

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัย ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ลักษณะอาการเจ็บป่วย ความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแล และความสม่ำเสมอในการกินยา ต่อประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยกำหนดขอบเขตในการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อลำดับต่อไปนี้

1. แนวทางปฏิบัติโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชส์
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง
  - 2.1 ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล
  - 2.2 ลักษณะอาการเจ็บป่วย
  - 2.3 ความพึงพอใจคุณภาพการดูแล
  - 2.4 ความสม่ำเสมอในการกินยา
3. แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชส์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวทางปฏิบัติโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชส์

การให้บริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอชส์ในประเทศไทย โดยเฉพาะการให้บริการยาต้านไวรัส ได้มีการพัฒนาก้าวหน้าอยู่ในระดับต้น ๆ ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา การดำเนินงานโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชส์ มุ่งเน้นการพัฒนา ระบบการให้บริการและกำลังมุ่งไปสู่การประกันคุณภาพของการบริการและมาตรฐานระดับนานาชาติ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดโครงสร้างและแนวทางการดำเนินงานไว้ดังต่อไปนี้ กระทรวงสาธารณสุข (2547)

## 1.1 นโยบายการให้ยาด้านไวรัสเอดส์

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณสำหรับจัดหาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการป่วย ตั้งแต่ พ.ศ. 2534 ซึ่งต่อมาการสนับสนุนในด้านนี้ได้รับการพัฒนาเป็นการสนับสนุนผ่านเครือข่ายการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 เนื่องจากความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านยาต้านไวรัส และความสามารถในการผลิตยาต้านไวรัสภายในประเทศขององค์การเภสัชกรรมเป็นการพัฒนาแบบก้าวกระโดด ซึ่งมีผลทำให้ราคายาต้านไวรัสถูกลงกว่าเดิมมาก ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดหาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วยเอดส์ที่จำเป็นได้รับยา ในปลายปีงบประมาณ 2543 และปีงบประมาณ 2544 กรมควบคุมโรค จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้ยาด้านไวรัสเอดส์ด้วยสูตรการรักษาแบบสามชนิดพร้อมกัน (Triple therapy) และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาลเพื่อรองรับการบริการรักษาด้วยยาด้านไวรัส

กระบวนการของการพัฒนานี้ได้นำองค์ความรู้ทางด้านการวิจัยเข้ามาประยุกต์ใช้ มีการพัฒนาความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ในด้านระบบบริการทางการแพทย์และพยาบาล ด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านการให้คำปรึกษา และพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการเก็บข้อมูล ระบบการรายงานที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงระบบการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ และมีพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการอบรมทีมงานเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานทั้ง 5 ด้าน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ให้การปรึกษา และเภสัชกร พร้อมทั้งได้จัดทำคู่มือการดูแลรักษา คู่มือการปฏิบัติงาน แบบบันทึกและแบบรายงานแนวทางการติดตามผู้ป่วย เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน และเพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามกำกับและประเมินผล

ในปีงบประมาณ 2547 รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนงบประมาณ จำนวน 800 ล้านบาท เพื่อซื้อยาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วยโรคเอดส์ประมาณ 40,000 คน รวมทั้งงบที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund) ที่คาดว่าจะสามารถนำมาจัดหาต้านไวรัสอีก 10,000 คน รวมมีผู้ป่วยประมาณ 50,000 คน ที่จะมีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสในปีนี้ ซึ่งในเดือนเมษายน พ.ศ. 2547 มีหน่วยงานต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย เป็นเครือข่ายมากกว่า 800 หน่วยงาน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับประทานยาต้านไวรัสในโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 33,481 ราย และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่กำลังรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ ณ ปัจจุบัน จำนวน 29,547 ราย ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับบริการยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นทุกเดือน ดังนั้นคาดว่าในปลายปีงบประมาณ 2547 จะมีผู้ป่วยที่กำลังรับ

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งหมดจำนวนไม่น้อยกว่า 44,000 ราย และคาดว่าจะมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่จะได้รับยาต้านไวรัสจากระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ เช่น ประกันสังคม ระบบสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น ซึ่งสามารถเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสมากขึ้น และทำให้บรรลุเป้าหมายโครงการที่ตั้งไว้ในปี พ.ศ. 2547

อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต และประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับความครบถ้วนและต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญ เพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำที่สุดและไม่เพิ่มจำนวน นอกจากนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการดำเนินโครงการจึงต้องมีความพร้อมในหลายมิติของการให้บริการ ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ผู้ให้บริการ สถานบริการ นโยบาย และงบประมาณ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้มีความยั่งยืน ครอบคลุมผู้ป่วยอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน หน่วยงานต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ร่วมมือกันพัฒนาการดำเนินงาน เพื่อเตรียมการเข้าสู่ระบบบริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเต็มรูปแบบต่อไปในอนาคต

## 1.2 การพัฒนาโครงสร้างและระบบบริการ

ในปี พ.ศ. 2543 ได้มีการก่อตั้งเครือข่ายการวิจัยและการให้บริการบริการทางการแพทย์ โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ(เดิม) เพื่อพัฒนาโครงสร้างการให้บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม และส่งเสริมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีหน่วยงานต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลในเครือข่ายทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม สถาบันวิจัย องค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก(WHO) เข้าร่วมด้วย เป็นต้น โดยในระยะแรกได้มีการวิจัยและพัฒนาการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยยาสองชนิด ในระบบเครือข่ายการวิจัยและการให้บริการทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นถึงกระบวนการวิจัยและพัฒนาบุคลากรในสายงานต่าง ๆ ต่อมากรมควบคุมโรคติดต่อได้มีนโยบายขยายเป้าหมายการให้บริการจากมุ่งเน้นการวิจัยมาสู่โครงการนโยบายนำร่อง เพื่อการบริการด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบสามชนิดร่วมกันมีเป้าหมายการให้บริการ 3,000 รายทั่วประเทศ โดยใช้ชื่อโครงการดังกล่าวว่า “Access to Care” เป้าหมายการให้บริการให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำนวน 119 แห่ง กำหนดแนวทางการบริหารโครงการขยายโอกาสเข้าถึงการบริการยาต้านไวรัสเอดส์ “Access to Care” ไว้ดังนี้

1. การพัฒนาสูตรการรักษาด้วยยา 8 สูตร สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ได้พัฒนามาจากผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ทั้งนี้ สูตรการรักษาในเด็กได้มีการพัฒนาสูตรการรักษาอีก 12 สูตรเช่นกัน โดยได้อ้างอิงตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีบริการอยู่ในประเทศขณะนั้น

2. การกำหนดเกณฑ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
3. การกำหนดแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ การวินิจฉัย การติดตามผลข้างเคียง อาการแทรกซ้อน รวมทั้งการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
4. การกำหนดแนวทางการสนับสนุนทางเภสัชกรรม การแลกเปลี่ยน และการเก็บรักษาเวชภัณฑ์ยาในโครงการ
5. การพัฒนาแนวทางการให้การปรึกษา และแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
6. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการวิจัย และการบริการในโครงการ
7. การพัฒนาหลักสูตรการอบรมแก่บุคลากรในเครือข่ายการวิจัยและการให้บริการทางการแพทย์ในระดับประเทศ

พ.ศ. 2546 การขยายเป้าหมายการบริการแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลก จำนวน 13,000 ราย ปรับหลักสูตรการรักษาสำหรับผู้ใหญ่เป็น 3 สูตร ปีพ.ศ. 2547 มีนโยบายที่จะขยายโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ให้มากขึ้น และได้ตั้งเป้าหมายการบริการให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 50,000 ราย และได้เปลี่ยนชื่อโครงการเป็น “โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” (National Access to Antiretroviral Program for PHA : NAPHA) โดยทิศทางและแนวทางการดำเนินงานในโครงการ NAPHA นี้มีประเด็นมุ่งเน้นเพิ่มเติมจากโครงการ Access to Care ดังนี้

1. มุ่งเน้นการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและลดปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต
2. พัฒนาโครงสร้างและรากฐานของการบริการเพื่อนำเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ
3. การบูรณาการการให้บริการยาต้านไวรัสที่ดำเนินการอยู่โดยหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีความใกล้เคียงกัน เพื่อให้การบริการเป็นไปด้วยมาตรฐานเดียวกัน เช่น โครงการบริการยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ประกันตน โดยสำนักงานประกันสังคม เป็นต้น
4. การพัฒนาระบบประกันคุณภาพการให้บริการ

### 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย และการดำเนินงานในระดับเขต ระดับจังหวัด และโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านนโยบาย
2. การบริหารจัดการด้านบุคลากร งบประมาณ สิ่งสนับสนุนต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

3. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการเตรียมความพร้อมของระบบบริการ
4. การพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของบุคลากรด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
5. การติดตามผลการรักษา มีระบบการรายงาน และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
6. การทำงานเป็นทีม มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การวางแผนการดำเนินงานแบบบูรณาการ รวมทั้งการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
7. การวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการดูแลรักษาและกลไกทางเศรษฐศาสตร์

#### 1.4 บทบาทและแนวทางก่อนการดำเนินโครงการ

1. การนำเสนอโครงการต่อผู้บริหาร เพื่อขอรับนโยบายและแนวทางการดำเนินงานซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน
2. การประสานงาน/สร้างทีมงานสหวิชาชีพ 5 ด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ให้บริการปรึกษา และเจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อความเข้าใจและได้รับข้อมูลที่ตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการ การมีส่วนร่วม และบทบาทหน้าที่ของบุคลากร
3. การวางแผนแนวทางการดำเนินงานของสถานพยาบาล ได้แก่
  - : การจัดระบบบริการที่สนับสนุนต่อการให้บริการของบุคลากรและการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยพิจารณาในประเด็นของการจัดตั้งเอชไอวีคลินิก, One-stop Service, การผสมผสานกับระบบบริการเดิม
  - : ร่วมกับคณะทำงานพิจารณาคุณสมบัติที่เหมาะสมของผู้รับยาต้านไวรัสนอกเหนือจากเกณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้กำหนดไว้ในโครงการฯ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้รับยา
  - : การจัดตั้งคณะกรรมการระดับพื้นที่ เพื่อร่วมคัดกรองผู้สมัครที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการรับประทานยาต้านไวรัส
4. การประชาสัมพันธ์โครงการ เช่น เสียงตามสาย สื่อสิ่งพิมพ์ ผ่านกลุ่ม/เครือข่ายผู้ติดเชื้อ

#### 1.5 บทบาทและแนวทางระหว่างดำเนินโครงการ

1. การรับสมัครและการคัดกรองผู้สมัครเข้าโครงการโดยคณะกรรมการ หรือทีมงาน
2. ดำเนินการให้บริการยาต้านไวรัส
3. การจัดทำรายงานและประเมินการดำเนินโครงการ ในประเด็นของ
  - : จำนวนผู้รับยาในโครง
  - : คุณภาพการบริการ
  - : การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

4. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการให้บริการ และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ

## 1.6 แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโครงการ

### 1. กลุ่มเป้าหมาย (Target Group)

1. กลุ่มที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อการรักษามาก่อน
  - 1.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไป
  - 1.2 หญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. กลุ่มที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน
  - 2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังรักษาด้วยยา GPO-VIR โดยที่อาการทางคลินิกและ CD 4 บ่งชี้ว่าการรักษายังได้ผลคืออยู่
  - 2.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบสองชนิดพร้อมกัน (Dual Therapy) มาก่อน และมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 copies/ml และไม่มีประวัติเคยคือยาในกลุ่ม NRTI หรือ NNRTI มาก่อน (ในกรณีที่เคยได้รับการตรวจ Genotypic Assay หากการคือยามาก่อน)
  - 2.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรแรกเพียงสูตรเดียวเป็นแบบสามชนิดพร้อมกัน (Triple Therapy) มาก่อน และไม่เคยเปลี่ยนสูตรยามาก่อน และมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 copies/ml

### 2. จุดเริ่มต้นและคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะเข้าโครงการ

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไป จะเข้าโครงการเมื่อมีคุณสมบัติเหมาะสมต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
- หญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีจะเข้าโครงการเมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ก่อนคลอด หรือตรวจหลังคลอดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ในกรณีที่หญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้แก่ สามี และลูก ยังไม่มีคุณสมบัติเหมาะสมต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อเข้าโครงการจะได้รับการดูแลอื่นตามแนวทางการดูแลในโครงการการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การได้รับการตรวจ CD4 ซ้ำทุก 6 เดือน การให้การปรึกษาแนะนำเพื่อให้มีสุขภาพดี การวางแผนครอบครัว เมื่อมีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ต่อการให้ยาต้านไวรัส เช่น CD4 < 200 cell/cu.mm. จึงเริ่มให้ยาต้านไวรัสเอดส์

3. ข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน (Naive) ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (Inclusion criteria)

สำหรับผู้ใหญ่

1. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เนื่องจากมีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ (AIDS-defining illness)

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ร่วมกับมีค่า CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 250 cell/cu.mm.

- Oral candidiasis or hairy leukoplakia
- Herpes zoster more than 1 dermatome
- Central nervous system dysfunction\*
- Diarrhea for more than 1 month\*
- Fever for more than 1 month\*
- Cachexia or more than 10% weight loss\*
- Asthenia more than 1 month\*
- Persistent dermatitis more than 1 month\*
- Anemia, lymphopenia, thrombocytopenia\*
- Persistent cough or any pneumonia more than 2 months (except TB)\*
- Lymphadenopathy more than 1 cm. At least 2 noninguinal sites for more than 1 month\*

หมายเหตุ \* ได้ทำการสืบค้นแล้ว ไม่พบสาเหตุอื่น ๆ ที่สามารถอธิบายอาการดังกล่าวได้

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ แต่มีค่า CD4 น้อยกว่า 200 cell/cu.mm.

หมายเหตุ การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ ใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยตามนิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506/1) ของสำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

4. ข้อบ่งชี้ในการไม่คัดเลือกผู้ป่วย สำหรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (Exclusion criteria)

1. มีประวัติแพ้สารใด ๆ ที่เป็นส่วนประกอบในสูตรยา
2. ไม่พร้อมที่จะรับการรักษอย่างต่อเนื่อง และไม่พร้อมที่จะให้ติดตามผลการรักษาได้
3. ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์จากวัณโรคปอดที่มี CD4 มากกว่า 250 cell/cu.mm.

## 5. สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ (Drug regimens)

5.1 .ในกรณีที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน (naïve) รายใหม่  
สำหรับผู้ใหญ่

สูตรที่ 1. d4T+3TC+NVP (GPO-VIR)

สูตรที่ 2. 2.1 d4T+3TC+EFV ใช้ในกรณีที่มีอาการข้างเคียงและ/หรือแพ้ยา NVP

2.2 AZT+3TC+NVP ใช้ในกรณีที่มีอาการข้างเคียงและ/หรือแพ้ยา d4T  
ในกรณีที่มีผลข้างเคียงจากยา d4T แต่สามารถควบคุมระดับปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้ < 50  
copies/ml อาจพิจารณาลดขนาด d4T ลง เช่น จาก GPO-VIR 40 ลดเป็น GPO-VIR 30 หรือต้องแยก  
ยาออกเป็น d4T, 3TC และ NVP และลด d4T เป็น 15 หรือ 20 mg ทุก 12 ชั่วโมง

2.3 AZT+3TC+EFV ใช้ในกรณีที่มีอาการแพ้ยา NVP และ d4T

สูตรที่ 3 d4T+3TC+IDV/RTV หรือ AZT+3TC+IDV/RTV

5.2 .ในกรณีที่มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยา GPO-VIR โดยที่อาการ  
ทางคลินิกและ CD4 บ่งชี้ว่าการรักษายังได้ผลคืออยู่

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบสอง  
ชนิดพร้อมกัน (Dual Therapy) มาก่อน และมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด น้อยกว่า 50 copies/ml  
และไม่มีประวัติเคยคือยาในกลุ่ม NRTI และ NNRTI มาก่อน (ในกรณีที่เคยได้รับการตรวจ Genotype  
Assay หากการคือยามาก่อน)

- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรแรก  
เพียงสูตรเดียวเป็นแบบสามชนิดพร้อมกัน (Triple Therapy) มาก่อนและไม่เคยเปลี่ยนสูตรยามาก่อน  
และมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด น้อยกว่า 50 copies/ml ให้ใช้ยา d4T+3TC+NVP (GPO-VIR) เป็น  
สูตรแรก

5.3 ในกรณีที่มีผู้ป่วยเดิมอยู่ที่โครงการ Access to Care ปี 2544

(ผู้ใหญ่ 8 สูตร และเด็ก 12 สูตร)

ผู้ป่วยเดิมอยู่ในโครงการและมีความสมัครใจที่จะเปลี่ยนมารับยาต้านไวรัสสูตร  
d4T+3TC+NVP (GPO-VIR) ให้ตรวจหาปริมาณไวรัสในกระแสเลือด

- ถ้าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด <50 copies/ml ให้เปลี่ยนสูตรยาเป็น GPO-VIR

- ถ้าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด >1,000 copies/ml ให้ตรวจ Genotypic Assay เพื่อหาการ  
คือยาต้านไวรัส ถ้าไม่มีการคือยาในกลุ่ม NNRTI หรือ NRTI ให้เปลี่ยนสูตรยาเป็น GPO-VIR

- ถ้าปริมาณไวรัสในกระแสเลือดอยู่ระหว่าง 50 – 1,000 copies/ml ให้ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาการรักษาที่เหมาะสมร่วมกับสำนักโรคเอดส์วัน โรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไป จะเห็นได้ว่าสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับมี 3 สูตรหลักด้วยกันซึ่งการพิจารณารักษาขึ้นกับสภาพร่างกายที่ตอบรับผลของยาในแต่ละคนที่แพทย์พิจารณาเลือกสูตรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยนั้น ๆ การศึกษาครั้งนี้เป็นการติดตามผลการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและให้ผลต่อการกินยาตามสูตรที่เหมาะสมของคนไม่ได้แยกกลุ่มสูตรยาแต่จะใช้หลักการในการประเมินผู้ป่วยที่กล่าวถึงต่อไป

#### 6. การประเมินผู้ป่วยก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ (Initial evaluation)

การประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ทุกรายจะมีการประเมินในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ชักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียด ข้อมูลบางอย่างที่ควรซักประวัติเพิ่มเติมมีดังนี้

- 1.1 ประวัติอาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- 1.2 ประวัติการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผ่านมา
- 1.3 อาการปัจจุบันที่อาจต้องการการรักษาก่อน
- 1.4 โรคที่เป็นอยู่เดิมที่อาจมีผลต่อการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
- 1.5 ชั่งน้ำหนัก ตรวจร่างกายตามระบบต่าง ๆ เพื่อประเมินระยะของโรค และโรคแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยอาจจะมีหลบซ่อนอยู่

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำทุกรายก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ ผลการตรวจเลือด Anti-HIV, CD4, CBC, SGPT และ ตรวจเอ็กเซอร์เรย์ปอดทุกราย การตรวจอื่น ๆ อาจทำในผู้ติดเชื้อบางราย ได้แก่ Hepatitis propilr, creatinine, lipid profiles, viral load, resistance testing (ในกรณีที่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน และตรวจพบปริมาณไวรัสในกระแสเลือด > 1,000 copies/ml)

7. การติดตามการดูแลรักษา จากคู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน โครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ได้กำหนด สิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ไว้ประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

#### 7.1. การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้ได้ผลดีกับผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างน้อยร้อยละ 95 แปลว่าถ้าผู้ป่วยต้องรับประทานยา วันละ 2 ครั้ง จะต้องขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน การที่จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง คือผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับประทานยา ยาที่ได้ไม่รบกวนชีวิตความเป็นอยู่มากเกินไป ผู้ป่วยเข้าใจดีว่าการขาดยาบ่อย ๆ

จะทำให้เกิดเชื้อไวรัสดื้อยาและนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว มีคู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัว สนับสนุน และผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้โดยไม่ต้องหลบซ่อน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ต้องพิจารณา ตั้งแต่ก่อนจะเริ่มให้การรักษาผู้ป่วย

### 7.2. การติดตามประสิทธิภาพในการรักษา

การติดตามประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีในปัจจุบัน คือการวัดปริมาณไวรัส และการวัดระดับ CD4 การใช้ระดับ CD4 ที่บ่งบอกว่าร่างกายมีการตอบสนองต่อผลการรักษาที่ดี ได้แก่ ระดับ CD4 เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 100 – 150 cell/cu.mm. ต่อปี (DHHS, 2005) การวัดปริมาณไวรัสเป็นดัชนีที่บอกราคาเงินของโรคได้แม่นยำกว่าการวัดปริมาณ CD4 และมีความไวในการเปลี่ยนแปลงมากกว่า CD4 จะพบว่าการเพิ่มขึ้นเมื่อเริ่มมีความล้มเหลวจากการรักษาเร็วกว่าการลดลงของ CD4 โดยปกติ ควรตรวจวัดปริมาณไวรัสก่อนการรักษา หลังการรักษา 8-12 สัปดาห์ และต่อไปทุก ๆ 6 เดือน การตรวจหลังเริ่มการรักษา 8-12 สัปดาห์ มีความสำคัญมากในการบอกว่าสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยหรือไม่ ผู้ป่วยมีเชื้อไวรัสดื้อยาแต่แรกหรือไม่ การตรวจระดับ CD4 มีความสำคัญในการติดตามระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยและบ่งชี้ว่าเมื่อใดที่สามารถหยุดการกินยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (OI prophylaxis) แต่ละชนิดได้

ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจวัดปริมาณไวรัสได้ การวัดปริมาณ CD4 ยังเป็นดัชนีที่สำคัญในการติดตามประสิทธิภาพในการรักษา และให้สงสัยว่าผลการรักษาล้มเหลวถ้าปริมาณ CD4 เริ่มกลับมาลดลงใหม่หรือเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การติดตามน้ำหนักของผู้ป่วย จะเห็นได้ชัดในรายที่น้ำหนักลดลงมากก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพราะถ้าการรักษาได้ผล น้ำหนักของผู้ป่วยจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

### 7.3. การติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา

ทุกครั้งที่พบผู้ป่วย แพทย์จะต้องทราบว่ายาแต่ละตัวจะมีผลข้างเคียงในระยะสั้นและระยะยาวอะไรบ้าง และต้องคอยมองหาสิ่งนั้น เช่น ผู้ป่วยที่กิน AZT จะต้องคอยตรวจตาทุกครั้งว่าซีดหรือไม่ ผู้ป่วยที่กิน d4T โดยเฉพาะถ้ากินมานาน ต้องซักถามว่ามีอาการหอบเหนื่อย เหนื่อยเพลีย หรือเมื่อสำหรือไม่ ถ้ามีอาการต้องสงสัย lactic acidosis ซึ่งการตรวจดู electrolyte จะพบเบื้องต้นว่ามี  $\text{HCO}_3^-$  ต่ำ และในผู้ป่วยที่กิน Protease inhibitor อาจจะต้องตรวจระดับ Glucose, Cholesterol และ Triglyceride เป็นระยะ เพื่อประเมินภาวะ Hyperglycemia และ Hyperlipidemia การที่แพทย์ให้ความรู้ผู้ป่วยตั้งแต่ต้นว่ายาแต่ละชนิดจะมีผลข้างเคียงในระยะสั้นและระยะยาวอะไรบ้าง จะทำผู้ป่วยช่วยรายงาน เมื่อมีความผิดปกติตั้งแต่ต้นได้

### 7.4. การติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษา

ในระหว่างที่ติดตามอาการ ควรประเมินว่าผู้ป่วยมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้นหรือไม่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังมีปริมาณ CD4 ก่อนข้างต่ำ เพราะยังเกิดขึ้นได้ในระหว่างที่รอให้การรักษาทำให้ปริมาณ CD4 สูงขึ้น ผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้นใหม่ ๆ ในช่วง 3 เดือนแรก ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจาก Immune Reconstitution Syndrome อีกด้วย

## 1.7 แนวทางปฏิบัติเมื่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีล้มเหลว

### 1. ความหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีล้มเหลว

เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี คือ การลดปริมาณไวรัสให้ได้มากที่สุด (Maximal suppression) และนานที่สุด (durable suppression) การฟื้นคืนและคงสภาพของระบบภูมิคุ้มกัน การให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดโอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือตายที่เกิดจากโรคสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี เช่น โรคติดเชื้อฉวยโอกาส มะเร็งของต่อมน้ำเหลือง (malignant lymphoma) เป็นต้น โดยหลักการแล้วการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีล้มเหลวจึงเป็นการที่ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

ข้อบ่งชี้ที่บ่งบอกว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีครั้งแรก (Initial regimen) ล้มเหลว คือ

1. ไม่สามารถลดปริมาณไวรัสได้ดีพอ คือหลังจากให้ยานาน 24 สัปดาห์แล้วยังไม่สามารถลดปริมาณไวรัสถึงระดับที่นับไม่ได้ (Undetectable)
2. ลดปริมาณไวรัสได้ดีแล้วกลับมีปริมาณสูงขึ้นใหม่ คือ หลังจากที่สามารถลดปริมาณไวรัสถึงระดับที่นับไม่ได้แล้วระยะหนึ่ง มีปริมาณไวรัสกลับสูงขึ้นให้นับได้ใหม่ โดยเฉพาะถ้ามากกว่า 1,000 copies/ml
3. มีภูมิคุ้มกันคือค่า CD4 ลดลงต่อเนื่อง (immunologic failure) สำหรับผู้ใหญ่ ค่า CD4 ลดลงมากกว่า 30% จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน (ทั้งนี้ให้ดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของ %CD4 ร่วมด้วย)
4. มีอาการทางคลินิกกลับมาใหม่ (clinical failure) ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่ในระหว่างการรักษา (ยกเว้นวัณโรคปอด) เช่น หลังเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการเรื่อยๆ อ่อนเพลีย มีไข้เรื้อรัง หรือเกิด Cryptococcal meningitis ขึ้น หรือในเด็กมีการเปลี่ยนแปลง Clinical Classification ไปในทางเลวลง เช่น จาก A เป็น B หรือจาก B เป็น C เป็นต้น โดยที่แพทย์ผู้ดูแลจะต้องรู้จักอาการป่วยจากภาวะ Immune Reconstitution Syndrome เพื่อที่จะได้แยกอาการป่วยจากการรักษาล้มเหลว กล่าวคือ การเกิดอาการป่วยจาก Immune Reconstitution Syndrome มักจะเกิดขึ้นในช่วง 2-3 เดือนแรกของการรักษาซึ่งเกิดจากการที่มีระบบภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้นในช่วงแรกแล้วตอบสนองต่อเชื้อจุลชีพที่หลงเหลืออยู่ในร่างกาย (reactive immunological response) ดังนั้น ข้อสังเกต คือ ถ้าผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หลังการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่ ๆ อย่า

เพิ่งค้นพบว่าการรักษาล้มเหลว และมีข้อสังเกตว่าถ้าเตรียมผู้ป่วยให้ดีก่อนการเริ่มรักษา ตรวจคัดกรองการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ เป็นอย่างดี จะพบอาการป่วยจาก Immune Reconstitution Syndrome Immune น้อยกว่า

## 2. ปัจจัยที่มีผลทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลว

ปัจจัยต่าง ๆ ที่พบว่าที่ส่งเสริมให้การรักษาล้มเหลวได้ คือ

### 1. ประสิทธิภาพของยา/สูตรยาที่ให้ไม่เพียงพอ (Insufficient antiviral potency)

ถ้ายาและสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะลดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ จะทำให้เกิดการคัดเลือก (Selection) ของไวรัสดื้อยาและมีการเพิ่มปริมาณอย่างรวดเร็ว ปริมาณ CD4 จะค่อย ๆ ลดลง ทำให้ประโยชน์ทางคลินิกจากการรักษามีเพียงช่วงสั้น ๆ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นจากการใช้ยาแบบ monotherapy, dual therapy และ triple-drug regimens ที่ไม่เหมาะสม การให้ขนาดยาหรือวิธีการกินยาที่ไม่ถูกต้อง

### 2. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Poor adherence)

เนื่องจากปริมาณไวรัสมีการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วในร่างกาย โดยมีการสร้างไวรัสประมาณ  $10^{10}$  อนุภาคต่อวันถ้าไม่ได้รับการรักษา ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่มี half-life สั้นและต้องกินบ่อยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การกินยาที่ไม่สม่ำเสมอแม้แต่การขาดยาเพียง 1 ครั้ง ก็จะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณไวรัส และก่อให้เกิดไวรัสดื้อยาได้ การหาสาเหตุว่าทำไมผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ เช่น ไม่เข้าใจวิธีการกินยา ทนผลข้างเคียงของยาไม่ได้ ไม่มีเงินซื้อยา ต้องคอยกินยาในที่ลับตาผู้อื่น เป็นต้น จะช่วยลดปัจจัยนี้ได้ และเมื่อเกิดความล้มเหลวจากการรักษาแล้ว จะต้องกลับมาดูปัจจัยเหล่านี้ให้ละเอียดใหม่ทุกครั้ง เพราะมักจะเกิดขึ้นอีกในการรักษาครั้งต่อไป

### 3. ปัจจัยทางเภสัชวิทยา (Pharmacologic factors)

การเลือกให้ยาแต่ละตัวจำเป็นต้องรู้จักปัจจัยทางเภสัชวิทยาเป็นอย่างดี ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยคือ การใช้ยาโดยไม่ทราบปฏิกิริยาระหว่างยาและจากอาหารที่มีผลต่อการดูดซึมและการทำลายยาในร่างกาย เช่น การใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ร่วมกับยาด้านวัณโรค การใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ร่วมกับยาลดไขมัน เป็นต้น และไม่ได้เน้นผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอย่างถูกวิธี เช่น ก่อนหรือหลังอาหาร และข้อปลีกย่อยอื่น ๆ ของยาเฉพาะแต่ละตัว เช่น การรับประทาน Didanosine (ddI) ชนิดเม็ดต้องรับประทานครั้งละอย่างน้อย 2 เม็ดเสมอไม่ว่าจะใช้ขนาดใดเพื่อให้ปริมาณ buffer เพียงพอ เป็นต้น

### 4. ระยะของโรคติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นมากแล้ว (Advance disease)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่มีอาการมากและระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำมากแล้วอาจได้ผลไม่ดีหรือล้มเหลว ส่วนหนึ่งอาจเป็นจากการที่ระดับ CD4 ในร่างกายต่ำเกินไป และ

มีปริมาณไวรัสสูงมากจนไม่สามารถเพิ่มระดับ CD4 ได้ และ/หรือผลเป็นจากการที่ผู้ป่วยเหล่านี้ มักจะมีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้

#### 5. การดื้อยาที่มีอยู่ก่อน (Pre-existing mutation)

ผู้ป่วยที่ได้รับไวรัสเอชไอวีที่ดื้อยามาจากผู้อื่นตั้งแต่เริ่มติดเชื้อ เช่น อาจได้รับเชื้อมาจากผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อยู่ โดยเฉพาะถ้าเป็นยา/สูตรยาที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอหรือผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและก่อให้เกิดการดื้อยา

การเกิดไวรัสดื้อยาในทางคลินิกอาจเกิดจากการมีหลาย ๆ ปัจจัยข้างต้นร่วมกัน เมื่อมีการดื้อยาเกิดขึ้น จะทำให้ปริมาณไวรัสกลับมาสูงขึ้น ระดับภูมิคุ้มกันต่ำลง ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตในที่สุด

### 1.8 ข้อบ่งชี้ในการสิ้นสุดการรักษา

- การรักษาล้มเหลว
- ผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการข้างเคียงจากยาได้
- ผู้ป่วยขอลอนตัวออกจากโครงการ
- ผู้ป่วยไม่มาตามนัด และ/หรือไม่ได้กินยาต้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่องนานเกิน 7 วัน โดยไม่มีสาเหตุ (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา)
- เสียชีวิต

## 2. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ

จากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยโดย Lckovics และ Meade (2002) สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ประกอบด้วยปัจจัย 5 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

### 2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

#### 1. ลักษณะส่วนบุคคล

1.1 ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่ยังไม่พบว่าลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อ

เนื่อง สม่่าเสมอในการรับประทานยาอย่างแน่ชัด จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนลงไปว่า ลักษณะประชากรต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่่าเสมออย่างไร

1.1.1 อายุ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Ammassari et al., 2001 ; Gorillo et al., 1999 ; Howard et al., 2002 ; และ Spine et al., 2002) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ารับประทานยาครบถ้วน และต่อเนื่องสม่่าเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Darder et al., 2004 ; Hinkin et al., 2002 ; Mannheimer et al., 2002 ; Schectman et al., 2002 ; และ Stone et al., 2001) ดังนั้นผู้ป่วยซึ่งมีอายุน้อยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ก็อาจมีปัญหาไม่สามารถรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่่าเสมอได้ อาจเนื่องจากการมีวุฒิภาวะน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความรับผิดชอบน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า

1.1.2 เพศ เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) รายงานว่าผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิงร่วมมือในการรักษาดีกว่าเพศชายและมีการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพศหญิงรับประทานยาสม่่าเสมอดีกว่าเพศชาย (Vicke & Bolton, 2002 ; วันทนา มณีวงศ์กุล และคณะ 2547 ; และ Darder et al., 2004) แต่ Fogarty และคณะ (2002) ทบทวนผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า เพศหญิงและชายรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่่าเสมอไม่แตกต่างกัน

1.1.3 การศึกษา Golin และคณะ (2002) รายงานว่า ผู้มีระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่่าเสมอ ในขณะที่ Gifford และคณะ (2000) และ Daeder และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่่าเสมอ มีระดับการศึกษาต่ำ และกลุ่มผู้ป่วยที่เรียนจบระดับอุดมศึกษา สามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่่าเสมอดีที่สุด (Gordillo et al., 1999)

1.1.4 อาชีพ การศึกษาวิจัยโดยพัฒนา โพรธีแก้ว (2537) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคซึ่งไม่ได้ทำงาน (ทำไม่ไหว) ให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาระต้องทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งไม่ได้ทำงานรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่่าเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาระต้องทำงาน ในขณะที่ Gordillo และคณะ (1999) พบว่า ผู้ป่วยที่มีงานทำสามารถรับประทานยาสม่่าเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ม้งานทำ และ Ammassari และคณะ(2001) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ม้งานทำมักจะรับประทานยาไม่สม่่าเสมอ

1.1.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ จิราลักษณ์ ผดุงสมัย และคณะ (2532) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาไม่หายขาดส่วนใหญ่มีฐานะยากจน สอดคล้องกับการศึกษาของเกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) ซึ่งพบว่าผู้

ป่วยโรคที่รักษาไม่ครบหรือไม่สม่ำเสมอในการรักษามักมีรายได้น้อย พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) รายงานว่าการมีรายได้ที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรค นอกจากนี้ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่าร้อยละ 6.4 ของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้เหตุผลว่าไม่มีเงินซื้อยา Bonolo และคณะ (2004) พบว่า การไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อ เช่นเดียวกับ Kleeber และคณะ (2001) ซึ่งพบว่าการมีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และ Brigido และคณะ (2001) พบว่าการที่ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ไม่มีค่าเดินทางมารักษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้เช่นกัน นอกจากนี้ Spire และคณะ (2002) ก็พบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐฐานะไม่ดีมีโอกาสที่จะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะดีกว่า

1.2 ความเชื่อ ทศนคติ และแรงจูงใจ ความเชื่อที่ถูกต้องและทศนคติที่ดีต่อการรักษาเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องได้ การศึกษาของเกื้อกุล ถนอมกิจ (2543) พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีความคิดเห็นและความเชื่อว่า โรคที่ตนเป็นไม่สามารถที่จะรักษาให้หาย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายได้และถ้าเป็นมากขึ้นอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเท่าที่ควร หรือไม่รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ (DHH, 2004; DiMatteo et al., 2000 และ Wald & Temoshok, 2004) Somsong (2002) พบว่า ร้อยละ 93.8 ของผู้ป่วยซึ่งรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีทศนคติที่ดีต่อการรักษา และร้อยละ 89.6 มีทศนคติที่ดีต่อขนาดของเม็ดยา Stone และคณะ (1998) พบว่าร้อยละ 62 ของผู้ป่วยที่เชื่อว่า ยากลุ่ม Protease inhibitor จะทำให้อาการดีขึ้น และช่วยยืดชีวิตได้ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะเห็นได้ว่าการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น มีแรงจูงใจภายในตน (Internal motivation) มากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

1.3 ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เช่น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกรับประทานยาแล้วมีอาการไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกแยกลงโดยไม่เข้าใจ หรือไม่ทราบมาก่อนว่าอาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้ เป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกรับประทานยาดีขึ้นมากหรือไม่มีอาการแสดงของโรคแล้ว เพราะไม่ทราบว่ามีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ พัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) และเกื้อกุล ถนอมกิจ (2543) พบว่าความรู้ความเข้าใจในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรค การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ

การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ ก็พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ (Mathews et al., 2002; Roberts et al., 2000 และ Wfgner et al., 2002) DHHS (2004) ระบุว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญจำเป็นของรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและผลเสียของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นปัจจัยทำนายความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

1.4 พฤติกรรมสุขภาพ การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Muoz-Morino et al., 2004) เช่นเดียวกับการดื่ม แอลกอฮอล์ (Bonolo et al, 2004 ; Dole et al., 2004) วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ 2547 ก็พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอน้อยกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

1.5 แรงสนับสนุนทางด้านสังคม เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) พบว่า แรงสนับสนุนทางด้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรค ในขณะ Frank และคณะ (2002) ifford และ คณะ (2000) และ Gordillo และคณะ (1999) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ และ Ssimoni และคณะ (2002) Spire และคณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยที่พอใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ สามารถรับประทานยาสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ มารยาทวงศานุตร (2539) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ และ กบิลพัตร (2541) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) รายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยาโดยญาติ/ผู้ดูแล

2. ลักษณะอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทั่วไปซึ่งจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องในระยะยาว กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมักจะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากโรคที่ใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายเช่นกัน ในผู้ป่วยที่มีอาการอย่างเฉียบพลันในระยะสั้นและไม่มีอาการแสดงรุนแรงมากนักก็มักจะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเท่าที่ควร มีการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงน้อย มักจะรับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงถึงชีวิต (Frick et al., 1998 และ Kastrissiors et al., 1998) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ในกรณีของโรคที่มักจะไม่มีการแสดง ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่ามีอาการจำเป็นที่จะต้องรับประทานยา (Kynge, 2000)

## 2.2 ปัจจัยด้านการดูแลรักษา

1. ปัจจัยทางด้านผู้ให้การดูแลรักษา สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา และระยะเวลาที่มีผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยกล้าสอบถามในสิ่งที่เป็นข้อสงสัยและยอมบอกพฤติกรรมในการรับประทานยาตามความเป็นจริง ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงแพทย์ผู้รักษาและทีมสุขภาพให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นกังวล มีความยืดหยุ่นในข้อตกลงต่าง ๆ ช่วยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในปัญหาที่เกิดขึ้น ทักษะทางคลินิกในด้านต่าง ๆ ของผู้ให้การดูแลรักษา ทั้งในกรณีประเมินการรักษาตลอดจนการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย Wald และ Temoshok (2004) พบว่า ความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่นัยสำคัญในการทำนายความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

2. ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษานี้ครอบคลุมตั้งแต่ความยาวนานในการรักษา วิธีการที่เข้าสูร่างกาย จำนวนยาและมื้อยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวัน ประสิทธิภาพของยาในการรักษา และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลกระทบของยา/การรับประทานยาต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา และความสะดวกในการเดินทางไปรับการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ต้องกินยาวันละหลาย ๆ ครั้ง เป็นจำนวนมากและ/หรือวิธีการรักษามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาจจะทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยลดลง ทำให้รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ Zorrilla และคณะ (2004) พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาสูตรที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่รับประทานยาสูตรที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีจำนวนเม็ดยามากกว่า (Muoz-Moreno, et al., 2004) Spire และคณะ (2002) รายงานว่าร้อยละ 80.8 ของผู้ป่วยรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์เกิดอาการข้างเคียงของยาดังแต่อาการเล็กน้อยจนถึงปานกลาง Ammassari และคณะ (2001) และ Simoni และ คณะ (2002) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของยาดังแต่อาการปานกลางและรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ Bassetti และคณะ (1999) และ Atce และคณะ (2001) ก็พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์มีอาการข้างเคียงของยามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาร่วมกันอย่างน้อย 4 อาการ (Bonolo et al., 2004) ขณะที่วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

และคณะ (2547) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีอาการข้างเคียงโดยเฉพาะอาการท้องเดินและปวดเมื่อยตามตัวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ

3. ลักษณะสถานบริการ เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้บริการ มีบริการคลินิกเฉพาะโรค มีโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ มีบริการให้คำปรึกษารูปแบบต่าง ๆ มีบริการแนะนำการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547) พบว่าผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์รับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่อยู่ในโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยสามารถจำแนกออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านตัวผู้ป่วยเอง และด้านการดูแลรักษา ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง**

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	ปัจจัยด้านการดูแลรักษา
<b>ลักษณะส่วนบุคคล</b>	<b>ด้านผู้ให้การดูแลรักษา</b>
อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ฯลฯ	<b>เวลาที่มีให้ผู้ป่วย</b>
ภาวะสุขภาพ	<b>ทักษะทางคลินิก</b>
พฤติกรรมสุขภาพ	ทักษะในการประเมินผู้ป่วย
การใช้สารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์	ทักษะในการพูดสื่อสาร
ความเชื่อ/ประเพณี	<b>ด้านยา</b>
การรังเกียจ/Stigma	<b>วิธีใช้ยา</b>
<b>ทักษะส่วนบุคคล</b>	<b>จำนวนเม็ดยา</b>
ศักยภาพแห่งตน (self-efficacy)	<b>จำนวนมื้อยา</b>
ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และ	<b>ขนาดเม็ดยา</b>
อาการข้างเคียง	<b>รสชาติของยา</b>
แรงสนับสนุนทางสังคม	<b>ภาชนะบรรจุ/เก็บยา</b>
แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ	

ตารางที่ 1 (ต่อ) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วน  
สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	ปัจจัยด้านการดูแลรักษา
ความสามารถเข้าถึงบริการ	อาการข้างเคียงของยา
ลักษณะอาการเจ็บป่วย	ประสิทธิผลของยา
อาการและอาการแสดงต่าง ๆ	ราคา
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	ด้านสถานบริการ
ความรุนแรงของโรค	ระยะทาง
ระยะเวลาในการรักษา	ความสะดวกในการใช้บริการ
โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	มีคลินิกเฉพาะโรค
	มีโครงการยาต้านไวรัสเอดส์
	มีบริการให้คำปรึกษารูปแบบต่าง ๆ

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในระดับต่าง ๆ เป็นอย่างมาก ดังนั้นในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จึงควรมีการประเมินปัจจัยเหล่านี้เพื่อใช้ในการวางแผนให้การดูแลรักษาตลอดจนติดตามส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### 2.3. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ

วีรพงษ์ เกลิมจิระรัตน์ (2539, หน้า 14) ให้ความหมายว่า คุณภาพการบริการ คือ ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ระดับความสามารถของบริการในการบำบัดความต้องการของผู้ใช้บริการ ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังจากได้รับบริการไปแล้ว

โดนาบีดีน (Donabedian, 1980 cited in Gillies, 1994, p.516) ให้ความหมายว่า คุณภาพการบริการด้านสุขภาพ คือ การใช้ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็มีการปรับสมดุลระหว่างประโยชน์และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น

สุภาสุข จันทมงคล (2544) คุณภาพการบริการคือ ความสอดคล้องระหว่างความต้องการ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการกับการปฏิบัติโดยใช้ความรู้ความสามารถที่เหมาะสม โดยมีการปรับสมดุลระหว่างประโยชน์และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary, 1997, p.816) ให้ความหมายถึง คุณภาพว่า หมายถึง ระดับความเป็นเลิศหรือสิ่งที่ดีกว่าสิ่งอื่น

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543,หน้า15) ให้นิยามคุณภาพบริการไว้ หมายถึง คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต และตอบสนองความต้องการ เป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ

เซทามล์ พาราสุรามาน และเบอร์รี่ (Zeithaml, Parasuraman, & Berry, 1990) กล่าวถึงคุณภาพบริการเชิงการตลาดว่าเป็นการให้ความสำคัญและยึดถือความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นบรรทัดฐานในการวางแผนดำเนินการบริการเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ได้ อย่างถูกต้องและสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ

เซทามส์และคณะ ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ใช้บริการ ทำให้เห็นว่ากรจัดการที่มีคุณภาพสูงหรือที่เรียกว่า “การจัดการด้านคุณภาพบริการ” (Service Quality Management) หมายถึง การทำให้เกิดความสมดุลระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ซึ่งจะทำให้ช่องว่างหรืออุปสรรคปิดลง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าช่องว่างของการให้บริการที่ไม่มีคุณภาพอยู่ที่ขั้นตอนใดและเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นที่มาของเครื่องมือวัดช่องว่างการจัดการด้านคุณภาพบริการสุดท้ายนำข้อมูลที่ได้ผนวกกับวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้าน โครงสร้างองค์กร พฤติกรรมองค์กรและแนวคิดทางการตลาด ได้รูปแบบคุณภาพบริการ ช่องว่าง (Gaps) คุณภาพบริการมีดังนี้

ช่องว่างที่ 1 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังของผู้ใช้บริการกับการรับรู้ของผู้บริหารต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

ช่องว่างที่ 2 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังของผู้บริหารกับมาตรฐานบริการที่กำหนดตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

ช่องว่างที่ 3 หมายถึง ช่องว่างที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างมาตรฐานบริการที่กำหนดกับบริการที่ให้อจริง

ช่องว่างที่ 4 หมายถึง ช่องว่างที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างบริการที่ให้อจริงกับการสื่อสารที่มีไปสู่ผู้ใช้บริการ

ช่องว่างที่ 5 หมายถึง ช่องว่างที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างบริการที่ผู้ใช้บริการคาดหวังกับบริการที่ผู้ใช้บริการรับรู้ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ใช้บริการมีเกณฑ์การวัดคุณภาพบริการต่างจากผู้ใช้บริการ จากงานวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ประเมินคุณภาพบริการด้านใด โดย

พัฒนาการใช้เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพบริการเรียกว่า SERVQUAL จากเดิม 10 ด้านประกอบด้วย 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ 2) ความเชื่อมั่นวางใจได้ 3) การตอบสนองต่อผู้ให้บริการ 4) สมรรถนะของผู้ให้บริการ 5) ความมีอัธยาศัยไมตรี 6) ความน่าเชื่อถือ 7) ความมั่นคงปลอดภัย 8) การเข้าถึงบริการ 9) การติดต่อสื่อสาร และ 10) การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้ให้บริการ มีข้อคำถามทั้งหมด 97 ข้อ นำมาปรับปรุงและทำให้มีความกระชับมากขึ้นเหลือข้อคำถามเพียง 22 ข้อ สำหรับเกณฑ์วัดคุณภาพบริการเหลือ 5 ด้าน ได้แก่

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และผู้ให้บริการสามารถคาดคะเนคุณภาพบริการได้ชัดเจน เช่น สถานที่ให้บริการมีความสะดวกสบาย เครื่องมือเครื่องใช้ในการให้บริการ สวยงาม เป็นต้น

2. ความน่าเชื่อถือ หรือ ไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการของผู้ให้บริการ โดยบริการที่ให้ทุกครั้งต้องมีความถูกต้อง เหมาะสมและสม่ำเสมอทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถไว้วางใจได้

3. การตอบสนองผู้ให้บริการทันที (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการของผู้ให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ตามต้องการ

4. การให้ความมั่นใจ (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความมั่นใจให้เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้บริการ และมีอัธยาศัยที่ดีในการให้บริการ

5. ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้ให้บริการ (Empathy) หมายถึง ผู้ให้บริการให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจ และความแตกต่างของผู้ใช้บริการตามลักษณะของผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการหรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดของเซทามล์และคณะ เพื่อให้เหมาะสมกับแผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด ซึ่งปัจจัยในการกำหนดคุณภาพบริการพยาบาลใช้เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการ 5 ด้าน ดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง บริการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ต้องแสดงให้เห็นผู้ป่วยสามารถคาดคะเนคุณภาพบริการพยาบาลได้ชัดเจนและง่ายขึ้น ได้แก่ สถานที่ให้บริการ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ เอกสารหรือคู่มือต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้สุขศึกษารวมทั้งลักษณะบุคลิก การแต่งกายของพยาบาล

2. ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง การให้บริการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยมี

ความรู้สึกว่าเป็นการปฏิบัติกรพยาบาลที่ถูกต้องแม่นยำเหมาะสม และต้องมีความสม่ำเสมอ ทุกครั้ง

3. การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ (Responsiveness) หมายถึง พยาบาลมีความพร้อม และเต็มใจที่จะให้บริการพยาบาล สามารถตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ทันทีรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

4. การให้ความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ (Assurance) หมายถึง พยาบาลมีทักษะ ความรู้ ความสามารถในการให้บริการ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีเหตุมีผล ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกปลอดภัยปราศจากอันตราย ข้อสงสัยต่าง ๆ

5. ความเข้าใจในผู้ใช้บริการ (Empathy) หมายถึง พยาบาลต้องมีการรับฟัง เข้าใจ ความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาของผู้ใช้บริการในแต่ละบุคคล

### 3. การประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ความหมายของประสิทธิผล ประสิทธิภาพ(Effectiveness) มีผู้ให้คำนิยามไว้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับลักษณะขององค์กร และมุมมองของผู้เขียนหรือนักวิชาการแต่ส่วนใหญ่หมายถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะมุ่งที่ผลสำเร็จของงาน หรือการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ (Fiedler,1967, Barnard, 1968, Lawless,1979 และอุทัยวรรณ โขชื่น,2546)

การให้บริการยาต้านไวรัสได้พัฒนาโครงสร้างและการบริการอย่างต่อเนื่องมาตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ได้มีการก่อตั้งเครือข่ายการวิจัยและการให้บริการบริการทางการแพทย์ โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ(เดิม) เพื่อพัฒนาโครงสร้างการให้บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม และส่งเสริมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีหน่วยงานต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลในเครือข่ายทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม สถาบันวิจัย องค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก(WHO) เข้าร่วมด้วย เป็นต้น โดยในระยะแรกได้มีการวิจัยและพัฒนาการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยยาสองชนิด ในระบบเครือข่ายการวิจัยและการให้บริการทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นถึงกระบวนการวิจัยและพัฒนาบุคลากรในสายงานต่าง ๆ ต่อมากรมควบคุมโรคติดต่อได้มีนโยบายขยายเป้าหมายการให้บริการจากมุ่งเน้นการวิจัยมาสู่โครงการไยแบบนำร่องเพื่อการบริการด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบสามชนิดร่วมกันมีเป้าหมายการให้บริการ 3,000 รายทั่วประเทศ โดยใช้ชื่อโครงการดังกล่าวว่า “Access to Care” เป้าหมายการให้บริการให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำนวน 119 แห่ง กำหนดแนวทางการบริหาร โครงการการขยายโอกาสเข้าถึงการบริการยาต้านไวรัสเอดส์ “Access to Care”ไว้ดังนี้

1. การพัฒนาสูตรการรักษาด้วยยา 8 สูตร สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ได้พัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ทั้งนี้ สูตรการรักษาในเด็กได้มีการพัฒนาสูตรการรักษาอีก 12 สูตรเช่นกัน โดยได้อ้างอิงตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีบริการอยู่ในประเทศขณะนั้น

2. การกำหนดเกณฑ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

3. การกำหนดแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ การวินิจฉัย การติดตามผลข้างเคียง อาการแทรกซ้อน รวมทั้งการรับประทายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4. การกำหนดแนวทางการสนับสนุนทางเภสัชกรรม การแลกเปลี่ยน และการเก็บรักษาเวชภัณฑ์ยาในโครงการ

5. การพัฒนาแนวทางการให้การปรึกษา และแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

6. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการวิจัยและการบริการในโครงการ

7. การพัฒนาหลักสูตรการอบรมแก่บุคลากรในเครือข่ายการวิจัยและการให้บริการทางกรรมแพทย์ในระดับประเทศ

พ.ศ. 2546 กระจายเป้าหมายการบริการแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลก จำนวน 13,000 ราย ปรับหลักสูตรการรักษาสำหรับผู้ใหญ่เป็น 3 สูตร ปีพ.ศ. 2547 มีนโยบายที่จะขยายโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ให้มากขึ้น และได้ตั้งเป้าหมายการบริการให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 50,000 ราย และได้เปลี่ยนชื่อโครงการเป็น “โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” (National Access to Antiretroviral Program for PHA ; NAPHA) โดยทิศทางและแนวทางการดำเนินงานในโครงการ NAPHA นี้มีประเด็นมุ่งเน้นเพิ่มเติมจาก โครงการ Access to Care ดังนี้

1. มุ่งเน้นการส่งเสริมการรับประทายต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและลดปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต

2. พัฒนาโครงสร้างและรากฐานของการบริการเพื่อนำเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ

3. การบูรณาการการให้บริการยาต้านไวรัสที่ดำเนินการอยู่โดยหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีความใกล้เคียงกัน เพื่อให้การบริการเป็นไปด้วยมาตรฐานเดียวกัน เช่น โครงการบริการยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ประกันตน โดยสำนักงานประกันสังคม เป็นต้น

4. การพัฒนาระบบประกันคุณภาพการให้บริการ

จากแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีและผู้ป่วยโรคเอดส์ตามนโยบายการบริการดังกล่าวข้างต้นได้กำหนดแนวทางการติดตามผลการรักษาไว้ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

## 1. ประสิทธิภาพของการรักษา

1.1 ติดตามอาการและอาการแสดงทุก 2 สัปดาห์ในเดือนแรก และทุก 2 เดือนในระยะต่อไป คนไทยจะเกิดอาการของเอดส์นับจากการเริ่มติดเชื้อ ใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 7 ปี โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในประเทศไทย เรียงตามลำดับดังนี้ 1.) วัณโรค 2.) ปอดอักเสบจากเชื้อ พิวซิพิ 3.) เชื้อราในสมอง 4.) เชื้อราในปาก คอหรือปอด และ 5.) ปอดบวมจากเชื้อแบคทีเรียซ้ำมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปีกระทรวงสาธารณสุข (2547) หากการรักษามีประสิทธิภาพ เป้าหมายของการรักษาคือ รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเดิมให้หายขาด และผู้ป่วยไม่ควรมีอาการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นใหม่

1.2 ตรวจระดับ CD4 โดยทั่วไปควรมีการตรวจเลือดหาระดับ CD4 ทุก 3 ถึง 6 เดือน ตามวงจรชีวิตของเชื้อเอช ไอ วี เมื่อเข้าสู่ร่างกาย เชื้อจะเกาะติดและเข้าสู่เม็ดเลือดขาว CD4 ถอดรหัสพันธุกรรมจาก CD4 แล้วเชื้อเอชไอวีเชื่อมต่อกับสายพันธุกรรมเข้ากับ CD4 แปรรหัสพันธุกรรมเป็นของตนเอง หลังจากนั้นจะแบ่งตัวหลุดออกจาก CD4 เพื่อไปทำลาย CD4 ตัวอื่นๆ ต่อไปเรื่อยๆ ทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับ CD4 ของร่างกายลดลง ภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลงและติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย การกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอจะยับยั้งไม่ให้เชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนขึ้น และเพิ่มภูมิคุ้มกัน (CD4) ให้สูงขึ้นสู่ระดับปกติ เป้าหมายหลักของการรักษาคือ ยาต้านไวรัสเอดส์ลดระดับ CD4 ให้สูงกว่า 300 ตัวต่อเลือด 1 ไมโครลิตร พีระม่น นิงซานนท์, ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล และ สุวนีย์ ใหม่สุวรรณ (2548) การกำหนด ระดับ CD4 เพื่อเป็นแนวทางการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในการกดเชื้อไวรัสได้ดี คือระดับภูมิคุ้มกัน CD4 เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 100 – 150 cell/cu.mm. ต่อปี โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของการรักษาระดับภูมิคุ้มกันจะเพิ่มขึ้นเร็วมาก การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่กดเชื้อไวรัสได้ดี จะช่วยให้ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 100 cell/cu.mm ในระยะเวลา 1 ปี DHHS (2005)

1.3 Viral load ถ้าทำได้ควรตรวจ เพราะจะมีประโยชน์เมื่อการรักษาไม่ได้ผล และเมื่อใช้ติดตามผลการรักษาหลังจากการเปลี่ยนสูตรยา เป้าหมายของการรักษา คือการกดเชื้อไวรัสในกระแสเลือด ทำให้ปริมาณไวรัสในพลาสมา ต่ำกว่า 50 copies/ml.

2. ผลข้างเคียงของยา การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ให้ผลดีผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและการตอบสนองต่อยา ยาต้านไวรัสที่ให้ผลดีต่อการรักษาในบุคคลนั้น ๆ ไม่ควรมีผลข้างเคียงของยาผู้ป่วยสามารถรับประทานยาในสูตรนั้น ๆ ได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน โดยไม่มีอาการที่ไม่พึงประสงค์

3. การประเมินความต่อเนื่องของการกินยา (Adherence assessment)

4. ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

นอกจากการติดตามประสิทธิผลการรักษาดังกล่าวมาข้างต้นซึ่งเป็นการประเมินผลทางด้านปริมาณ แต่มีการศึกษาวิจัยไว้มากมายเกี่ยวกับประเด็นคุณภาพชีวิต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินผลด้านคุณภาพของประสิทธิผลการรักษาเพิ่มเติมดังจะกล่าวต่อไปนี้

### ความหมายของคุณภาพชีวิต

แรกซ์เชล โคตาร์บา และมอร์โรว์ (Ragsdale, Kotarba & Morrow, 1992) ได้มองว่าคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ถึงควมมีประสิทธิภาพหรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมายเพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ ความนึกคิด สังคม และการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิตจึงเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิตของตนเองภายใต้บริบทของระบบวัฒนธรรมและค่านิยมในสังคมซึ่งบุคคลอาศัยอยู่ และมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งจะปรากฏออกมาในลักษณะของสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะด้านจิตใจ ระดับของการพึ่งพา ปฏิสัมพันธ์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อของบุคคล (The WHOQOL Group, 1996)

พิคูล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้สรุปมุมมองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ไว้ 5 ประการ คือ

1. คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้และความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้อและประสบการณ์เดิมและโดยการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น โดยผู้ที่ตัดสินใจว่าคุณภาพชีวิตมีหรือไม่มีและมากน้อยเพียงใดควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตจึงจะตัดสินใจได้ดีที่สุด
2. คุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมแสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์ ทรัพยากร ตลอดจนวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลที่มีต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย สภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด รวมทั้งศักยภาพและความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์
3. คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (Multidimensional construct) และมีความซับซ้อน ดังนั้นการพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตจึงต้องพิจารณาแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ขึ้นอยู่กับว่าใครจะให้ความสำคัญในเรื่องใดเป็นพิเศษ
4. คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะหนึ่งของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลในช่วงชีวิตต่าง ๆ อาจจะได้ผลที่แตกต่างกัน

5. คุณภาพชีวิตเป็นด้านหนึ่งของชีวิตที่เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความพอใจและผาสุกในชีวิตซึ่งถือได้ว่าภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบหรือมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตก็เป็นองค์ประกอบของภาวะสุขภาพได้เช่นกัน ซึ่งพิจารณาจากความหมายของภาวะสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่าสุขภาพไม่เพียงแต่เป็นภาวะที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการมีความสุข สมบูรณ์และเป็นอยู่ที่ดี หรือความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอีกด้วย

#### คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับผลกระทบที่รุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งการพัฒนาวัคซีนและยารักษาโรคที่ยังให้ผลที่ไม่แน่นอน จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองเปลี่ยนไป มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยแรกซ์เดล และมอร์โรว์ (Ragsdale & Morrow, 1990) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 3 ระยะ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ 24 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ 15 ราย และผู้ป่วยเอดส์ 56 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้ง 3 กลุ่ม มีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำที่สุด เนื่องจากมีภาวะของโรคที่ไม่แน่นอนทำให้เกิดความกังวล จึงได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการจะมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดเนื่องจากภาวะของโรคมีผลต่อการดำเนินชีวิตน้อย

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย โดยเปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย (2536) ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ 60 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ 32 ราย และผู้ป่วยเอดส์ 28 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบำราศนราดูร โดยใช้แบบวัดตรวจนิคุณภาพชีวิตของพาดิลล่าและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องมาจากลักษณะของโรคทำให้เกิดความเจ็บป่วยเช่นเดียวกัน คุณภาพชีวิตที่ลดลงคือความวิตกกังวลในเรื่องความเจ็บป่วย อาการอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด และความพึงพอใจในชีวิตและยังพบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ละกลุ่มที่คล้ายคลึงกับการศึกษาของแรกซ์เดลและมอร์โรว์ (Ragsdale & Morrow, 1990) ที่พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการจะมีคุณภาพชีวิตดีที่สุด

นอกจากนี้การศึกษาของดวงกมล วัตราคุลย์ (2537) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกระยะ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 45 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตต่ำมากในด้านของความวิตกกังวล ด้านการประกอบอาชีพ ด้านความลำบากกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ปัญหาเศรษฐกิจและขาดคนที่สามารถปรับทุกข์ด้วยได้

สำหรับการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนมากมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพร่างกายและความสุขทั่วไปเรื่องการกินอยู่หลับนอน และการทำหน้าที่ทางร่างกายไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยมากจะรับรู้คุณภาพชีวิตด้านนี้ต่ำ และยังพบว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปตามการรับรู้ ค่านิยม และสิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยเฉพาะในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและทัศนคติต่อตนเอง

จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพระยะของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว, 2537 ; พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539 ; Ragsdale & Morrow, 1990) นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2537) ยังได้รายงานปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความเจ็บป่วย อาชีพ เพศ และอายุ โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองซึ่งพบว่าภายหลังที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้เข้าร่วม โครงการ และได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความพร้อมในการดูแลตนเองลดลง (ดวงกมล วัตราคุลย์ 2537) มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและความเจ็บป่วยลดลง (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) นอกจากนี้ทั้งสองการศึกษาที่กล่าวมายังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังจากการเข้าร่วมโครงการ ดังนั้นจะเห็นว่าวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญและมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพนั้นก็คือการส่งเสริมการดูแลตนเองนั่นเอง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดตามแนวการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ที่พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์, วีระวรรณ ตันติพิพัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาล, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจรรย์กุล (สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, 2545) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ด้าน ได้แก่ 1) แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) 2) แบบอัตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1)

ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตตนเอง ณ ปัจจุบัน

จากเหตุผลและการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยสรุปการประเมินประสิทธิผลด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่หรือเป็นซ้ำหลังการรักษาานานกว่า 6 เดือน
2. สุขภาพร่างกายดีขึ้นโดยประเมินจากการวัดสมรรถนะทางกาย ณ ปัจจุบัน ตามแนวทางของ KNS อยู่ในระดับดำเนินชีวิต ทำงานได้ไม่ต้องการผู้ดูแล หรือ KNS มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ขึ้นไป
3. ระดับ CD4 เปรียบเทียบกับก่อนการรักษาเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 100 cell/cu.mm หลังจากรักษาด้วยยาต้าน 1 ปี
4. การประเมินคุณภาพชีวิต ณ ปัจจุบัน ที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง ระดับคุณภาพชีวิตอย่างน้อยร้อยละ 80 อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป

#### การวัดสมรรถนะทางกาย (Karnofsky Scale or The Karnofsky performance Scale Index)

การรักษาสิ่งสำคัญที่สุดในการประเมินผลการรักษาที่มีเครื่องมือที่ถูกต้องและสามารถวัดผลได้แม่นยำกระทำได้ค่อนข้างยาก โดยเฉพาะในการวัดผลการรักษาโรคมะเร็งหรือโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ การประเมินผลการรักษามะเร็งยึดตามสิ่งที่สามารถวัดได้ เช่น ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานเท่าไร หรือ ขนาดของเนื้องอกก่อนและหลังการรักษา ซึ่งเหล่านี้ไม่สามารถกำหนดได้อย่างชัดเจนถึงผลการรักษานั้น ๆ ถ้าจะให้มีความเท่าเทียมกันในการวัด ข้อมูลที่ผู้ให้การรักษาสังเกตได้ กับความรู้สึกแท้จริงที่ผู้ป่วยมะเร็งบอกต้องสอดคล้องกัน การวัดสมรรถนะทางกายหรือดัชนีสมรรถนะทางกาย (Karnofsky Scale or The Karnofsky performance Scale Index) เป็นเครื่องมือที่สร้างโดยแพทย์ชาวอเมริกัน 2 ท่านได้แก่ เดวิด คาร์นอฟสกี (David Karnofsky) และ โจเซฟ เบอร์เชนอล (Joseph Burchenal) ในปี 1940 ที่พยายามที่วัดผลโดยการซักถามจากผู้ป่วย หลังจากรักษาโรคมะเร็ง มาตราวัดที่สัมพันธ์กับสมรรถนะทางกาย ครอบคลุม 11 ประเด็นหลัก ตั้งแต่ ระดับภาวะสุขภาพปกติ จนถึงเสียชีวิต แบ่งช่วงคะแนนออกเป็นเปอร์เซ็นต์ ดังนี้ Crooks, V, Waller S, et al. (1991)

ตารางที่ 2 ระดับสมรรถนะทางร่างกายตามดัชนีคาร์น็อฟสกี (%) (Karnofsky Performance Status Scale Definitions rating (%) criteria)

สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ทำงานได้ ไม่ต้องการการดูแล เป็นพิเศษ	100	สุขภาพปกติ ทำงานได้ ไม่มีอาการเจ็บป่วยแต่อย่างใด
	90	ดำรงชีวิตได้ตามปกติ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่มีปัญหา
	80	ดำรงชีวิตได้ แต่ต้องใช้ความพยายาม ผู้อื่นมองเห็น อาการเจ็บป่วยได้
อยู่บ้านและอาจต้องการความ ช่วยเหลือและการดูแลตาม ความต้องการที่จำเป็น ทำงาน ไม่ได้	70	ไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ทำงานไม่ได้ แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้
	60	ทำงานไม่ได้ แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้โดยส่วนใหญ่ อาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้าง เฉพาะบางกิจกรรม
ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้อง อยู่โรงพยาบาลหรือต้องการ การดูแลใกล้ชิด	50	ดูแลตนเองได้ครั้งเดียว ต้องการบริการรักษาทางการแพทย์ และการดูแลจากผู้อื่น อีกครั้งหนึ่ง
	40	ช่วยตนเองได้น้อย ต้องมีผู้อื่นคอยดูแล ช่วยเหลือใน การทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ
	30	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องอยู่ในโรงพยาบาล
	20	ป่วยมาก ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด
	10	ป่วยหนัก ต้องพึ่งพาระบบช่วยชีวิต
0	ไม่มีชีวิต	

การวัดนี้ไม่มีการระบุระยะของสุขภาพได้อย่างชัดเจน และไม่ได้กล่าวถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละคน แต่มาตรวัดนี้ใช้ได้ง่าย ต่อมามีการทดสอบทางจิตวิทยาอย่างซับซ้อน ที่แสดงให้เห็นว่าภาวะความเป็นอยู่ทั่วไปและ คุณภาพชีวิตสอดคล้องกับคะแนนสมรรถนะทางกายของคาร์น็อฟสกี (ถ้าบุคคลมีสุขภาพปกติ หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกดี แต่ถ้าบุคคลมีเจ็บป่วยมากหรือ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จะมีความรู้สึกที่แย่ตามไปด้วย) จากเหตุผลดังกล่าวดัชนีวัดคาร์น็อฟสกี ทางกรมแพทย์จึงยังใช้กันอย่างกว้างขวางและแพร่หลายในการวัดผลการรักษาและบางครั้งใช้เป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจเลือกวิธีการในการรักษาที่จะให้แก่ผู้ป่วย Hollen PJ,

et al (1994) จากการศึกษาปัจจัยทำนายด้านอาการทางคลินิกและผลการตรวจเลือดต่อการมีชีวิตรอดในผู้ป่วยแอมเบียนที่ติดเชื้อเอดส์ชนิดมีอาการ พบว่าการวินิจฉัยโรคเอดส์และมาตรวัดสมรรถนะทางกายของคาร์ร่อนอฟสกีเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการทำนายการมีชีวิตรอดของผู้ติดเชื้อเอดส์ การใช้มาตรวัดสมรรถนะทางกายของคาร์ร่อนอฟสกีและผลการตรวจระดับนีโอพิวริน กับ เบต้า 2 เอ็มในเลือดทำได้ง่ายกว่าและมีราคาถูกกว่าการตรวจระดับ CD4 ในเลือด น่าจะใช้ประโยชน์เพื่อเป็นแนวทางในการพยากรณ์โรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแอฟริกาใต้ Whittle, et al. (1992) การใช้มาตรวัดสมรรถนะทางกายของคาร์ร่อนอฟสกี ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ดื้อยาเคมีบำบัดด้วยการฉายแสง พบว่าค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการตอบสนอง คือ 22 สัปดาห์ ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีค่าคะแนนสมรรถนะทางกายของคาร์ร่อนอฟสกี > 70 การบำบัดด้วยการฉายแสงให้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะสุดท้ายมาตรวัดสมรรถนะทางกายของคาร์ร่อนอฟสกีสามารถช่วยกำหนดระยะเวลาของการตอบสนองต่อการรักษาและการมีชีวิตรอดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ Paul C et al. (2000)

ในการศึกษาครั้งนี้ยึดตามกรอบการประเมินประสิทธิผลที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางดำเนินงานโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ปี 2547 การวัดสมรรถนะทางร่างกายนอกจากการบันทึกจากการติดตามอาการผู้ป่วยที่มาพบตามนัดของแพทย์โดยการประเมินการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการวัดผลโดยใช้ดัชนีคาร์ร่อนอฟสกีเป็นการวัดข้อมูลจากผู้ป่วยเพื่อให้การประเมินสุขภาพที่สอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอมิกา มากจ้อย(2547) ศึกษาการใช้ยาในโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดราชบุรีการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) รูปแบบการสั่งใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (2) ประสิทธิภาพของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และ(3) ปัญหาจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 307 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 44.0 เพศหญิงร้อยละ 56.0 อายุเฉลี่ย  $35.7 \pm 7.1$  ปี ผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อนร้อยละ 82.7 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการเฉลี่ย  $15.6 \pm 6.3$  เดือน จำนวน CD 4 เฉลี่ยก่อนได้รับยา  $62.0 \pm 64.9$  เซลล์/ลูกบาศก์มม. มัชฐานคือ 34 เซลล์/ลูกบาศก์มม. ผู้ป่วยทุกรายเริ่มการรักษาด้วยจีพีไอเวียร์ พบว่าร้อยละ 22.1 ของผู้ป่วยทั้งหมดต้องเปลี่ยนสูตรยาจากจีพีไอเวียร์ สาเหตุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.4) คือ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยพบภาวะไขมันกระจายผิดปกติมากที่สุด

ร้อยละ 27.9 และมีการเปลี่ยนมาใช้สูตรยาที่ประกอบด้วย อีฟาวิเรน+สตาวูดิน + ลามิวูดีน มากที่สุด ร้อยละ 50.6 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้ป่วยยังคงใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ร้อยละ 95.8 โดยเป็นสูตรยาจีพีโอ เวียร์มากที่สุด ร้อยละ 74.9 รองลงมาได้แก่ สูตรยาอีฟาวิเรน + สตาวูดีน + ลามิวูดีน ร้อยละ 9.8 ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันปอดภัยอักเสบจาก *Pneumocystis carinii* ร้อยละ 97.7 ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อ *Cryptococcus neoformans* และวัณโรคร้อยละ 84.7 และ 22.8 ตามลำดับ หลังจากได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 6 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น พบผู้ป่วยเสียชีวิต 3 ราย สาเหตุจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 2 ราย และไม่ระบุสาเหตุ 1 ราย การติดเชื้อฉวยโอกาสหลังได้รับยาพบทั้งสิ้น 97 ครั้ง ในผู้ป่วย 74 ราย โดยเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกร้อยละ 47.4 และเกิดหลังได้รับยา 3 เดือนร้อยละ 52.6 โดยผู้ป่วย 6 รายในจำนวนนี้มีจำนวน CD4 ลดลงรวมด้วย ค่าเฉลี่ยของจำนวน CD4 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าพื้นฐาน (62 เซลล์/ลูกบาศก์มม.) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คือมีค่า 106.2, 154.8, 255.1 และ 239.1 เซลล์/ลูกบาศก์มม. ที่ระยะเวลา 6, 12, 18 และ 24 เดือนตามลำดับ ( $p = 0.000$ ) เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของจำนวน CD4 ที่แต่ละระยะเวลากับค่าก่อนหน้านั้น พบว่าในเดือนที่ 6, 12 และ 18 มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.000$ ) เช่นกัน แต่ในเดือนที่ 24 พบว่าไม่มีการเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนที่ 18 ( $p = 0.118$ ) ปัญหาจากการรักษาด้วยยาพบทั้งสิ้น 528 ปัญหา ในผู้ป่วย 250 ราย (ร้อยละ 81.4) โดยพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุด คือ ร้อยละ 74.3 รองลงมา คือ ผู้ป่วยได้รับยาที่ยังไม่จำเป็นร้อยละ 21.5

จิตติมา โภคาประภรณ์ (2547) ศึกษากระบวนการรับยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องโดยเภสัชกรในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลเสนา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของระบบการรับยาด้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่องโดยเภสัชกรต่อผู้ป่วยในด้านความพึงพอใจ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังโดยมีกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาได้รับการส่งต่อจากแพทย์และให้อยู่ในความดูแลของเภสัชกรเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยระบบรักษาต่อเนื่องประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว วิธีการใช้ยา การค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ส่งใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับและยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้กำหนดไว้ การติดตามผลการรักษา และการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ในกรณีที่ไม่สามารถให้การดูแลได้ตามแนวทางการปฏิบัติงานที่กำหนด ตัวแปรหลักที่ทำการศึกษาคือ คะแนนความพึงพอใจ คะแนนความรู้ และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ตัวแปรรองที่ทำการศึกษาคือ น้ำหนักตัว โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับเซลล์ซีดีโฟร์ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของแพทย์ต่อระบบรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาจนสิ้นสุดการศึกษามีจำนวน 55 ราย อายุเฉลี่ย  $36.18 \pm 7.55$  ปี หลังจากเข้าสู่ระบบรักษาต่อเนื่องพบว่าผู้

ป่วยมีคะแนนพึงพอใจ คะแนนความรู้ และร้อยละเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าก่อนเข้าสู่ระบบรักษาต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อระบบรักษาต่อเนื่องน่าจะเป็นเพราะลดระยะเวลาในการรอ และความสะดวกรวดเร็วในการมารับยา ในด้านประสิทธิผล พบว่าผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่องนี้มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ต่ำกว่าก่อนที่จะเข้าระบบรักษา โดยเมื่อสิ้นสุดการศึกษาแพทย์ทุกท่านมีความพึงพอใจต่อระบบรักษาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และเห็นว่าควรจะมีระบบรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคอื่นๆ โดยเภสัชกรต่อไปในอนาคต ดังนั้นระบบรักษาต่อเนื่องโดยเภสัชกรสามารถเป็นอีกทางเลือกหนึ่งไว้รองรับบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ที่จะมีเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

สุกวงค์ โทคุณาลัย (2546) : การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอดส์ และการไม่รับยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ : ภาควิชาพยาบาลบรมราชชนนบุรี ปรากฏว่า ต้นทุนค่ายาต้านไวรัสเอดส์ส่วนต่อต้นทุนรวมค่อนข้างสูง จึงทำให้การเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จะให้ผลคุ้มค่ามากกว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์นั้นมีอัตราการมีงานทำมากกว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เพราะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสต่ำกว่าจึงมีความพร้อมในการทำงานมากกว่า เพราะฉะนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์ควรคำนึงผลได้และผลเสียที่เกิดขึ้นจากการรับยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนการตัดสินใจวิธีการรักษาพยาบาลแบบใดแบบหนึ่ง

สุภาวดี เนติเมธี (2547) : ความหวัง พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยพบว่าระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ระดับความหวังของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ระดับพฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์ และ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ความหวัง พฤติกรรมการดูแลทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนแนวทางในการสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) ด้านความผาสุกในสิ่งที่ขึ้นอยู่กับ หนึ่งให้มารดานึกถึงชีวิต อนาคตของบุตรที่กำลังจะเติบโตขึ้นมาในอนาคตเพื่อเป็นกำลังใจ ในการต่อสู้ชีวิต ส่งเสริมบุคคลที่สำคัญและใกล้ชิดในชีวิตให้เป็นกำลังใจ 2) ด้านความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา สร้างความรู้สึกรับประกันทางจิตใจแก่มารดา โดยการทำให้สงบ การทำบุญ สวดมนต์ทำสมาธิ หรือกิจกรรมทางศาสนาที่ยึดมั่น

นายวรรณชัย คำป่าแลว (2545) : คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชมรมผู้ติดเชื้อ อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน

ได้แก่ ด้านสุขภาพและ หน้าที่การทำงานของร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและ เศรษฐกิจ และด้านครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้ติดเชื้อ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็น สมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวางแผน งาน โครงการ หรือกิจกรรม ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น รวมทั้งการจัดบริการทางการแพทย์ และสังคมแบบองค์รวม สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้มีความเป็นอยู่ทั้ง ในครอบครัว และสังคมได้อย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

นุชนารถ แก้วคำเกิง และ นันทวัน ชันตะคิด (2546) การประเมินผลโครงการเสริมสร้าง เจตคติและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันเอดส์ โดยใช้กระบวนการเรียนการสอนทักษะชีวิต ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เห็นว่า รูปแบบการเรียน การสอนทักษะชีวิตมีประโยชน์มาก โดยนักเรียนที่ได้รับการเรียนการสอนในโครงการ ได้นำความรู้ไป ใช้ในการดำเนินชีวิตมากที่สุด ในทักษะการตัดสินใจ นักเรียนในโครงการมีค่าเฉลี่ยคะแนนในด้าน ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดความคิดและปฏิเสธ ทักษะการควบคุมอารมณ์ สูงกว่า ม.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนไม่มีความแตกต่างกันในทักษะการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจ และทักษะการปรับเจตคติ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กระบวนการเรียนการสอนโดยใช้ ทักษะชีวิตในโครงการดังกล่าวมีประสิทธิภาพ แต่ต้องการการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในทุกระดับชั้น

ชุตินา พรหมศรี, ปัทมาวดี เต็มวิเศษ, นพนัฐ จำปาเทศและอารี งามโกมุต (2546) : พฤติ กรรมทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศ ชายจำนวน 81 คน (55.1%) มีอายุระหว่าง 20 – 54 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. (44.1%) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 39.1 และทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ 3 เดือน – 15 ปี ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ยังคงมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 69.2 ในผู้ที่ยังมีเพศสัมพันธ์ มีการใช้ถุงยาง อนามัยทุกครั้งร้อยละ 60.4 ใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งหรือไม่ใช้เลยร้อยละ 39.6 เปิดเพศผลเลือด กับคู่สมรสหรือคู่นอนร้อยละ 75.5 ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์และเปิดเผยผลเลือดกับคู่สมรสหรือคู่นอนมีการ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งสูงกว่าผู้ไม่เปิดเผยผลเลือดกับคู่สมรสหรือคู่นอน 1.49 เท่า (95% CI = 0.51 – 2.45) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ส่วนบุคคลที่มีต่อโรคเอดส์พบว่า กลุ่มที่ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งมีการรับรู้มากกว่ากลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p=.008) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งยังคงมีพฤติ กรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ รวมทั้งสามารถรับเชื้อเพิ่มเข้าสู่ร่างกายของตนเอง ดังนั้นการ บริการให้คำปรึกษาด้านเอชไอวีโดยเฉพาะการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง จึงควรเป็นบริการที่

สำคัญแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้เกิดความรู้และตระหนักรู้อย่างต่อเนื่องในการลดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงดังกล่าว

ถนอมศักดิ์ ทองมัน (2547) ศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษณ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรีพบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71) มีชราของอายุ เท่ากับ 36 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 34.3) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.8) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จากเพศสัมพันธ์ชนิดต่างเพศ (ร้อยละ 34.3) มีชราของระยะเวลาที่เข้ารับการดูแลในโครงการธรรมรักษณ์นิเวศน์ เท่ากับ 5 เดือน และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ 78.1) การดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 87.6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้แก่ การประกอบอาชีพเดิม รายได้เดิม อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา การยอมรับของครอบครัว และความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแล คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 65.7) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้แก่ อาการทางร่างกายที่เป็นปัญหา บุคคลที่ผู้ป่วยเอดส์เคยพักอาศัยอยู่ด้วยเดิม ความเอาใจใส่ของบุคลากร/ผู้ดูแล และยังพบว่าการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

เวนเชลและคณะ (1998) ศึกษาอิทธิพลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อมาตรวัดสมรรถนะทางกายของคาร์ร่นอฟสกีและการทำหน้าที่ทางสังคมโดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคเลือดสีโมฟีเลีย โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดสีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลบวกและให้ผลลบพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะทางกายของคาร์ร่นอฟสกีลดลงจาก 65.22 เป็น 63.43 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดสีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลบวกระหว่างปี 1988 และ 1991 แต่เพิ่มขึ้นจาก 77.7 เป็น 82.2 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดสีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ คะแนนสมรรถนะทางกายของคาร์ร่นอฟสกีที่และเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดสีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลลบ (86.6 %) ขัดแย้งกับ 50% กลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดสีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลบวก มีผู้ป่วย 7 คนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดสีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลบวกทั้งหมด เสียชีวิตในปี 1991 คะแนนสมรรถนะทางกายของคาร์ร่นอฟสกีในตอนแรกไม่สามารถพยากรณ์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยได้ กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดได้ถูกบูรณาการ รวมกลุ่มกัน จากการศึกษาครั้งนี้ คะแนนสมรรถนะทางกายของคาร์ร่นอฟสกีสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี แม้ว่าการใช้ความระมัดระวังในการประเมินผล ของผลลัพธ์เป็นสิ่งที่จำเป็นและระดับคะแนนในตอนแรกค่าจะไม่มีผลต่อการทำนายการมีชีวิตรอด