบบทดสอบที่ดี คือ มีความตรง มีความเที่ยง มีความยากง่ายพอเหมาะ มีอำนาจจำแนก มีความเป็นปรนัย มีความหมายในการทดสอบ และสามารถนำไปใช้ได้ ส่วนแบบสอบถามที่นิยมนำไปใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามแบบเลือกตอบ (multiple choice item) เป็นแบบที่กำหนดให้ตั้งคำถาม และคำตอบจะต้องเลือกตอบตามคำถามที่กำหนดให้ ที่นิยมสำหรับนำมาใช้ในการวิจัย ได้แก่ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2535)

1. แบบสองตัวเลือก มีลักษณะแบบถูกผิดเป็นหลัก ใช้ถามข้อเท็จจริง และวัดความรู้ในระดับความจำ คำตอบที่กำหนดให้จะต้องถูกจริง หรือผิดจริง ข้อคำถามจะต้องชัดเจน ไม่เป็นประโยคปฏิเสธ ใช้ประโยคสั้น มีเนื้อความเดียวเว้นแต่การถามในลักษณะเหตุผล นิยมใช้ในการสัมภาษณ์ หรือใช้ส่งให้ประชาชนทั่วไปที่มีการศึกษาน้อยเป็นผู้ตอบ

2. แบบหลายตัวเลือก เป็นแบบที่กำหนดคำตอบให้มากกว่า 2 คำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว หรืออาจเลือกคำตอบที่ผิดก็ได้ แบบทดสอบแบบหลายตัวเลือกนี้นิยมใช้ส่งให้กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงเป็นผู้ตอบ

ลักษณะเด่นของแบบสอบถามแบบเลือกตอบอยู่ที่ผู้ตอบจะใช้เวลาส่วนมากไปในการอ่าน และคิด ส่วนการตอบใช้เวลาน้อย การตรวจ และการวิเคราะห์ทำได้ง่าย และสะดวก นิยมใช้ทั่วไปในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส ของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2546) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรค จำนวน 13 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส 12 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของ ยา 13 ข้อ ซึ่งถูกนำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 2 ท่าน พยาบาลประจำคณะพยาบาล 2 ท่าน พยาบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เฉพาะทาง 2 ท่าน โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส HAART จำนวน 48 ราย และ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส 19 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบาราศนราคร มีค่า สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นตามรายด้าน และโดยรวม ได้ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรค .73 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส .68 ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของการใช้ยาต้านไวรัส .79 และแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสโดยรวม .86 โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำนวน ทั้งหมด 38 ข้อ การให้คะแนนจะให้คะแนน 1 คะแนนในข้อที่ตอบถูก และให้คะแนน 0 คะแนนใน ข้อที่ตอบผิด และตอบไม่รู้

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล และไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความ เป็นจริงเสมอไป ความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้ตื้นๆ ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ความเชื่อเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (Rokeach, 1970) ความเชื่อหรือ ความรู้ตื้นๆ เป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว และเป็น องค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับ สถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมด้วย (สุริรา อายุวัฒน์, 2527) อาจกล่าวได้ว่าความเชื่อที่มี อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) ความเชื่อ ด้านสุขภาพเป็นความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และ การรักษา (Phipps, Long & Wood, 1983) บุคคลที่เชื่อว่าเมื่อเกิด โรคแล้วอาจเกิดความรุนแรง และ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต บุคคลนั้นก็จะมีความเชื่อในการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความรุนแรง ของโรค หรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้หายจากโรคนั้น ๆ เช่น ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุม หรือแก้ไขสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่ง ในขณะที่ผู้ที่เชื่อในโชคชะตาเคราะห์กรรม หรืออำนาจของผู้อื่น จะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอก และตนเองไม่ สามารถควบคุม หรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยเป็นอีกลักษณะ หนึ่ง ซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อ (กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2527)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิด และความเข้าใจนั้น ๆ

แนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพ

ในระยะ 30 ปี ที่ผ่านมามีนักวิชาการหลายท่านได้พยายามศึกษาถึงแบบแผนมโนทัศน์เพื่อใช้ในการอธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แบบแผนที่ได้รับและมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) โดยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีข้อตกลงเบื้องต้นว่า บุคคลจะแสวงหา และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ในด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ เช่น การไปรับการรักษาตามโรคที่แพทย์ตรวจพบภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะความเจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคในรูปของการป้องกันที่แนะนำ หรือการปฏิบัติตนนั้นมีราคาไม่สูงจนเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรค และความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาให้หายได้ และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหา รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคในการปฏิบัติตน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยองค์ประกอบดังกล่าวเป็นแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock) และในเวลาต่อมาเบคเกอร์ (Becker) ได้ขยายองค์ประกอบ และรายละเอียดเพิ่มขึ้น (Rosenstock, 1996; Becker, 1974 cited in Strecher & Rosenstock, 1997, pp. 42-43)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากทฤษฎีของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งเชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา หากไม่ปฏิบัติเช่นนั้น อาจเกิดผลเสียแก่ตนได้ จากแนวคิดจึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และได้มีการนำมาใช้ครั้งแรกโดย โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1974 cited in Strecher & Rosenstock, 1997, p. 42) เพื่ออธิบายปัญหาสาธารณสุขในปี ค.ศ.1950-1960 หลังจากนั้นได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของเลวินมาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจ และทฤษฎีการตัดสินใจ แล้วนำองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายถึงพฤติกรรม และการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า

การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และ ความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน (Maiman & Becker, 1974, p. 20) กล่าวคือ บุคคลที่จะ สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่ง ต่อไปนี้ว่า ตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น และเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรง รวมทั้งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัติกิจกรรมนั้นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ด้วย เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด ความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนั้นการปฏิบัติตนตามคำแนะนำจะเป็นประ โยชน์ ซึ่งจะช่วยลด โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้

ลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรค ยังประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยเอื้ออำนวย หรือชักนำให้ บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งลักษณะ โครงสร้างของแบบแผนความเชื่อดังกล่าวมีส่วนประกอบ ดังนี้ (Rosenstock, 1974; Maiman & Becker, 1974, pp. 21-22)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (readiness to take action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจ หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ สิ่งที่จะเป็นตัวกำหนด หรือตัดสินใจว่าเกิดความ พร้อม ได้แก่ การรับรู้ถึง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
2. การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (the individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงประ โยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และผลที่คาดว่าจะได้รับ มีมากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้ถึงประ โยชน์ของการปฏิบัติกับอุปสรรคที่ ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น การเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น
3. ปัจจัยที่มีการชักนำให้มีการปฏิบัติ (cue to action) หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาส หรือ หนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชน ต่าง ๆ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกตามที่กล่าวมานี้ยังไม่ ครอบคลุมเพียงพอ เพราะสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่านั้น ต่อมา มี นักวิชาการ และนักวิจัยหลายท่าน ได้พยายามศึกษา และเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ แตกต่างกันไป แต่ผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยได้ และบางครั้งผลการวิจัยก็มีความขัดแย้งกัน เบคเกอร์ (Becker) จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่ออธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นมาใหม่เพิ่มเติมจากที่โรเซนสตีลศึกษาไว้

ส่วนประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์มาจากทฤษฎีทางจิตวิทยา และพฤติกรรมที่มีแบบแผนหลากหลาย ซึ่งมีสมมุติฐานว่าพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ 2 ตัวแปรใหญ่ ๆ คือ ค่านิยมที่ตั้งไว้ของปัจเจกบุคคลที่มีต่อเป้าหมาย และการคาดคะเนของปัจเจกบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น (Maiman & Becker, 1974; Becker, 1990 p. 5) ตัวแปรทั้งสองได้นำมาใช้ในบริบทของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health-related behavior) โดยมีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ 1) ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือถ้าอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยก็มีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีห่างจากโรค 2) เชื่อว่าการปฏิบัติด้านสุขภาพจะป้องกันหรือยืดอายุความเจ็บป่วยได้ เช่น คาดคะเนว่าจะลดภาวะคุกคามของโรคได้โดยขึ้นอยู่กับปฏิบัติของแต่ละบุคคล

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย มีองค์ประกอบดังนี้ (Becker, 1990)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) คือ การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันออกไปบางคนเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่บางคนเชื่อว่าตนเองมีโอกาสรiskต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพได้ง่าย พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแน่นอนแล้วจะสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยได้ 3 ด้าน คือ (Becker, 1974)

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ในรายที่มีอาการหนัก ในรายที่ไม่ไว้วางใจแพทย์หรือวิธีการวินิจฉัยโรค หรือในรายที่มีความเชื่อผิด ๆ ในด้านสุขภาพอาจจะไม่ยอมรับในการวินิจฉัยนั้น และทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนต่อการเจ็บป่วยนั้นบิดเบือนไป

1.2 การคาดคะเนของผู้ป่วยต่อการเกิดความรุนแรงของโรคซ้ำ หรือการกลับเป็นซ้ำในรายที่เคยมีอาการมาก่อน

1.3 ความรู้สึกละเลยของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่น ๆ

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity) ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการประเมินผลของการเกิดโรคต่อตนเอง บุคคลต้องรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว

ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมด้วยจึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น (Becker, 1974)

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (perceived benefits) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา ความสามารถของแพทย์ในการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา (perceived barrier) คือ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะหากการปฏิบัตินั้นรบกวนต่อชีวิตประจำวัน หรือบุคคลที่ประสบกับความยากลำบาก ความไม่สะดวก หรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นตัวแปรที่สำคัญสามารถทำนายพฤติกรรมการ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ (cues to action) สิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ ที่มีได้ทั้งปัจจัยภายใน เช่น อาการของโรคที่เป็นจากประสบการณ์ของตนเอง หรือการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ สื่อมวลชน ประเภทต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น หรือการได้รับบัตรเตือนความจำจากบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามพบว่าความพยายามในการศึกษาปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ เพื่อใช้ทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพนี้ยังมีน้อย

6. ปัจจัยร่วมอื่น ๆ (other variables) ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษา และสถานภาพสมรส จะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา เช่นการรับประทานยาตามแผนการรักษา การยินยอมในการตรวจรักษา เป็นต้น รวมถึงโครงสร้าง และปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกลวิธีหนึ่งในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Lynn, 1995; Redmom, 1997; Stone, 2001; Williams, 1997) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย และทัศนคติเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่าสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ (Barbara, 1998; Mathew et al., 2002; Stone, 2001; Williams, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โมสทาชารี และคณะ (Mostashari et al., 1998) พบว่าการรับรู้

โอกาสเสี่ยงที่จะทำให้อาการของโรคแย่ลงมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ถูกคุมขังอยู่ในคุก จำนวน 102 ราย

เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสยังไม่มีรายงานศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่รับรู้ถึงความเสี่ยงของการติดเชื้อ และการติดเชื้อ โรคฉวยโอกาส หากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือการมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ และเสื่อมโทรมลงจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมที่เสี่ยงดังกล่าวข้างต้นว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยก็จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันปัญหาทางสุขภาพของนักวิจัยหลายท่าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเช่น การศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1977, pp. 348-368) พบว่าการรับรู้ของมารดาที่วัยรุ่นของตนมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกิน จะมีความร่วมมือในการควบคุมอาหาร และการมาตรวจตามนัด สอดคล้องกับ ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann, 1966) พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันอันตรายของโรค ในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติไข้รูมาติก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1990) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเดินออกกำลังกาย ฮาลาล (Hallal, 1982) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ

การศึกษาในประเทศไทย กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลเพชร จำนวน 100 คน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าผู้ป่วยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ในทางตรงข้าม สุภาพ ใบแก้ว (2528) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ ซึ่งมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่า และการศึกษาของ กอร์ดิจ และคณะ (Gordig et al.,

1969, pp. 957-968) พบว่ามารดาที่เชื่อว่าบุตรของตนที่มีโอกาสเป็นไข้รูมาติกได้อีก มีอัตราการให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าพวกที่ไม่เชื่อว่าบุตรของตนจะมีโอกาสเป็นไข้รูมาติกได้อีก

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เมื่อผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์รับรู้ถึงผลกระทบของการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอว่าอาจทำให้การดำเนินของโรคก้าวหน้ามากขึ้นจนอาจทำให้เสียชีวิต การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอมากเท่าใด จะยิ่งทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งจากรวบรวมงานวิจัยของนักวิจัยหลาย ๆ ท่าน โดย ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann, 1962) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ายูมาติกมีความรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพนิซิลลินเพื่อป้องกันโรคมมากขึ้น ชาร์นีย์ และคณะ (Charney et al., 1967) ซึ่งพบว่ามารดาที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ให้ความร่วมมือในการให้ยาบุตร นอกล้าน และคณะ (Nelson et al., 1978) พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยในประเทศไทย กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$, $p < .05$) แต่การศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) และ นิศยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดตามลำดับ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะป้องกันเชื้อโรคคือยา และ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ เมื่อมีการรับรู้ถึงผลดีของการกระทำจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาดีด้วย ตัวอย่างของการศึกษาด้านนี้ ได้แก่การศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker et al., 1978) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด และมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืดจะรู้ว่าโรคนี้ไม่สามารถหายไปได้เองได้ถ้าไม่ไปรักษา แต่จะหายได้จากการรับประทานยา และการไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด ซึ่งสอดคล้องกับ เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980) พบว่า การรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาลาล (Hallal, 1982) ที่พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และการศึกษาของ นิศยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์จะ

ให้ความร่วมมือในการรักษาดี แต่การศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2526) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ของผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาของ สุภาพ ใบแก้ว (2528) ก็พบว่า การรับรู้ในด้านนี้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเช่นกัน

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ในการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะการกระทำที่รบกวนต่อชีวิตประจำวัน การรับประทานยาที่มีจำนวนมาก ทั้งชนิด และจำนวนเป็นเวลายาวนาน รวมทั้งรับรู้ถึงผลกระทบของการได้รับยาต้านไวรัสทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สามารถทำงานได้ หากอาการรุนแรงมากขึ้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส อาจรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจนทำให้ดื้อยา และมีโอกาสติดเชื้อโรคฉวย โอกาสกลับซ้ำได้ การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก สิ่งเหล่านี้หากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอุปสรรค จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ดังการศึกษาของ คลิงเกอร์ (Klinger, 1984) พบว่าการปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากโรค หรือความเจ็บป่วย การหลงลืม หรือการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา เทอร์เรล และฮาร์ท (Tittell & Hart, 1980) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกกำลังกาย และ นิทยาภาสุนันท์ (2529) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี

จากการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยมีอิทธิพลโดยตรงต่อความร่วมมือในการรักษา ถ้าหากความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่จากผลของการศึกษาในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ย่อมจะมีผลต่อความความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยเช่นกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น โดยอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ถูกต้อง และไม่สม่ำเสมอ 2) การรับรู้ความรุนแรงของการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ถูกต้อง และไม่สม่ำเสมอ 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบด้านความคิด นิยมวัดออกมาในรูปแบบของ ทิศทางปริมาณ หรือขนาด ซึ่งสามารถวัดออกมาด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ วิธีการสังเกต วิธีการ สัมภาษณ์ และวิธีการใช้แบบสอบถาม ซึ่งการใช้แบบสอบถามนิยมใช้มากที่สุด การประเมินความ เชื่อด้านสุขภาพมีผู้สร้าง และพัฒนาเครื่องมือการประเมินไว้หลายรูปแบบ ดังนี้ นิตยา ภาณุพันธ์ (2529) สร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) สร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ทั้งสอง การศึกษาอิงกรอบของ ไมแมน และคณะ (Maiman et al., 1977) และ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่ง วัดความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง ของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคต่าง ๆ ต่อการรักษา ปัจจัยรวมที่เกี่ยวกับความร่วมมือ ในการรักษา และแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวในด้านสุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนการศึกษาของ กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) สร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคล้ายกับของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) แต่ปรับใช้มาตราส่วน ประมาณค่า จาก 5 เป็น 6 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยเล็กน้อย และ สมใจ ชัมวิทย์ (2531) สร้างรูปแบบ การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยอิงกรอบของ เบคเกอร์ (Becker et al., 1977) โดยความเชื่อด้านสุขภาพ 6 หมวด แต่มิได้มีลักษณะคะแนนเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ คือ ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

การรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องอาศัยปัจจัย ต่าง ๆ หลายปัจจัยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถรับประทายาต้านไวรัสได้ อย่างสม่ำเสมอตลอดไป โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ นั้นผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ครั้งนี้ดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว เป็นต้น ซึ่งเป็นความแตกต่างกันของแต่ละ บุคคล และต่างก็มีความสัมพันธ์กับการรับประทายาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอในลักษณะต่าง ๆ กัน ซึ่งยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับการรับประทายาต้านไวรัสอย่าง

สมน้ำเสมอ (Adriana et al., 2002) 2) ปัจจัยด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส: การรับประทานยาต้านไวรัสเป็นการรักษาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตจึงจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ ดังนั้นปัจจัยด้านนี้จึงขึ้นอยู่กับวิธีการที่เข้าสู่วางกาย ซึ่งปัจจัยด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่วนใหญ่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสมน้ำเสมอ ได้แก่ ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (สุภาพร แนวนุตร, 2548) แผนการรักษาของแพทย์ (Chesney, 2000) ระยะเวลาในการรักษา (Taylor & Littlewood, 1998) และจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน (Cramer et al., 1989)

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส: การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสมน้ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Mathew et al., 2002) และพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการช่วย ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสมน้ำเสมอของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้เป็นอย่างดี (Mathew et al., 2002; Williams, 1997; Redmom, 1997; Stone, 2001) เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยาต้านไวรัส และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสมน้ำเสมอ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสอย่างสมน้ำเสมอต่อเนื่อง

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์: ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่าสามารถทำนายความสมน้ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Barbara, 1998; Mathew et al., 2002; Stone, 2001; Williams, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โมสทาชารี และคณะ (Mostashari et al., 1998) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะทำให้อาการของโรคแย่ลงมีความสัมพันธ์กับความสมน้ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หญิงที่ถูกคุมขังอยู่ในคุก จำนวน 102 ราย และยังพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกลวิธีหนึ่งในการช่วยส่งเสริมความสมน้ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (Lynn, 1995; Redmom, 1997; Stone, 2001; Williams, 1997)

โดยสรุป จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ และมีอิทธิพลกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสมน้ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน คือการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งการได้รับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และต้องรับประทานยาให้ถูกต้อง และสมน้ำเสมอเพื่อให้ระดับยาคงไว้ในกระแสเลือดตลอดเวลา ซึ่งอาจส่งผลให้มีความรู้สึ

ท้อแท้ หมดหวังในการรักษา และอีกประการหนึ่ง ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสยังมีฤทธิ์ข้างเคียงมากมาย และมีความแตกต่างกัน อาจมีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสไม่ถูกต้อง และไม่สม่ำเสมอ จะส่งผลให้เชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และนำไปสู่การติดเชื้อต้านไวรัส ทำให้มีผลกระทบต่อการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอช ไอวี/เอดส์ และครอบครัว รวมทั้งรัฐบาลต้องใช้งบประมาณ และทรัพยากรมหาศาลในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้ จากผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ถึงความรุนแรง รับรู้ถึงประโยชน์ในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา และรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษา สิ่งเหล่านี้ผู้วิจัยเชื่อว่าอาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยพื้นฐานอีกหลายประการที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา แผนการรักษา ลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ ซึ่งพบว่าการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในต่างประเทศยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่ามีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพ กับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษาที่ดีต่อไป รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพ และให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องของความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพต่อไป