

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation study) มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตาม โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ลักษณะอาการเจ็บป่วย ความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแล และความสม่ำเสมอในการกิน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ปัจจุบันกำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งสนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์จากกระทรวงสาธารณสุขตามโครงการพัฒนาระบบการดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ปี 2546 ถึง 2548 ที่มารับบริการ ณ สถานพยาบาลของรัฐ ในเขตจังหวัดชลบุรี ที่คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จำนวน 334 คน ใช้แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแล และแบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิต แบบสอบถามชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค แบบสอบถามความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistics Package for the Social Science) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) บรรยายลักษณะของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสัดส่วน (Mc Nemar Test) และ สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression)

## ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

ผู้ป่วยเอดส์ที่ศึกษา มีจำนวน 334 คน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.7 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดได้แก่กลุ่มอายุ 31 – 40 ปี รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 21 – 30 ปีและ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.8 และ 21.3, 21.3 ตามลำดับ การศึกษาระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดได้แก่ ระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า ร้อยละ 47.9 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.1 สถานภาพสมรสที่พบมากที่สุดได้แก่ สถานภาพ คู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 49.4 รองลงมาได้แก่สถานภาพหม้าย ร้อยละ 21.0 กลุ่มอาชีพที่พบมากที่สุดได้แก่ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.1 รองลงมาคือกลุ่มว่างงาน ร้อยละ 18.6 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างพบมากที่สุดได้แก่กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 48.8 รองลงมาได้แก่ 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 26.6 ความสามารถในการจ่ายค่ายาของกลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ จ่ายค่ายาได้น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 48.5 รองลงมาได้แก่ จ่ายไม่ได้ ร้อยละ 43.1

ปัจจัยด้านการได้รับบริการการรักษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับบริการการปรึกษา ร้อยละ 98.5 เมื่อแบ่งตามประเภทการปรึกษาแบบกลุ่มพบว่า ไม่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม ร้อยละ 46.4 รองลงมาได้แก่การได้รับการบริการปรึกษาแบบกลุ่ม 1 - 4 ครั้ง ร้อยละ 42.8 ส่วนการได้รับบริการปรึกษาแบบรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ การได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคล 1 - 4 ครั้ง ร้อยละ 58.7 รองลงมาได้แก่ 5 - 9 ครั้ง ร้อยละ 25.1 ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างรับบริการปรึกษาสูงสุดได้แก่ เรื่องโรคเอดส์ การกินยาต้าน และการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 59.9 รองลงมาได้แก่ เรื่องการกินยาต้านและการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 20.4 การอนุญาตให้เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อนุญาตให้เยี่ยมบ้าน ร้อยละ 54.2 ความถี่ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านในกลุ่มตัวอย่างที่อนุญาตให้เยี่ยมสูงสุดได้แก่ ไม่ได้รับการเยี่ยม ร้อยละ 30.5 รองลงมาได้แก่ 1 - 4 ครั้ง ร้อยละ 23.4 ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว สูงสุดได้แก่ กลุ่มที่อยู่อาศัยกับคู่ของตน ร้อยละ 37.1 รองลงมาได้แก่ อยู่กับครอบครัวขยาย ร้อยละ 29.9 การปฏิบัติด้านเพศสัมพันธ์ พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่ปลอดภัย โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และ งดมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 89.2 การปฏิบัติด้านเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้แก่ ใส่ถุงยางบางครั้ง ไม่ใช้ถุงยางอนามัย การหลังภายนอกและอื่น ๆ ร้อยละ 10.8 การดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ ไม่ดื่ม ร้อยละ 71.6 รองลงมาได้แก่การดื่มแอลกอฮอล์ เวลาไม่เทศกาล ร้อยละ 24.0 การสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ ไม่สูบ ร้อยละ 84.4 รองลงมาได้แก่ สูบนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 7.5 การออกกำลังกาย สูงสุดได้แก่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 59.6

ความถี่ในการออกกำลังกายสูงสุดได้แก่ 3 – 7 ครั้งต่อสัปดาห์ ลักษณะกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสูงสุดได้แก่ การเดิน ร้อยละ 30.2 รองลงมาได้แก่ การวิ่ง ร้อยละ 12.9

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างที่พบสูงสุดได้แก่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 75.4 รองลงมาได้แก่ 2 มื้อต่อวัน ร้อยละ 14.7 เวลาในการรับประทานอาหาร สูงสุดได้แก่ ตรงเวลาบางครั้ง ร้อยละ 40.1 รองลงมาได้แก่ ไม่ตรงเวลา ร้อยละ 30.8 ระยะเวลาการนอนหลับ สูงสุดได้แก่ มากกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 50.3 รองลงมาได้แก่ 6 – 8 ชั่วโมง ร้อยละ 46.1 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบการนอนหลับเพียงพอ ร้อยละ 86.8

2. ลักษณะอาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามลักษณะอาการเจ็บป่วยด้านการติดเชื้อฉวยโอกาสระยะก่อนการกินยา สูงสุดได้แก่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 83.2 การติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน สูงสุดได้แก่ ไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 96.1 โดยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบสูงสุดได้แก่ วัณโรคปอด ร้อยละ 2.1 การกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสสูงสุด ได้แก่ ไม่ต้องกินยา ร้อยละ 56.3 รองลงมาได้แก่ การกินยาป้องกันโรคปอดอักเสบ (แบคทีเรีย) ร้อยละ 19.2 และยาป้องกันโรคปอดอักเสบกับยาป้องกันเชื้อราในสมอง (แบคทีเรียและฟลูโคนาโซล) ร้อยละ 19.2

3. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแล กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแล โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.1 รองลงมาได้แก่ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 41.9 เมื่อพิจารณาทางด้าน ด้านรูปธรรมของการบริการ ระดับความพึงพอใจสูงสุดได้แก่ ระดับมาก ร้อยละ 60.8 รองลงมาได้แก่ ระดับมากที่สุดและระดับน้อยมีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 19.5 ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ระดับความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ระดับมาก ร้อยละ 50.9 รองลงมาได้แก่ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 48.5 ด้านการตอบสนองต่อผู้ให้บริการ ระดับความพึงพอใจสูงสุดได้แก่ ระดับมาก ร้อยละ 53.9 รองลงมาได้แก่ระดับมาก ร้อยละ 45.4 ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการ ระดับความพึงพอใจสูงสุดได้แก่ ระดับมาก ร้อยละ 50.0 รองลงมาได้แก่ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 47.9 ด้านการให้ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ระดับความพึงพอใจสูงสุดได้แก่ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 55.4 รองลงมาได้แก่ ระดับมาก ร้อยละ 44.6

4. ความสม่ำเสมอในการกินยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกินยาด้านไวรัสเอดส์ ด้านสาเหตุที่กินยาด้าน กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 52.4 รองลงมาได้แก่ มีภาระต้องดูแลครอบครัว ร้อยละ 32.3 ความถี่ของการลืมนกินยา/ไม่ได้กินยา สูงสุดได้แก่ ไม่เคยลืมนกินยา/ไม่ได้กินยา (0 ครั้ง) ร้อยละ 84.4 รองลงมาได้แก่ 1 ครั้ง ร้อยละ 9.0 ระยะเวลาที่คลาดเคลื่อนจากแผนการรักษา / เลื่อนเวลาการกินยา (ช่วง 1 เดือน) กลุ่มตัว

อย่างสูงสุดได้แก่ น้อยกว่า 30 นาทีร้อยละ 43.4 รองลงมาได้แก่ ไม่คลาดเคลื่อน/ตรงเวลา ร้อยละ 40.4 ความถี่ของการเลื่อนยาช่วง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ 1 - 6 ครั้ง ร้อยละ 59 รองลงมาได้แก่ ไม่เลื่อน/ตรงเวลา ร้อยละ 40.1 ความต้องการกินยาต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ กินต่อ ร้อยละ 98.2 รองลงมาได้แก่ อื่น ๆ (ถ้ามียาผิด หรือทางอื่น ๆ ให้เลือก) ร้อยละ 1.2 สาเหตุที่ทำให้กินยาไม่ตรงเวลา กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ ลืมกินยา ร้อยละ 41.1 รองลงมาได้แก่ ต้องไปทำธุระนอกบ้าน ร้อยละ 23.7 และระดับความสม่ำเสมอและความสามารถในการกดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ ระดับความสม่ำเสมอ 90 – 95 % ความสามารถในการกดเชื้อเอชไอวีได้ 60 % คิดเป็นร้อยละ 54.8 รองลงมาได้แก่ ระดับความสม่ำเสมอมากกว่า 95 % ความสามารถในการกดเชื้อเอชไอวีได้ 80 % คิดเป็นร้อยละ 40.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ ผลการตรวจเลือดหาระดับ ซีดี 4 กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์มีระดับค่า CD4 ช่วงหลังการกินยาช่วง 6 เดือน และ ณ ปัจจุบันเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 110.09 เซลล์/ลบ.มม. และ 124.37 เซลล์/ลบ.มม. ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ณ ปัจจุบัน) โดยภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สูงสุดได้แก่ มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 73.4 รองลงมาได้แก่คุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 25.1 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 59.6 รองลงมาได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 39.8 ด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 61.4 รองลงมาได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 36.5 ด้านสัมพันธภาพกับสังคม กลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 56.3 รองลงมาได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 31.4 ด้านสิ่งแวดล้อมกลุ่มตัวอย่างสูงสุดได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 82.3 รองลงมาได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 12.6 และผลการประเมินความสามารถของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดสมรรถนะทางกายภาพของผู้ป่วย (Karnofsky Score = KNS) ผลการประเมินความสามารถของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามแบบวัดสมรรถนะทางกายของ Karnofsky Score หลังการกินยาต้านไวรัส (ณ ปัจจุบัน) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง สูงสุดได้แก่ กลุ่มที่มีคะแนน KNS เท่ากับ 100 คะแนนเต็ม คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาได้แก่ กลุ่มที่มีคะแนน KNS เท่ากับ 90 คิดเป็นร้อยละ 38.9

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบทางสถิติเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แบ่งตามการทดสอบในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การทดสอบประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามลักษณะอาการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสเปรียบเทียบสัดส่วนการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสก่อนการกินยา

และการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน โดยการกำหนดเกณฑ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสไว้ที่ (เกณฑ์ร้อยละ 80) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอช ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีสัดส่วนระหว่างการมีการติดเชื้อ โรคฉวยโอกาสเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด นั่นคือการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสช่วงก่อนการกินยาสูงกว่าการติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน ค่าเฉลี่ยการติดเชื้อฉวยโอกาส ก่อนการกินยา ต่อ การติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน เท่ากับ .83 (ร้อยละ 83) ต่อ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ .04 (ร้อยละ 4) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ พบว่า การติดเชื้อฉวยโอกาส ช่วงก่อนการกินยา กับการติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอช ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การทดสอบประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ด้านผลการตรวจระดับค่า CD 4 ในกระแสเลือด เปรียบเทียบสัดส่วนระดับค่า CD4 ต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. กับ ระดับค่า CD4 ตั้งแต่ 100 เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป ช่วงเวลาก่อนการกินยาต้านไวรัสเอดส์และ หลังการกินยาต้านไวรัสเอดส์ 6 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนระดับค่า CD4 ต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. ต่อ ระดับค่า CD4 ตั้งแต่ 100 เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป ช่วงก่อนการกินยาอยู่ที่สัดส่วนร้อยละ 68 ต่อ 32 หลังการกินยาต้าน 6 เดือน มีระดับค่า CD4 ต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. ต่อ ระดับค่า CD4 ตั้งแต่ 100 เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป ลดลงเหลือสัดส่วนร้อยละ 17 ต่อ 83 เป็นไปตามสัดส่วนที่กำหนด(เกณฑ์ร้อยละ 80) และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ผลการทดสอบประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ด้านการประเมินระดับคุณภาพชีวิต (ณ ปัจจุบัน) กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอช ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ด้านการประเมินระดับคุณภาพชีวิต (ณ ปัจจุบัน) พบว่าสัดส่วนการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางขึ้นไปต่อการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี เป็นร้อยละ 100 ต่อ 0 เป็นไปตามสัดส่วนที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผลการทดสอบประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ด้านการวัดสมรรถนะทางกายของ Karnofsky Score หลังการกินยาต้านไวรัส (ณ ปัจจุบัน) พบว่าสัดส่วนระดับค่าคะแนนสมรรถนะทางกาย (KNS ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป) ร้อยละ 90 ต่อ ระดับค่าคะแนนสมรรถนะทางกาย (KNS ต่ำกว่า 80) ร้อยละ 10 เป็นไปตามสัดส่วนที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การทำนายประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสด้านคุณภาพชีวิต (ณ ปัจจุบัน) จากตัวแปรทำนาย การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุรา การรับประทานอาหารตรงเวลา สามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ณ ปัจจุบัน) ได้ร้อยละ 13 ( $p < .000$ ) ตัวแปรทำนาย ความพึงพอใจด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ใช้ การนอนหลับเพียงพอ การติดเชื้อฉวยโอกาส ณ

ปัจจุบัน และความพึงพอใจด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ สามารถร่วมกันทำนาย ด้านคะแนนสมรรถนะร่างกาย (KNS) ผู้ติดเชื้อเอชวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ณ ปัจจุบัน) ได้ร้อยละ 13 ( $p < .000$ ) ตัวแปรทำนาย การติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน การนอนหลับไม่เพียงพอและการไม่ได้รับการปรึกษาสามารถร่วมกันทำนาย ระดับค่า CD4 หลังการกินยา 6 เดือนของผู้ติดเชื้อเอชวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้ร้อยละ 8 ( $p < .000$ )

## อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตามโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ผลการทดสอบทางสถิติเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลของการรักษาด้วยการพิจารณาการอภิปรายผลแบ่งตามผลการทดสอบในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะอาการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสเปรียบเทียบสัดส่วนการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสช่วงก่อนการกินยาและการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน โดยการกำหนดเกณฑ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสไว้ที่ระดับ ร้อยละ 80 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีสัดส่วนระหว่างการมีการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด นั่นคือการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสช่วงก่อนการกินยาสูงกว่าการติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน ค่าเฉลี่ยการติดเชื้อฉวยโอกาส ก่อนการกินยา ต่อ การติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน เท่ากับ .83 (ร้อยละ 83) ต่อ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .04 (ร้อยละ 4) เมื่อทดสอบด้วยสถิติพบว่า การติดเชื้อฉวยโอกาส ช่วงก่อนการกินยา กับ การติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชวี/ผู้ป่วยเอดส์ แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ สัดส่วนอาการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อ เอชวี/ผู้ป่วยเอดส์ ช่วงเวลา ณ ปัจจุบัน สัดส่วนการไม่มีการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส สูงกว่าก่อนการกินยา คือมีมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 96 (เกณฑ์ ร้อยละ 80) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้กำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยและมีการกำหนดเกณฑ์ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำทุกรายก่อนเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ เช่น ผลการตรวจเลือด Anti-HIV, CD4, CBC, SGPT และ ตรวจเอ็กซ์เรย์ปอดทุกราย

การตรวจอื่น ๆ อาจทำในผู้ติดเชื้อบางราย ได้แก่ Hepatitis profile, creatinine, lipid profiles, viral load, resistance testing (ในกรณีที่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน และตรวจพบปริมาณไวรัสในกระแสเลือด  $> 1,000$  copies/ml) การตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิส การตรวจหาการติดเชื้อวัณโรค เป็นต้น รวมทั้งผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ก็จะได้รับ การรักษา

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั้น ๆ เบื้องต้นระดับหนึ่งก่อนที่จะเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ หรือการให้ยาป้องกัน การติดเชื้อฉวยโอกาสในรายที่ยังมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. ทุกราย เป้าหมาย การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำที่สุดและไม่เพิ่มจำนวน นอกจากการคัดกรอง ก่อนการเริ่มยาต้านแล้วกระทรวงสาธารณสุขยังมีแนวทางในการติดตามและการดูแลด้วยกระบวนการ ให้คำปรึกษาหลังการกินยาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะความรู้เรื่อง โรคและการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา เช่น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าจะรับประทานยาแล้วมีอาการไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกแย่ลงโดยไม่เข้าใจ หรือ ไม่ทราบมาก่อนว่าอาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้ เป็นผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ในทางกลับ กันผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าจะอาการดีขึ้นมากหรือไม่มีอาการ แสดงของโรคแล้ว เพราะไม่ทราบว่ามีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พัฒนา โพรธีแก้ว (2537) และเกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) พบว่าความรู้ความเข้าใจในการรักษามีความ สัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือและความสม่ำเสมอในการรักษาวัณโรค จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการของ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลงหลังการกินยาต้านไวรัส เช่นเดียวกับ เอมิกา มากจ้อย (2547) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัส ผลการตอบสนองทางคลินิกพบว่าเมื่อพิจารณาจากการเกิด โรคติดเชื้อ ไรต์ส อีโอ อีโอ อีโอ ทุก ชนิด โดยรวมหลังได้รับ ยา ผู้ป่วย ส่วน ใหญ่ อยู่น้อย 75.9 ไม่เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส

สรุปประสิทธิผลของการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตามโครงการการเข้าถึงบริการยาต้าน ไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ด้านลักษณะอาการเจ็บป่วยด้วย การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ให้ผลดี นั่นคือ สัดส่วนอาการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสของ กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ช่วงเวลา ณ ปัจจุบัน สัดส่วนการไม่มีการติดเชื้อ โรคฉวย โอกาส สูงกว่าก่อนการกินยา คือมีมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 96 (เกณฑ์ ร้อยละ 80) การติด เชื้อฉวยโอกาส ช่วงก่อนการกินยา กับการติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอช ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการตรวจระดับค่า CD 4 ในกระแสเลือด ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์มีระดับค่า CD4 ช่วงหลังการกินยาช่วง 6 เดือน และ ณ ปัจจุบันเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 110.09 เซลล์/ลบ.มม. และ 124.37 เซลล์/ลบ.มม. เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระดับค่า CD4 ต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. กับ ระดับค่า CD4 ตั้งแต่ 100 เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป ช่วงเวลาก่อนการกินยาต้านไวรัสเอดส์และ หลังการกินยา ต้านไวรัสเอดส์ 6 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนระดับค่า CD4 ต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. ต่อ ระดับค่า CD4 ตั้งแต่ 100 เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป ช่วงก่อนการกินยาอยู่ที่สัดส่วนร้อยละ 68 ต่อ 32 หลังการกินยาต้าน 6 เดือน มีระดับค่า CD4 ต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. ต่อ ระดับค่า CD4 ตั้งแต่

100 เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป ลดลงเหลือสัดส่วนร้อยละ 17 ต่อ 83 เป็นไปตามสัดส่วนที่กำหนด และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้เพราะวงจรชีวิตของเชื้อเอช ไอ วี เมื่อเข้าสู่ร่างกาย เชื้อจะเกาะติดและเข้าสู่เม็ดเลือดขาว CD4 ถอดรหัสพันธุกรรมจาก CD4 ของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ แล้วเชื้อเอชไอวีเชื่อมต่อกับสายพันธุกรรมเข้ากับ CD4 แปรรหัสพันธุกรรมเป็นของตนเอง หลังจากนั้นจะแบ่งตัวหลุดออกจาก CD4 เพื่อไปทำลาย CD4 ตัวอื่นๆ ต่อไปเรื่อยๆ ทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับ CD4 ของร่างกายลดลง ภูมิคุ้มกันต่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลงและติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย การกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอจะยับยั้งไม่ให้เชื้อเอชไอวี เพิ่มจำนวนขึ้น และเพิ่มภูมิคุ้มกัน (CD4) ให้สูงขึ้นจนกระทั่งนำไปสู่ระดับปกติ เป้าหมายหลักของการรักษาคือ ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระดับ CD4 ให้สูงกว่า 300 ตัว ต่อ เลือด

1 ไมโครลิตร พีระม่น นิงสานนท์, ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล และ สุวนีย์ใหม่สุวรรณ (2548)

การติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ในการกดเชื้อไวรัสได้ดี คือระดับภูมิคุ้มกัน CD4 เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 100 – 150 เซลล์/ลบ.มม.. ต่อปี โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกของการรักษา ระดับภูมิคุ้มกันจะเพิ่มขึ้นเร็วมาก การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่กดเชื้อไวรัสได้ดี จะช่วยให้ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 100 เซลล์/ลบ.มม. ในระยะเวลา 1 ปี DHHS (2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ เอมิกา มากจู้ย (2547) ศึกษาการใช้ยาในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ในจังหวัดราชบุรี พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวน 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

สรุปประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ตามโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ (NAPHA) ด้านผลการตรวจระดับค่า CD4 ในกระแสเลือด ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอ็ดส์มีระดับค่า CD4 ช่วงหลังการกินยาช่วง 6 เดือน เพิ่มขึ้นมากกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระดับค่า CD4 ต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. กับระดับค่า CD4 ตั้งแต่ 100 เซลล์/ลบ.มม. ขึ้นไป ช่วงเวลาก่อนการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์และ หลังการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์ 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอช ไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ แตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



### 3. ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ด้านการประเมินระดับคุณภาพชีวิต

(ณ ปัจจุบัน) กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ด้านการประเมินระดับคุณภาพชีวิต (ณ ปัจจุบัน) พบว่าสัดส่วนการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางขึ้นไปต่อการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี เป็นร้อยละ 100 ต่อ 0 เป็นไปตามสัดส่วนที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ถึงความมีประสิทธิภาพหรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมายเพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ ความนึกคิด สังคม และการดูแลรักษา แร็กซ์เซลล์ โคตาร์บา และมอร์โรว์ (Ragsdale, Kotarba & Morrow, 1992) และมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งจะปรากฏออกมาในลักษณะของสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะด้านจิตใจ ระดับของการพึ่งพา ปฏิสัมพันธ์ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อของบุคคล (The WHOQOL Group, 1996)

คุณภาพชีวิตเป็นด้านหนึ่งของชีวิตที่เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความพอใจและผาสุกในชีวิตซึ่งถือได้ว่าภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบหรือมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตก็เป็นองค์ประกอบของภาวะสุขภาพได้เช่นกัน ซึ่งพิจารณาจากความหมายของภาวะสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่าสุขภาพไม่เพียงแต่เป็นภาวะที่ปราศจากโรคและความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการมีความสุข สมบูรณ์และเป็นอยู่ที่ดี หรือความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองซึ่งพบว่าภายหลังที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้เข้าร่วม โครงการ และได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความพร้อมในการดูแลตนเองลดลง (ดวงกมล วัตราคุลักษณ์ 2537) มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและความเจ็บป่วยลดลง (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) นอกจากนี้ทั้งสองการศึกษาที่กล่าวมายังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังจากการเข้าร่วมโครงการ สอดคล้องกับเปรมฤทัย น้อยหมั่นไว (2536) ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ 60 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ 32 ราย และผู้ป่วยเอดส์ 28 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบาราศนราคร โดยใช้แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padila & Grant, 1985) พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตามโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (NAPHA) ด้านการประเมินระดับคุณภาพชีวิต (ณ ปัจจุบัน) กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางขึ้นไป

#### 4. ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ด้านการวัดสมรรถนะทางกายของ

Karnofsky Score หลังการกินยาต้านไวรัส (ณ ปัจจุบัน) พบว่าสัดส่วนระดับค่าคะแนนสมรรถนะทางกาย (KNS ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป) ร้อยละ 90 ต่อ ระดับค่าคะแนนสมรรถนะทางกาย (KNS ต่ำกว่า 80) ร้อยละ 10 เป็นไปตามสัดส่วนที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ทำงานได้ ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษหรือมีภาวะสุขภาพเทียบเท่าคนปกติทั่วไป จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับผลกระทบที่รุนแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งการพัฒนาวัคซีนและยารักษาโรคที่ยังให้ผลที่ไม่แน่นอน จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยทุกคนต่างก็รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเปลี่ยนแปลงไป การวัดสมรรถนะทางกายหรือดัชนีสมรรถนะทางกาย (Karnofsky Scale or The Karnofsky performance Scale Index) เป็นเครื่องมือที่สร้างโดยแพทย์ชาวอเมริกัน 2 ท่าน ได้แก่ เดวิด คาร์นอฟสกี และ โจเซฟ เบอร์เชนนอล ในปี 1940 ที่พยายามที่วัดผลโดยการซักถามจากผู้ป่วย หลังจากการรักษาโรคมะเร็ง มาตราวัดที่สัมพันธ์กับสมรรถนะทางกาย ครอบคลุมทั้งหมด 11 ประเด็นหลัก ตั้งแต่ ระดับภาวะสุขภาพปกติ จนถึงเสียชีวิต แบ่งช่วงคะแนนออกเป็นช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ ตั้งแต่คะแนน 0 คือเสียชีวิต ถึงระดับ สูงสุด คะแนน 100 คือ ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ทำงานได้ ไม่มีอาการเจ็บป่วย Crooks, V, Waller S, et al. (1991)

การใช้มาตรวัดสมรรถนะทางกายของคาร์นอฟสกี ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ดื้อยาเคมีบำบัดด้วยการฉายแสง พบว่าค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการตอบสนอง คือ 22 สัปดาห์ ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีค่าคะแนนสมรรถนะทางกายของคาร์นอฟสกี มากกว่า 70 การบำบัดด้วยการฉายแสงให้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะสุดท้าย มาตรวัดสมรรถนะทางกายของคาร์นอฟสกีสามารถช่วยกำหนดระยะเวลาของการตอบสนองต่อการรักษาและการมีชีวิตรอดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ Faul C et al. (2000) สอดคล้องกับการศึกษาของเอมิกา มากจู้ย (2547) ศึกษาการใช้ยาในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดราชบุรี พบว่าหลังจากได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 6 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และ สุขภาวะ ไคคุนาลัย (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์นั้นมีอัตราการมีงานทำมากกว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

#### สรุปประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ด้านการวัดสมรรถนะทางกายของ

Karnofsky Score หลังการกินยาต้านไวรัส (ณ ปัจจุบัน) กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ทำงานได้ ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษหรือมีภาวะสุขภาพเทียบเท่าคนปกติทั่วไป

## 5. การทำนายประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

### 5.1 การทำนายประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสด้านคุณภาพชีวิต (ณ ปัจจุบัน)

จากตัวแปรทำนาย การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุรา การรับประทานอาหารตรงเวลา สามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ณ ปัจจุบัน) ได้ร้อยละ 13 ( $p < .000$ ) นั่นคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพเช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่ดี มีผลดีต่อคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ณ ปัจจุบัน) จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Muoz-Morino et al., 2004) เช่นเดียวกับการดื่ม แอลกอฮอล์ (Bonolo et al., 2004 ; Dole et al., 2004) วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ 2547 ก็พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอน้อยกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับการศึกษานี้ของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนมากมีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพร่างกายและความสุขทั่วไป เรื่องการกินอยู่หลับนอน และการทำหน้าที่ทางร่างกายไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยมากจะรับรู้คุณภาพชีวิตด้านนี้ต่ำ

การศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพระยะของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2537 ; พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539 ; Ragsdale & Morrow, 1990) นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2537) ยังได้รายงานปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความเจ็บป่วย อาชีพ เพศ และอายุ โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองซึ่งพบว่าภายหลังที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้เข้าร่วมโครงการ และได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความพร้อมในการดูแลตนเองลดลง (ดวงกมล วัตราคุลย์ธม 2537) มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและความเจ็บป่วยลดลง (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) จากการศึกษาที่กล่าวมายังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังจากการเข้าร่วมโครงการ สอดคล้องกับการศึกษาของถนอมศักดิ์ ทองมัน (2547) ศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จังหวัดลพบุรีพบว่าพบว่าการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 ตัวแปรทำนาย ความพึงพอใจด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้ใช้บริการ การนอนหลับเพียงพอ การคิดเชื่อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน และความพึงพอใจด้านการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการสามารถร่วมกันทำนาย ด้านคะแนนสมรรถนะร่างกาย (KNS) ผู้ติดเชื้อเอชวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ณ ปัจจุบัน) ได้ร้อยละ 13 ( $p < .000$ ) การวัดนี้ไม่มีการระบุระยะของสุขภาพได้อย่างชัดเจน และไม่ได้กล่าวถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละคน แต่มาตรวัดนี้ใช้ได้ง่าย ต่อมามีการทดสอบทางจิตวิทยาอย่างซับซ้อน ที่แสดงให้เห็นว่าเป็นอยู่ทั่วไปและ คุณภาพชีวิตสอดคล้องกับคะแนนสมรรถนะร่างกายของคาร์นอฟสกี (ถ้าบุคคลมีสุขภาพปกติ หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกดี แต่ถ้าบุคคลมีเจ็บป่วยมากหรือ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จะมีความรู้สึกที่แย่ตามไปด้วย) Hollen PJ, Gralla RJ, et al (1994) ผู้ที่ได้รับเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ร่างกายจะอ่อนแอลงเนื่องจากเม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันถูกทำลายลง จึงควรรักษา ฟื้นฟู ร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ การส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างง่าย ๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย อารมณ์แจ่มใส นอนหลับง่าย และหากมีเพศสัมพันธ์ต้องสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันและฟื้นฟูสภาพให้มีสมรรถนะดียิ่งขึ้น กรมควบคุมโรค (2548) จากการศึกษาปัจจัยทำนายด้านอาการทางคลินิกและผลการตรวจเลือดต่อการมีชีวิตรอดในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อเอดส์ชนิดมีอาการ พบว่าการวินิจฉัยโรคเอดส์และมาตรวัดสมรรถนะร่างกายของคาร์นอฟสกีเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการทำนายการมีชีวิตรอดของผู้ติดเชื้อเอดส์ การใช้มาตรวัดสมรรถนะร่างกายของคาร์นอฟสกีและผลการตรวจระดับนีโอพิวริน กับ เบต้า 2 เอ็มในเลือดทำได้ง่ายกว่าและมีราคาถูกกว่าการตรวจระดับ CD4 ในเลือด น่าจะใช้ประโยชน์เพื่อเป็นแนวทางในการพยากรณ์โรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแอฟริกาได้ Whittle, et al. (1992)

จากการศึกษาของจิตติมา โกลาประกรณ์ (2547) ศึกษากระบวนการรับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องโดยเภสัชกรในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลเสนา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของระบบการรับยาต้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่องโดยเภสัชกรต่อผู้ป่วยในด้านความพึงพอใจ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และความร่วมมือในการใช้ต้านไวรัสเอดส์ พบว่าหลังจากเข้าสู่ระบบรับยาต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนพึงพอใจ คะแนนความรู้ และร้อยละเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าก่อนเข้าสู่ระบบรับยาต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อระบบรับยาต่อเนื่องน่าจะเป็นเพราะลดระยะเวลาในการรอ และความสะดวกรวดเร็วในการมารับยา ในด้านประสิทธิผล พบว่าผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่องนี้มีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ต่ำกว่าก่อนที่จะเข้ารับยา เช่นเดียวกับเวนเซลและคณะ (1998) ศึกษาอิทธิพลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อมาตร

วัดสมรรถนะทางกายของคาร์บอนฟอสฟอรัสและการทำหน้าที่ทางสังคมโดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคเลือดซีโมฟีเลีย โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดซีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลบวกและให้ผลลบ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะทางกายของคาร์บอนฟอสฟอรัสลดลงจาก 65.22 เป็น 63.43 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดซีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลบวกระหว่างปี 1988 และ 1991 แต่เพิ่มขึ้น จาก 77.7 เป็น 82.2 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดซีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ คะแนนสมรรถนะทางกายของคาร์บอนฟอสฟอรัสที่และเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดซีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลลบ (86.6 %) ซัดแย้งกับ (50%) กลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดซีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลบวก มีผู้ป่วย 7 คนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดซีโมฟีเลียที่ผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีให้ผลบวกทั้งหมด เสียชีวิตในปี 1991

5.3 ตัวแปรทำนาย การติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบัน การนอนหลับไม่เพียงพอและการไม่ได้รับการปรึกษาสามารถร่วมกันทำนาย ระดับค่า CD4 หลังการกินยา 6 เดือนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้ร้อยละ 8 ( $p < .000$ ) เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่สำคัญคือเป็นแกนกลางในการควบคุมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทั้งระบบของร่างกาย ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับเชื้อ HIV เข้าไปในร่างกาย เชื้อจะเข้าไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวเหล่านี้ ส่งผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง โดยระดับเม็ดเลือดขาว CD4 จะลดลงเรื่อย ๆ เพราะเชื้อไวรัสจะค่อย ๆ เพิ่มจำนวนมากขึ้น จนกระทั่งไม่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ ซึ่งการติดเชื้อฉวยโอกาสจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อจำนวนเชื้อไวรัสขยายตัวเพิ่มมากขึ้นและ จำนวน CD4 ลดลง พีระม่น นิงสานนท์และคณะ (2548) จากการศึกษาครั้งนี้ ระดับ CD4 หลังการกินยา 6 เดือนเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ 100 เซลล์/ลบมม. ขึ้นไปและการติดเชื้อฉวยโอกาส ณ ปัจจุบันลดลงเหลือเพียงร้อยละ 4 นั้นแสดงว่า จำนวน CD4 เป็นดัชนีหนึ่งที่ยบอสถานะของผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ และใช้พยากรณ์ความรุนแรงของโรคได้ รวมทั้งบ่งชี้ในการรักษาและการประเมินประสิทธิผลของการรักษาโดยการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วย การตรวจระดับ CD4 มีความสำคัญในการติดตามระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยและบ่งชี้ว่าเมื่อใดที่สามารถหยุดการกินยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (OI prophylaxis) แต่ละชนิดได้ กระทรวงสาธารณสุข (2547)

จากการศึกษาพฤติกรรมทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ของ ชุตติมา พรหมสรและคณะ (2546) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งยังคงมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ รวมทั้งสามารถรับเชื้อเพิ่มเข้าสู่ร่างกายของตนเอง การบริการให้คำปรึกษาด้านเอชไอวีโดยเฉพาะการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง จึงควรเป็นบริการที่

สำคัญแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้เกิดความรู้และตระหนักรู้อย่างต่อเนื่องในการลดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยง เอมิกา มากจู้ย(2547) ศึกษาการใช้ยาในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดราชบุรี พบว่าหลังจากได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 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

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการถามข้อมูลจากผู้ป่วย และมีข้อจำกัดในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจดจำข้อมูลบางอย่าง เช่น ระดับค่า CD4 แต่ละช่วงที่เจาะ ของตนเองได้เนื่องจากผลหลังจากการติดเชื้อฉวยโอกาสคือเชื้อราในสมอง การเก็บรวบรวมข้อมูลจะศึกษาจากข้อมูลจากเวชระเบียนร่วมด้วย ดังนั้นในงานบริการด้านยาต้านไวรัสเอดส์ต้องมีระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้เก็บไว้เป็นข้อมูลสุขภาพของตน นอกจากนี้ในเวชระเบียน เช่น คู่มือสุขภาพ คู่มือการรักษา สมุดนัดผู้ป่วย เป็นต้น
2. การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านการไม่ได้รับคำปรึกษามีผลในการทำนายระดับค่า CD 4 หลังการกินยา 6 เดือน ในคลินิกบริการยาต้านไวรัสควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการปรึกษา และมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้หลากหลายและต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองและมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงยิ่งขึ้น
3. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 10.8) มีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ใช้ถุงยางบางครั้ง หลังภายนอก) ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อซึ่งจะส่งผลต่อการดื้อยาในภายหลังได้ ดังนั้นในคลินิกที่ให้บริการต้องมีมาตรการในการให้ข้อมูล และวิธีการในการชักจูงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในด้านนี้เช่น การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา พัฒนาสื่อในการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นภาพกระบวนการเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งเชื้อกลายพันธุ์และมีการดื้อยาที่ชัดเจน เป็นต้น
4. ข้อมูลด้านการไม่อนุญาตให้มีการเยี่ยมบ้านการศึกษาค้นคว้าพบถึง ร้อยละ 45.8 ที่ไม่อนุญาตให้เยี่ยมบ้านนั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีความรู้สึกถูกแบ่งแยกทางสังคม ในเชิงนโยบายทั้งภาครัฐและเอกชน น่าจะมีมาตรการในการประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอในการทำวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองในเรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน CD4 กิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือ พัฒนารูปแบบการบริการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

2. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก พฤติกรรม 8 อ. ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อหาแนวทางในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อไป

3. การศึกษาประสิทธิผลการรักษาครั้งต่อไป น่าจะมีการศึกษาให้ครอบคลุมในด้านเศรษฐกิจต้นทุนต่อหน่วย การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือ ศึกษาความต้องการรูปแบบการบริการทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์