

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการบำบัดกลุ่มเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยสรุปสาระสำคัญไว้ดังนี้

1. โรคเอดส์
2. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
3. การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ
4. แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ
5. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
6. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

โรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) เป็นชื่อย่อมาจาก Acquired Immuno Deficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV: Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้ว ทำให้มีการทำลายระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกการต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหน้าที่ลง จนไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อจากเชื้อโรคได้ ผู้ที่รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วเมื่อไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาสุขภาพ ก็จะทำให้เกิดกลุ่มอาการหลายอย่างเนื่องจากผลของร่างกายที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ

เชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคในปอด หรือดื้อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (สุรพล สุวรรณกุล, 2543 อ้างถึงใน องค์การ ประจันเขตต์, 2551)

และมีผู้ให้ความหมายของโรคเอดส์ไว้แตกต่างกันดังนี้คือ

โรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยกำเนิด แต่เกิดจากการได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ทำให้มีการทำลายเซลล์ต่าง ๆ

ของร่างกาย จนเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือโรคมะเร็งได้ง่าย (Ginzburg & Maedonald, 1986, p. 153 อ้างถึงใน สรายุทธ์ พงษ์กุ่มภา, 2543, หน้า 34)

โรคเอดส์ คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันโรค หรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อไวรัสที่ชื่อเอชไอวีทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป ซึ่งมีได้เป็นมาแต่กำเนิด ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสและหรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิด รวมทั้งเกิดอาการทางจิตและประสาทได้ (บรรจง คำหอมกุล, 2535, หน้า 1)

โรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นภายหลัง ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ร่างกายไม่สามารถต้านทานโรคได้ เพราะเชื้อไวรัสทำลายระบบภูมิคุ้มกันโดยตรงหรือเป็นผลเนื่องมาจากความผิดปกติในการทำงานของภูมิคุ้มกันโรค (ชวนชม สกนธวัฒน์, 2530, หน้า 125)

สรุปแล้วความหมายของโรคเอดส์ หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกาย แล้วจะไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าปกติ และมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงถึงเสียชีวิตได้

การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี พบได้ในเลือด น้ำอสุจิ น้ำเมือกในช่องคลอดและน้ำนมของมารดาที่ติดเชื้อ ดังนั้นจึงแพร่กระจายได้ 3 ทาง คือ

1. ทางเพศสัมพันธ์ เชื้อไวรัสเอชไอวี สามารถแพร่ได้จากการมีเพศสัมพันธ์ด้วยการรับน้ำอสุจิหรือน้ำเมือกในช่องคลอดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าไปทางรอยแผลขณะมีเพศสัมพันธ์ อาจจะเป็นการแพร่กระจายในพวกร่วมเพศ รักต่างเพศ โดยขณะร่วมเพศน่าจะเกิดรอยปริรอยฉีกที่อวัยวะเพศหรือทวารหนัก ทำให้มีเลือดและน้ำเหลืองซึมออกมาและเข้าสู่แผลของอีกฝ่ายหนึ่งได้ จากการศึกษาพบว่า การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อโดยไม่มีการป้องกันเพียง 1 ครั้ง มีโอกาสจะติดเชื้อได้ร้อยละ 0.1-6 ขึ้นอยู่กับว่าการร่วมเพศครั้งนั้นรุนแรงมากน้อยเพียงใด มีบาดแผลตามโรคหรือมีเลือดออกหรือไม่ (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2535, หน้า 6)

2. การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด

- 2.1 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี การได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี 1 ยูนิต จะมีโอกาสติดเชื้อเกือบร้อยละ 1 ปัจจุบันเลือดทุกยูนิตก่อนที่จะให้ผู้ป่วยจะผ่านการตรวจเอนติเอชไอวี (Anti-HIV) และพี 24 แอนติเจน (p24 Antigen) แต่อย่างไรก็ตาม การตรวจนี้ยังไม่สามารถตรวจหาผู้ติดเชื้อทุกรายที่อยู่ในช่วงที่ได้รับเชื้อเข้าไปก่อนที่จะมีแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Window Period) ได้ ทำให้ยังมีการติดเชื้อจากการรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดได้

2.2 การใช้กระบอกและเข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น โดยทำความสะอาดกระบอกและเข็มไม่ดี มีเลือดผู้อื่นปนเข้าไปด้วย มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.1-1 ต่อการใช้เข็มร่วมกับผู้ติดเชื้อ 1 ครั้ง

2.3 การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีตำหรือบาด เช่น ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ถูกเข็มเปื้อนเชื้อเอชไอวีตำ พบว่ามีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 0.02-1 ส่วนโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากใบมีดโกน เข็มสัก เข็มเจาะหู กรรไกรตัดเล็บนั้นโอกาสน้อยมาก

2.4 การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่แล้ว เนื่องจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันการปฏิเสธอวัยวะ

3. การแพร่เชื้อจากการคาบถ้ำรก โรคเอดส์สามารถแพร่จากการคาบถ้ำรกได้ตั้งแต่อยู่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอดและระยะหลังคลอด ซึ่งพบว่ามีโอกาสได้รับเชื้อร้อยละ 30-50 โดยอาจผ่านไปตามเลือด รก สายสะดือ น้ำคร่ำหรือน้ำนม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของการติดเชื้อของมารดา

การทดสอบการติดเชื้อเอชไอวี

การตรวจเพื่อทราบผลว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ โดยการตรวจหาห้องปฏิบัติการด้วยวิธีที่นิยมทำกันในปัจจุบัน มีความแตกต่างกันในด้านความรวดเร็ว ความแม่นยำ และราคาในการตรวจแต่ละครั้งเช่น

เอลิซ่า (Elisa-Enzyme Linked Immunosorbent Assay) เป็นการตรวจเพื่อหาแอนติบอดี (Antibody) ของร่างกายที่มีต่อเชื้อเอชไอวี นิยมตรวจในคลินิกทั่วไป ราคาไม่แพงมากแต่มีโอกาสผิดพลาดในการรายงานผลได้

เวสเทิร์น บลอต (Western Blot) นิยมใช้ในการตรวจยืนยันผลของชนิด เอลิซ่า ซึ่งในการทำวิจัย โดยเป็นการตรวจหาแอนติบอดีของร่างกายที่มีต่อเชื้อไวรัสเท่านั้น

พีซีอาร์ (PCR-Polymerase Chain Reaction) เป็นวิธีที่ให้ความแม่นยำสูงมากเป็นวิธีที่ใช้ตรวจหาส่วนประกอบของดีเอ็นเอ หรืออาร์เอ็นเอของเชื้อเอชไอวี ทำให้ผลการตรวจมีความแม่นยำสูงกว่าวิธีอื่น ๆ แต่มีราคาการตรวจสูงมากเช่นกัน

การติดเชื้อเอชไอวี ไม่ได้ทำให้เกิดการสร้างภูมิคุ้มกัน หรือแอนติบอดีขึ้นในร่างกายทันทีที่ติดเชื้อเข้าไปในร่างกาย ร่างกายจะใช้เวลาในการสร้างภูมิคุ้มกันประมาณ 3-6 เดือน ดังนั้นการตรวจหาแอนติบอดีในเลือดได้ผลลบ ก็ไม่ได้หมายความว่าไม่ติดเชื้อ จำเป็นต้องมีการตรวจซ้ำอีกใน 3 เดือนต่อมา หากผลเลือดเป็นลบจึงจะสามารถแน่ใจได้ว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี

การดำเนินของโรค

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของบุคคลจะก่อให้เกิดการติดเชื้อต่อเซลล์หลายชนิด เช่น ลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) โมโนไซต์ (Monocyte) แมกโครฟาจ (Macrophage) และเซลล์สมอง

(สุรศักดิ์ ฐานิพนิชสกุล และสัญญา ภักธราชัย, 2540) แต่เซลล์ที่ถือเป็นเป้าหมายหลักของการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีคือ เซลล์เพอร์ที ลิมโฟซัยท์ (Helper T Lymphocyte) โดยเชื้อเอชไอวีจะใช้ส่วน จีพี 120 (gp 120) จับกับซีดี4 (CD4) ซึ่งเป็นฐานรับอยู่บริเวณผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านทะลุผนังเซลล์ ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า เอนโดไซโตซิส (Endocytosis) จากนั้นจะสร้างดีเอ็นเอจากอาร์เอ็นเอโดยอาศัยเอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส ะยะนี้เชื้อจะไม่ทำอันตรายกับเซลล์ถือเป็นระยะแฝงจนเมื่อเซลล์ถูกกระตุ้น เชื้อไวรัสจะสร้างอาร์เอ็นเอที่เป็นยีนส์ของไวรัสตัวใหม่จากดีเอ็นเอของเซลล์ และสร้างโปรตีนต่าง ๆ ของไวรัส ประกอบกันเป็นนิวคลีโอแคปซิด (Nucleocapsid) ออกจากเซลล์เดิมโดยการแตกหน่อ (Budding) โดยใช้เปลือกหุ้มจากผิวเซลล์เดิมและไปเพิ่มจำนวนในเซลล์อื่นต่อไป ส่วนเซลล์เดิมก็จะตายไป ส่งผลให้เซลล์ภูมิคุ้มกัน (Immune Cell) ลดลงและเกิดภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) และมะเร็งบางชนิดได้ง่าย

โรคเอดส์มีการดำเนินโรคแบ่งได้ 3 แบบ ดังนี้ (วรรณิ กัญฐกมลกุล, 2541; Fauci & Lane, 1998 อ้างถึงใน เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540)

1. การดำเนินโรคแบบรวดเร็ว (Rapid Progress) เป็นการดำเนินโรคที่ซีดี 4 (CD4) ถูกทำลายและลดต่ำกว่า 200 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือเกิดอาการของโรคเอดส์ขึ้นภายใน 2 ปีหลังการติดเชื้อ มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตเฉลี่ยประมาณ 3-4 ปี ซึ่งพบได้ร้อยละ 5-10 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. การดำเนินโรคปานกลาง (Intermediate Progress) เป็นรูปแบบที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 80-90 โดยมีระยะเวลาดังแต่ติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตเฉลี่ย 7 ปี
3. การดำเนินโรคแบบช้าหรือคงที่ (Long-Term Progress or Non-Progress) เป็นลักษณะการดำเนินโรคที่แม้มีการติดเชื้อนานกว่า 7 ปีแล้วผู้ติดเชื้อยังคงมีจำนวนซีดี 4 (CD4) มากกว่า 500 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และไม่มีอาการโรคแทรกซ้อนแต่อย่างใด ซึ่งพบประมาณร้อยละ 5 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์ในที่สุด ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะมีการดำเนินโรคในรูปแบบที่รวดเร็ว บางคนอาจมีการดำเนินโรคแบบช้าหรือมีอาการคงที่เป็นเวลาหลายปีโดยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงเลย ซึ่งพบว่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางไวรัส (Viral Factor) ที่สำคัญมี 2 ประการ คือ ปริมาณและชนิดโรคเอดส์
 - 1.1 ปริมาณเชื้อ การมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด (Viral Load) ที่แตกต่างกันจะมีผลต่อการเกิดโรคเอดส์หรืออัตราการตายจากโรคเอดส์ได้อย่างชัดเจน จากการศึกษาของ เมลเลอร์ และคณะ (Mellors, Munoz, & Giorgi, 1997) ศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักร่วมเพศ

จำนวน 1,604 ราย พบว่า ปริมาณเชื้อเอชไอวีในพลาสมา สามารถทำนายอัตราการลดลงของจำนวนซีดี 4 ลิ้มโฟซท์ และอัตราการเกิดโรคเอดส์หรืออัตราการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ได้ดีมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีปริมาณเชื้อในพลาสมาน้อยกว่า 500 เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร จะมีอัตราการลดลงของจำนวนซีดี 4 ลิ้มโฟซท์ ประมาณ 36 เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร มีโอกาสเกิดโรคเอดส์ร้อยละ 5.4 และมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคเอดส์เพียงร้อยละ 0.9 แต่ในผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณเชื้อในพลาสมามากกว่า 30,000 เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร จะมีอัตราการลดลงของซีดี 4 ลิ้มโฟซท์ มากกว่าผู้ติดเชื้อกลุ่มแรกถึง 2 เท่า คือ 76 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มีโอกาสการเกิดโรคเอดส์สูงขึ้น 70 เท่า คือ ร้อยละ 0.9 เป็นร้อยละ 69.5 ภายใน 6 ปี โดยสรุปคือผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณเชื้อมากจะมีการดำเนินโรคที่เร็ว

1.2 ชนิดของเชื้อ (Viral Phenotypes) พบว่าชนิดและลักษณะของเชื้อที่รับครั้งแรกหรือกลายพันธุ์ภายหลังการติดเชื้อจะมีผลต่อการกำหนดรูปแบบของการดำเนินโรค เช่น หากได้รับเชื้อชนิดแบ่งตัวเร็ว (Rapid Grower) หรือชนิดที่ทำลายรุนแรง (Cytopathic Strain) หรือชนิดที่ทำให้เกิดเซลล์จับรวมกัน (Syneytium-Inducing: SI) หรือชนิดที่ชอบทีเซลล์ จะมีการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีอย่างรวดเร็ว และมีการทำลายภูมิคุ้มกันได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง ในทางตรงกันถ้าหากเชื้อที่ได้รับเป็นชนิดแบ่งตัวช้า (Slow Grower) หรือเป็นชนิดที่ไม่ทำให้เซลล์เกาะติดรวมกัน (Non-Syneytium-Inducing: NSI) หรือเชื้อชนิดที่ชอบ โมโนไซต์ (Monocyte) หรือแมคโครฟาจ (Macrophage) หรือไม่ค่อยทำลายเซลล์ (Less Cytopathic) การแบ่งตัวของเชื้อจะเป็นไปอย่างช้า ๆ หรือในอัตราที่ต่ำ จากการศึกษาของโคท และคณะ (Koot et al., 1993) ได้ศึกษาการดำเนินโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 ชนิดที่ทำให้เซลล์จับรวมกัน (SI) และชนิดที่ไม่ทำให้เซลล์เกาะรวมตัวกัน (NSI) พบว่าชนิดที่ทำให้เซลล์จับรวมกันมีการดำเนินโรคเร็วกว่าชนิดที่ไม่ทำให้เซลล์เกาะติดรวมกัน

2. ปัจจัยในตัวผู้ติดเชื้อ (Host Factor)

2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Factor) จากการศึกษาทางพันธุกรรมพบว่าผู้ติดเชื้อที่มีพันธุกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกันขึ้นส่วนของแอนติเจน (Antigen) และการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันระดับเซลล์ คือ ฮิวแมนฮิสโตคอมแพทิบิลิตี คอมเพลกซ์คลาสวัน (Human Histocompatibility Complex = HLA Class I) หรือมีพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันขึ้นส่วนของแอนติเจน (Antigen Presentation) และการตอบสนองของซีดี 4 ทีเฮลเปอร์เซลล์ (T-Helper Cell) คือเอชแอลเอคลาสทู (HLA Class II) บางชนิดจึงมีการดำเนินโรคที่ช้าหรืออาจเป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการโรคเป็นเวลานาน ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่มีเอชแอลเอ (HLA) บางชนิดซึ่งขาดประสิทธิภาพในการส่งป้อนแอนติเจนและการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน จึงมีการดำเนินโรคที่รวดเร็วและรุนแรง

2.2 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors) ได้แก่ อายุและเพศ ในแง่อายุ พบว่าอายุยิ่งมากจะยิ่งมีการดำเนินโรคที่เร็วกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการดำเนินโรคที่รวดเร็วและรุนแรงกว่าเด็กโตและผู้ใหญ่ ซึ่งอาจอธิบายจากสภาพภูมิคุ้มกันที่เสื่อมถอยในผู้สูงอายุหรือภูมิคุ้มกันที่ยังไม่มีพัฒนาการที่สมบูรณ์ของทารก (กรองกาญจน์ สังกัส, บรรจงวรรณยิ่ง, ปนัดดา ปรัชญะ และเพ็ญศรี ระเบียบ, 2537) ส่วนความแตกต่างของเพศต่อการดำเนินโรค จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่พบว่าหญิงมีการดำเนินโรคที่รุนแรงกว่าเพศชายและมีอัตราการตายสูงกว่า (Carpenter, Mayer, Stein, Leibman, & Fiore, 1991; Lemp, Cohen, Derish, McKinney, & Hernandez, 1992 อ้างถึงใน สุกรินทร์ หาญวงศ์, 2548)

2.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior Factors) ดังเช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การติดยา และความกดดันทางจิตใจ เป็นปัจจัยที่เร่งการติดเชื้อรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตสั้นลง (อรุณพร อรุณรัตน์, 2542)

2.4 ปัจจัยเกี่ยวกับการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (Immune Activation Factor) มีหลักฐานจากหลายรายงานพบว่าการติดเชื้อร่วมกับโรคอื่น (Co-Infection) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น วัณโรค ติดเชื้อไวรัสเฮอร์ปีส เป็นต้น สามารถทำให้ปริมาณเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้นชั่วคราวหลายๆ เท่า จนถึง 1,000 เท่าได้ นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรครวมทั้งโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ เช่น มัยโคแบคทีเรียม แอเวียม คอมเพล็กซ์ จะมีการดำเนินโรคของเชื้อเอชไอวี เร็วลง นั่นคือ การเกิดโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาสจะทำให้การดำเนินโรคเร็วขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น

2.5 ปัจจัยด้านการรักษา (Therapeutic Factor) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (Antiretroviral Agents) สามารถลดอัตราการเกิดโรคเอดส์และอัตราการตายอย่างชัดเจน ทั้งนี้ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 3 ชนิดพร้อมกัน จะให้ผลดีกว่าการให้ยา 2 ชนิด หรือเพียงชนิดเดียว เนื่องจากการให้ยามากกว่า 2 ชนิด พร้อมกันจะมีประโยชน์ในการลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในพลาสมาได้มากกว่า ดังนั้นย่อมทำให้ซีดี 4 ไม่ถูกทำลายหรือถูกทำลายน้อยมาก และพบว่าโอกาสที่เชื้อจะดื้อยาจะเกิดขึ้นได้ยาก เนื่องจากยาที่รักษาสามารถยับยั้งเชื้อเอชไอวี จนอยู่ในระดับที่แทบจะไม่แบ่งตัวเลยได้นั่นเอง นอกจากนี้ยังมีหลักฐานว่าการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการป้องกันโรคฉวยโอกาสด้วยยา (Opportunistic Infection Prophylaxis) ก็มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคของเชื้อเอชไอวีไปในทางที่ดีขึ้นได้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแตกต่างกันไปโดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้ (วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย, 2540)

1. ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อ (Primary HIV Infection หรือ Acute Retroviral Syndrome) ระยะนี้นับตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวี จนกระทั่งร่างกายเริ่มสร้างแอนติบอดีใช้เวลาประมาณ 1-6 สัปดาห์ หลังติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว มีผื่นขึ้น ต่อมท่อน้ำเหลืองโต บางคนอาจมีกลิ่นในช่องปาก มีฝ้าขาวหรือมีฝ้าขาวในปาก อาการเหล่านี้มักจะเป็นอยู่ 1-2 สัปดาห์ แล้วหายไปเอง เนื่องจากอาการคล้ายกับไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ หรือไข้ทั่วไป ผู้ป่วยอาจซื้อยารักษาเอง หรือเมื่อไปพบแพทย์ก็อาจไม่ได้รับการตรวจเลือด จึงไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะนี้ ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 30-50 อาจไม่มีอาการดังกล่าวเลยก็ได้

2. ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV Infection) ผู้ติดเชื้อจะแข็งแรง เป็นปกติเหมือนคนทั่วไป โดยไม่ปรากฏอาการของภูมิคุ้มกันเสื่อม แต่การตรวจเลือดจะพบเชื้อเอชไอวี และแอนติบอดีต่อเชื้อชนิดนี้ (Anti HIV Antibody) และสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ เรียกว่า “พาหะ” ของโรค ระยะนี้มักเป็นอยู่ยาวนาน 5-10 ปี บางคนอาจนานกว่า 15 ปี

3. ระยะติดเชื้อที่มีอาการ (AIDS Related Complex: ARC) ในระยะนี้เชื้อเอชไอวี เริ่มทำลายภูมิคุ้มกัน โดยจะตรวจพบ Anti HIV และมีการติดเชื้อฉวยโอกาสบริเวณอวัยวะภายนอก ผู้ติดเชื้อมักจะมีอาการคล้ายโรคอื่นๆ จนไม่ได้เฉลียวใจว่าเป็นเอดส์ อาจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน

3.1 มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกันทุกวัน

3.2 ท้องเดินเรื้อรัง หรือถ่ายอุจจาระร่วงเรื้อรัง

3.3 น้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว

3.4 ต่อมท่อน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน

3.5 เชื้อราในปาก

3.6 ฝ้าขาว (Hairy Leukoplakia) ในช่องปากมักอยู่ที่ด้านข้างของลิ้น มีลักษณะเป็นฝ้าคล้ายเชื้อราแต่ขูดไม่ออก

3.7 โรคถุงวัด

4. ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ (Fullblown AIDS) ระยะนี้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเสื่อมเต็มที่ จากเชื้อเอชไอวีทำลายภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อวัยวะภายใน ซึ่งเกิดจากเชื้อโรคต่างๆ เช่น เชื้อรา ไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่รักษาก่อนข้างยาก และอาจติดเชื้อชนิดเดิมซ้ำหรือติดเชื้อชนิดใหม่ หรือติดเชื้อหลายชนิดร่วมกัน ทำให้เกิดโรค วัณโรคปอด ปอดอักเสบ สมออักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร (เจ็บคอ กลืนลำบาก ท้องเดิน) เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาส

เป็นมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งของหลอดเลือดที่เรียกว่า คาโปสิซาร์โคมา (Kaposi's Sarcoma) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) หรือมะเร็งที่ตามปกติพบแต่มีความรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจมีความผิดปกติของสมองที่เรียกว่า AIDS Dementia Complex (ADC) ทำให้มีอาการทางจิตประสาท ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า คลุ้มคลั่ง เป็นต้น บางคนอาจมีอาการขาชา อัมพาต ชักกระตุกได้

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะได้รับผลกระทบมากมายทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตสังคม และทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

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

ในระยะต่อมาภูมิคุ้มกันจะลดลงเรื่อย ๆ ถ้าซีดี 4 (CD 4) อยู่ระหว่าง 200-500 เซลล์ ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยจะมีอาการติดเชื้อราในช่องคลอด ในปากและในลำคอ รอยปื้นขาวในปาก (Oral Hairy Leukoplakia) มะเร็งหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) และเริม (Herpes Simplex) เมื่อซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส คาร์รีนีไอ (Pneumocystic Carinii) หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อแคนดิดา (Candida) เซลล์ปากมดลูกผิดปกติ (Cervical Dysplasia) เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อคริปโตคอคคัสนีโอฟอร์มานส์ (Cryptococcus Neoformans) และเมื่อซีดี 4 น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยจะมีอาการติดเชื้อไซโตเมกกาโลไวรัส (Cytomegalovirus) แบบแพร่กระจาย สมองเสื่อม ชูบผอม (Wasting) (วรรณิ์ กันฐกมาตกุล, 2541) ซึ่งในประเทศไทยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary 88,894 ราย (ร้อยละ 28.71) รองลงมาคือรองลงมาคือ Wasting Syndrome (Emaciation, Slim Disease) 67,461 ราย (ร้อยละ 21.79) โรคปวดบวมจากเชื้อ Pneumocystis Carinii 63,308 ราย (ร้อยละ 20.44) Cryptococcosis 45,873 ราย (ร้อยละ 14.81) Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, Bronchi) หรือปอด 15,920 ราย (ร้อยละ 5.14) ตามลำดับ (สำนักงานระบาดวิทยา, 2549)

2. ผลกระทบทางด้านจิตสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ตั้งแต่รับรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวี เพราะคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวี คือ การเผชิญหน้ากับความตาย จึงมีผู้นำรายงานเกี่ยวกับปฏิกิริยาด้านอารมณ์ของผู้เผชิญกับความตายของ อลิซาเบท คูเบลอร์ ลอส มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวี (สุพร เกิดสว่าง, 2545) ซึ่งได้แบ่งการ แสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เผชิญหน้ากับความตายไว้ว่า ในระยะแรกผู้ป่วย จะตกใจ ตื่นตระหนก หวาดกลัว สับสน ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงแต่ต่อมาเมื่อไม่สามารถ ปฏิเสธความจริงได้อีกต่อไป ผู้ป่วยจะเริ่มมีความวิตกกังวล คิดสับสนอีกอดหาทางออกไม่ได้ รู้สึกโกรธที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่ร้ายแรง อาจมีการต่อต้านการตรวจหรือการให้การรักษาหรือ ให้คำแนะนำของแพทย์หรือบุคคลอื่น ต่อมาเมื่อผู้ป่วยเริ่มสงบลงจะต่อรองว่าตนเองอาจจะไม่เป็น โรคร้ายแรงหรือคิดว่าจะมีหนทางอื่นที่สามารถรักษาให้หายได้ บางรายหวังว่าจะมีการตรวจ ละเอียดที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็น โรคเอดส์ เพื่อเพิ่มความหวังให้กับตนเองและยืดเวลาก่อนที่จะ ยอมรับความจริงไปอีกสักระยะหนึ่ง แต่เมื่อปฏิเสธและต่อรองไม่เป็นผลสำเร็จผู้ป่วยต้องยอมจำนน และเริ่มยอมรับความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์และยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ แต่ภายในจิตใจของผู้ป่วยยังไม่สามารถยอมรับได้ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกผิด แยกตัวเอง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้า สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลงเหม่อลอย รับประทานไม่ได้ นอนไม่หลับ อาจมีความรู้สึกอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีจากความทุกข์ทรมานจากอาการ ของโรค บางรายอาจเกิดอาการรุนแรงถึงขั้น โรคจิตมีประสาทหลอนหูแว่วได้ เมื่อผู้ป่วยยอมรับ ความจริงของตนเองที่ติดเชื้อเอชไอวี และคิดว่าความตายเป็นเรื่องสากลที่ทุกคนต้องประสบ ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ อาการเศร้าของผู้ป่วยลดลง มีการซักถามถึงรายละเอียดถึงการดำเนินของ โรคและวิธีการรักษา มีการเตรียมตัวเพื่อรับกับความตาย เมื่อผู้ป่วยเริ่มปรับตัวต่อการรักษาและ การดำเนินชีวิตต่อไป เริ่มรับฟังและเชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์ให้ความร่วมมือในการรักษาและ ร่วมรับผิดชอบตัวเองมากขึ้น พยายามหาวิธีและแนวทางในการดำเนินชีวิต เตรียมเผชิญกับ ความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจและเผชิญกับความตาย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์แต่ละรายจะมีปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมได้ ต่าง ๆ กัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นไปตามขั้นตอนของปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรม ที่คูเบลอร์ ลอส ได้กล่าวไว้ แต่ในหลายกรณีอาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงมากเพราะการติดเชื้อหรือการป่วยด้วยโรคเอดส์ ถือได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์ของชีวิตที่รุนแรง (Life Crisis/ Life Threatening) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ องค์ประกอบหรือปัจจัยหลายประการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมนั้น มีปัจจัยที่เป็น องค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 3 อย่าง คือ

2.1 ปัจจัยเกี่ยวกับโรค ได้แก่

2.1.1 ระยะของโรค อาการและตำแหน่งของโรค

2.1.2 การรักษาและผลการรักษา

2.1.3 การสูญเสียภาพลักษณ์และสมรรถภาพ

2.1.4 ความช่วยเหลือและท่าทีของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย ได้แก่

2.2.1 บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา ลักษณะการปรับตัวต่อวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่านมาในอดีต เป็นสิ่งที่ช่วยบอกได้มากถึงแนวโน้มการปรับตัวของผู้ป่วยต่อปัญหาในปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อเจอปัญหาในการแก้ปัญหาในอดีตจะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายครั้งนี้อย่างยิ่ง หรือผู้ป่วยที่มีลักษณะท้อแท้ไปสู่ปัญหาที่เคยประสบมาโดยตลอด ก็จะมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเอชไอวี ในลักษณะเดียวกัน คือ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีทางออก ส่วนผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพและการปรับตัวดีมาก่อนก็อาจยอมรับและหาทางแก้ปัญหาอย่างด

2.2.2 สภาพจิตใจของผู้ป่วยในขณะนั้น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจอยู่ก่อนแล้ว เช่น มีความเครียด วิตกกังวลซึมเศร้า หรือมีความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ หรือกำลังมีปัญหาในชีวิตอยู่ขณะนั้นมากอยู่แล้ว อาจปรับตัวต่อปัญหาวิกฤตการณ์ในชีวิตที่เพิ่มขึ้นอีกเรื่องหนึ่งได้ไม่ดีเท่าผู้ที่สภาพจิตใจดี

2.2.3 วัยของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว เมื่อรู้ว่าตัวเองติดเชื้อหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ขณะที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาวเพิ่งเริ่มสร้างฐานะมีครอบครัวและต้องรับผิดชอบคู่สมรสและบุตร จะก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวและทำใจได้ยากและปฏิกิริยาทางจิตใจจะรุนแรงมากกว่าในคนที่มียาอายุมาก และบุตรหลานมีครอบครัวที่ตนเองไม่ต้องรับผิดชอบแล้ว

2.2.4 การเตรียมใจในการรับรู้ความจริง ผู้ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนว่าตัวเองจะติดเชื้ออาจมีปฏิกิริยารุนแรงมากกว่าผู้ที่มีการเตรียมใจมาก่อน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองติดเชื้อได้

2.2.5 ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจเลือดที่ให้ผลบวกและป่วยเป็นโรคเอดส์ถ้ามีความเข้าใจผิด เช่น ตรวจเลือดบวกเป็นเอดส์แล้วตัวเองจะต้องตายในระยะเวลาอันสั้น ก็อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้มาก

2.3 ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น

2.3.1 ความเข้าใจและการยอมรับ รวมทั้งความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ และดูแลจากครอบครัวและคนใกล้ชิด

2.3.2 การช่วยเหลือทางสังคมและทางการแพทย์ที่มีให้กับผู้ป่วย

2.3.3 ทักษะในชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ ที่มีต่อการคิดเชื่อเชื้อเชื่อไว้วามมีการแสดง ความรังเกียจเคียดฉินท์ หรือมีความเข้าใจและยอมรับมากน้อยเพียงใด

2.3.4 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสถานภาพทางการเงิน เช่นถูกออกจากงาน ไม่มีเงินทองพอสำหรับบำบักรักษาเมื่อมีอาการแทรกซ้อน ภาวะที่ต้องประกอบอาชีพขายบริการ ต่อไปเพราะไม่มีทางเลือกอื่น จะก่อให้เกิดความกังวลและกับข้องใจได้มาก

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์มักมีความสัมพันธ์ ในเรื่องการทำงาน ซึ่งผู้ป่วยหลายคนมักต้องเผชิญกับการแบ่งแยกในที่ทำงานจนกระทั่งต้องออก จากงานเดิมเพื่อหางานใหม่ หรือต้องออกจากงานอย่างถาวร (Hunt, Jaques, Niles, & Wierzalis, 2003) ซึ่งจะทำให้ขาดรายได้ในการเลี้ยงตนเองและครอบครัว ซึ่งถึงแม้ปัจจุบันค่ารักษาจะตาม สิทธิประกันสุขภาพ แต่ด้วยปัญหาที่ต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว ก็จะมีผลกระทบ ต่อการรักษาและการมาโรงพยาบาลเพื่อรักษาอย่างต่อเนื่องได้

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ปัจจุบันการคิดเชื่อเชื้อเชื่อไว้วและเอดส์ยังไม่มียาที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่มียา ที่ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเชื้อเชื่อไว้วที่ตำแหน่งต่าง ๆ กันของขบวนการเพิ่ม จำนวนของเชื้อเชื้อเชื่อไว้ว ทำให้เชื้อเชื้อเชื่อไว้วถูกทำลายได้มากขึ้น ภูมิคุ้มกันกลับมาดีขึ้น

เป้าหมายของการรักษาผู้ติดเชื้อเชื้อเชื่อไว้ว/เอดส์ด้วยยาด้านไวรัส มี 5 ประการ คือ

1. เป้าหมายทางคลินิก เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เป้าหมายในแง่ไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (<50 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) และนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อหยุดการดำเนินโรคและ ป้องกันการเกิดเชื้อเชื้อเชื่อไว้วคือยา

3. เป้าหมายในด้านภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ภูมิคุ้มกันกลับมาในแง่ของปริมาณ (จำนวนซีดี 4) และคุณภาพ(ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อแอนติเจนต่าง ๆ)

4. เป้าหมายในเชิงการควบคุมการระบาด เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อเชื้อเชื่อไว้ว

5. เป้าหมายในแง่แนวทางการรักษา เพื่อรักษาสูตรยาที่อาจเป็นทางเลือกในอนาคต มีผลข้างเคียงน้อยมาก และผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอต่อเนื่อง

ยาด้านไวรัส

ยาด้านไวรัสเอดส์ หมายถึง สารที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ต้านการแบ่งตัว การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ (Interference with Attachment and Entry) นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 ยาด้านไวรัสเอดส์ตัวแรกมีจำหน่าย คือ AZT จนถึงปี ค.ศ. 1996 เริ่มมีการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์หลายตัวผสมกัน (HAART = Highly Active Antiretroviral Therapy) จนทำให้เอดส์กลายเป็นโรคที่รักษาได้ แม้ไม่หายขาด มีกลไกการออกฤทธิ์ต่อเชื้อเอชไอวี หลัก ๆ 4 กลไกคือ

1. การยับยั้งขบวนการ Reverse Transcription (Inhibition of Reverse Transcription)
2. การยับยั้งขบวนการ Integration (Inhibition of Proviral Integration)
3. การยับยั้ง Transcription
4. การยับยั้ง Post-Translation Processing

ยาด้านไวรัสเอดส์ที่มีใช้ทางคลินิกปัจจุบัน (Current Antiretroviral Drug in Clinical Use) ประกอบด้วยยา 4 กลุ่มคือ

1. กลุ่ม Nucleoside Analogues Reverse Transcriptase Inhibitors ได้แก่ AZT, ddC, ddI, d4T, 3TC เป็นยาที่สร้างด้วยการทดแทนหรือเปลี่ยนแปลง Side Chain ของ Nucleosides (Thymidine, Adenosine, Cytidine) การออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ต้องผ่านขบวนการ Phosphorylation ภายในเซลล์ให้กลายเป็น Mono-, di- และ Triphosphate Compound ในที่สุดจึงจะออกฤทธิ์ได้ กลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ การแข่งขันกับ HIV-RT (Inhibitory Competitor) และการหยุดยั้งการเรียงตัวของลำดับเบสของ DNA (Chain Terminator) ในกรณีที่ใช้ยากลุ่มนี้เป็นยาเดี่ยวในการรักษา (Monotherapy) จะสามารถลดจำนวนเชื้อในพลาสมาลงได้เพียง 0.3-0.7 Log₁₀ หรือน้อยกว่า 10 เท่า ยกตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยมีเชื้อ 100,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร การรักษาด้วย Nucleoside RTI Monotherapy (เช่น AZT หรือ ddI) ณ ประสิทธิภาพสูงสุดของยา ผู้ป่วยรายนี้ก็ยังคงมีจำนวนเชื้ออยู่ในระดับที่มากกว่า 10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และประกอบกับปัญหาการดื้อยาที่เกิดขึ้นในที่สุด จึงไม่สามารถลดการเกิดโรคเอดส์และลดอัตราการตายได้

2. กลุ่ม Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ Nevirapine, Efaviren ยาในกลุ่ม Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors หรือ NNRTIs นี้เป็นยาที่มีโครงสร้างและสูตรทางเคมีที่แตกต่างกัน แต่มีฤทธิ์แรง (Potent) ในการยับยั้งอย่างจำเพาะต่อ Reverse Transcriptase (RT) ของ HIV-1 เท่านั้น ไม่มีผลยับยั้งเอนไซม์ของ HIV-2 Hepatitis, Herpes Virus และเอนไซม์ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมแต่อย่างใด และกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยาในกลุ่ม Nucleoside Analogue RT Inhibitors (NRTIs) หลายประการ เช่น NNRTIs เป็น Active

Compounds ที่ออกฤทธิ์ได้เลย โดยไม่ต้องผ่านขบวนการ Phosphorylation หรือ Metabolism อีกใดอีก การออกฤทธิ์ของ NNRTIs เป็นแบบ Noncompetitive คือ ไม่มีการแย่งจับแข่งกับ Native Nucleotides แต่เป็นการจับ HIV-1 RT ตรงบริเวณล่างลงมา (Downstream) จาก Catalytic Site ยาในกลุ่ม NNRTIs นี้จะถูก Metabolize เกือบทั้งสิ้นที่ตับ ข้อดีของยาในกลุ่ม NNRTIs ส่วนใหญ่ มีฤทธิ์ยาวสามารถรับประทานเพียงวันละ 1-2 ครั้งได้เป็นการง่าย (Favorable Adherence) แต่ข้อเสียคือเกิดการดื้อยารวดเร็วมากโดยเฉพาะเมื่อใช้เดี่ยว ๆ หรือร่วมกับยาในสูตรที่อ่อนหรือ ล้มเหลวในการรักษามาก่อน และเมื่อเกิดเชื้อดื้อยาจะเกิดการดื้อยารุ่นอื่น ๆ ในกลุ่มนี้ด้วย ทั้งนี้ เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีสูตรโครงสร้างทางเคมีที่แตกต่างกันจริงแต่ตำแหน่งที่จับ (Binding Pocket) กับเอนไซม์ RT เป็นตำแหน่งเดียวกันหมดนั่นเอง ความน่าสนใจของกลุ่มนี้นอกจากจะใช้เป็นยา ตัวหนึ่งในสูตรยาร่วม 3 ชนิด (Triple Therapy) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการมาก (Not Advanced) (เพื่อเก็บ Protease Inhibitors ไว้ใช้ทีหลัง) แล้ว ยา NNRTIs กลุ่มนี้ เช่น Nevirapine และ DMP-226 ยานี้ อาจมีประโยชน์ในสูตรรักษาแบบระยะสั้น (Short Course) ในการป้องกันการติดเชื้อ HIV จากแม่ไปสู่ลูกได้ซึ่งต้องรอผลการศึกษาซึ่งกำลังดำเนินในต่างประเทศต่อไป

3. กลุ่ม HIV-1 Protease Inhibitors ได้แก่ Saquinavir (Hard Capsule, Soft Gel Capsule), Indinavir, Ritonavir และ Nelfinavir HIV-1 Protease เป็น Enzyme ของเชื้อ HIV-1 ซึ่งประกอบด้วยโปรตีน 2 สายที่เหมือนกัน (Symmetrical Isomer) ประกอบด้วยกรดอะมิโน (Amino Acids) 99 ตัว มีหน้าที่สำคัญเกี่ยวกับการตัดต่อ Gag-Pol Polypeptide Precursor เพื่อให้ Immature HIV-1 กลายเป็น Mature Infectious ภายหลังการประกอบรูปร่างไวรัสแล้ว หลายปี ที่ผ่านมามีการพยายามคิดค้นยาเพื่อยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อ HIV โดยออกฤทธิ์ยับยั้ง HIV-1 Protease เรียกยาในกลุ่มนี้ว่า Protease Inhibitors (PI) ทั้งโดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับโครงสร้าง 3 มิติ (3-Dimensional Structure) ของ HIV-1 Protease และการออกแบบโครงสร้าง Inhibitor ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Computer Modeling) ทำให้มียา Protease Inhibitors เกิดขึ้นหลายตัว อย่างไรก็ตามยารุ่นแรก ๆ ส่วนใหญ่เป็น Peptide-Based Compounds ทำให้มีปัญหาเรื่องการดูดซึม (Oral Absorption), Rapid Biliary Clearance, Poor Stability และค่าใช้จ่ายสูงในการผลิต ปัจจุบันยา Protease Inhibitors รุ่นที่ 2 (Second-Generation) จะเน้นโครงสร้างเป็น Partially Peptidic หรือ Nonpeptidic ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการดูดซึม (Bioavailability) นั่นเอง

4. กลุ่มอื่น ๆ เช่น Fusion Inhibitor, Integrase Inhibitor ได้แก่ ENF (Enfuvirtide)

สูตรยาด้านไวรัส

ปัจจุบันมีการนำยาด้านไวรัสชนิดต่างมาใช้ร่วมกันเป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการ ดันเชื้อเอชไอวี เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) ประกอบด้วยยาให้ยาด้าน

ไวรัสอย่างน้อย 3 ตัวขึ้นไปซึ่งประกอบด้วย 2NRTIs ร่วมกับ NNRTIs หรือ PIs สูตรยาต่าง ๆ นี้มีความแตกต่างกันในแง่ผลข้างเคียง การทนต่อยาของผู้ป่วย ความสะดวกต่อการรับประทานยา สำหรับในประเทศไทยยาต้านไวรัสเอดส์ที่ขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยา ได้แก่ AZT, ddC, ddI, d4T, 3TC, Nevirapin, Efaviren, Saquinavir, Fortovase, Indinavir, Ritonavir และ Nelfinavir ในระยะแรกยาด้านไวรัสเอดส์มีราคาแพงมากทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถเข้าถึงยาได้ ปัจจุบันองค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข ได้ผลิตยาด้านไวรัสเอดส์หลายรายการขึ้น ทำให้ราคายาลดต่ำลงเป็นอันมาก ตัวอย่างเช่น ยา GPO-Vir ซึ่งเป็นยาที่ประกอบด้วยตัวยา 3 ชนิด รวมกันคือ d4T, 3TC, Nevirapin ซึ่งจะใช้ได้ผลดีสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยได้รับ ยาด้านไวรัสเอดส์ใด ๆ มาก่อน การรักษาด้วยยาด้านไวรัสด้วยยาด้าน 3 ตัวขึ้นไปนั้นการกำหนด สูตรยาที่เหมาะสม ก็มีความสำคัญมากในการรักษา ในปีงบประมาณ 2549 รัฐบาลไทย ได้กำหนดให้การให้บริการยาด้านไวรัสเอดส์ไอวี เป็นบริการหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งต้องกระทำภายใต้งบประมาณที่มีจำกัด (สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ, 2550) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ กำหนดสูตรยาด้านไวรัสเอดส์ในโครงการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์ ในโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า และกำหนดแนวในการปรับเปลี่ยนยาไว้ดังนี้คือ

1. สูตรพื้นฐานกลุ่ม A เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการได้รับยาด้านเอชไอวี ประกอบด้วย

- 1.1 Stavudine (d4T) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP) หรือ
- 1.2 Stavudine (d4T) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) หรือ
- 1.3 Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP) หรือ
- 1.4 Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) หรือ

* zidovudine (AZT)+lamivudine (3TC) หรือ Stavudine (d4T) + Lamivudine (3TC)

เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีและสามารถผลิตได้ในประเทศไทย ราคาถูก

* Nevirapine (NVP) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาดี สามารถผลิตได้ในประเทศไทย ซึ่งราคาถูก และมียาในรูปแบบเม็ดรวมซึ่งจะช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้

* Efavirenz (EFV) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดี รับประทานเพียงวันละครั้ง ใช้ในกรณี ที่ผู้ป่วยแพ้หรือเกิด ด้ับอีกเสบรุนแรง จาก Nevirapine (NVP) ห้ามใช้ Efavirenz (EFV) ในหญิงตั้งครรภ์

2. สูตรพื้นฐานกลุ่ม B เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการได้รับยาด้านเอชไอวี และไม่สามารถ ทนผลข้างเคียงหรือแพ้ยาสูตรพื้นฐานกลุ่ม B

- 2.1 Stavudine (d4T) + Lamivudine (3TC) + Indinavir (IDV) + Ritonavir (RTV)
- 2.2 Zidovudine(AZT) + Lamivudine (3TC) + Indinavir (IDV) + Nitonavir (RTV)

*ใช้ Indinavir (IDV) 400-600 มก./ Ritonavir (RTV) 100 มก. วันละ 2 ครั้งในกรณีที่มีผลข้างเคียงอย่างรุนแรงจากยา Nevirapine (NVP) และ Efavirenz (EFV) ยา Indinavir (IDV)/ Ritonavir (RTV) เป็นสูตรยาแบบ Boosted PI ที่มีราคาสูงที่สุดในปัจจุบัน ต้องติดตามการทำงานของไตอย่างน้อยทุก 6 เดือนด้วยการตรวจ Serum Creatinine

3. สูตรยาพื้นฐานกลุ่ม C ใช้เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้คือ ไม่สามารถทนผลข้างเคียงหรือแพ้ยาสูตรพื้นฐานกลุ่ม A และสูตรพื้นฐานกลุ่ม B ได้ การปรับเปลี่ยนมาใช้ยาในกลุ่ม C นี้ต้องได้รับการอนุมัติจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน HIV/AIDS ก่อน

3.1 Didanosine (ddI) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

3.2 Didanosine (ddI) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)

3.3 Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

3.4 Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)

3.5 Didanosine (ddI) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)

3.6 Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Indinavir (IDV) + Ritonavir (RTV)

การปรับสูตรยาในสูตรพื้นฐาน

เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการได้รับยาต้านเอชไอวี จะต้องเริ่มให้การรักษาด้วยสูตรพื้นฐานกลุ่ม A ก่อนโดยเรียงลำดับจากสูตรที่ 1 – สูตรที่ 4 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนผลข้างเคียงหรือแพ้ยาสูตรพื้นฐานกลุ่ม A ให้เปลี่ยนยาเป็นสูตรพื้นฐานกลุ่ม B โดยเรียงลำดับจากสูตรที่ 1 – สูตรที่ 2 เช่นกัน การปรับเปลี่ยนสูตรยาพื้นฐานในกลุ่ม A และ B แพทย์ผู้ให้การรักษาสามารถปรับเปลี่ยนสูตรได้ตามหลักวิชาการและตามความจำเป็น

แต่ถ้าผู้ป่วยมี Metabolic Complication หรือ ทนผลข้างเคียงของยาสูตรพื้นฐานกลุ่ม A และ B ไม่ได้ ให้เปลี่ยนยาเป็นสูตรพื้นฐานกลุ่ม C ในกรณีที่เปลี่ยนสูตรยาจากสูตรพื้นฐานกลุ่ม A และ B มาเป็นสูตรพื้นฐานกลุ่ม C แพทย์ผู้ให้การรักษาจะต้องได้รับอนุมัติจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน HIV/AIDS ในโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับการเห็นชอบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ คณะผู้เชี่ยวชาญระดับเขต ซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์ 2 ท่าน กุมารแพทย์ 1 ท่าน ผู้แทนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคประจำเขต 1 ท่านและผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ 1 ท่าน

4. สูตรคือยากกลุ่ม D

ใช้กรณีการรักษาล้มเหลว (Treatment Failure) ซึ่งเป็นผลจากเชื้อไวรัสคือยาในกลุ่ม A, B และ C ซึ่งการปรับเปลี่ยนมาใช้ยาในกลุ่ม D นี้ต้องได้รับอนุมัติจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน HIV/AIDS ก่อน ซึ่งแนะนำสูตรยาดังนี้

- 4.1 Stavudine (d4T) + Lamivudine (3TC) + Boosted PIs
- 4.2 Didanosine (ddI) + Lamivudine (3TC) + Boosted PIs
- 4.3 Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Boosted PIs
- 4.4 Zidovudine (AZT) + Didanosine (ddI) + Boosted PIs
- 4.5 Zidovudine (AZT) + Tenofovir (TDF) + Boosted PIs
- 4.6 Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Boosted PIs
- 4.7 Nevirapine (NVP) + Boosted PIs (กรณีคือต่อยากกลุ่ม NRTI เท่านั้น)
- 4.8 Efavirenz (EFV) + Lamivudine (3TC) + Tenofovir (TDF) + Boosted PIs

การใช้ Boosted PIs (Boosted Protease Inhibitors) เพื่อประกอบในสูตรคือยานั้น จะต้องใช้ยาเรียงลำดับดังต่อไปนี้

- Boosted PIs ลำดับที่ 1 ได้แก่ IDV/ r (Indinavir/ Ritonavir) ถ้าผู้ป่วยทนพิษของยา IDV/ r (Indinavir/ Ritonavir) ไม่ได้ ให้เปลี่ยนมาใช้ Boosted PIs ลำดับที่ 2
- Boosted PIs ลำดับที่ 2 ได้แก่ LPV/ r (Lopinavir/ Ritonavir) ถ้าผู้ป่วยมี Lipid Profile ไม่ดีหรือทนพิษของยา LPV/ r (Lopinavir/ Ritonavir) ไม่ได้ ให้เปลี่ยนมาใช้ Boosted PIs ลำดับที่ 3
- Boosted PIs ลำดับที่ 3 ได้แก่ ATV/ r (Atazanavir/ Ritonavir)

ผลข้างเคียงของยาด้านไวรัส

ยาด้านไวรัสแต่ละชนิดมีผลข้างเคียงแตกต่างกันไป เมื่อมีการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์มากขึ้น ก็มีการค้นพบผลข้างเคียงใหม่ๆ มากขึ้น ผลข้างเคียงบางอย่างพบบ่อยเมื่อใช้ยาด้านไวรัสเอดส์เฉพาะกลุ่ม อย่างไรก็ตามข้อมูลที่มีรายงานเข้ามายังไม่มีการศึกษาทางระบาดวิทยา

ผลข้างเคียงของยากกลุ่ม Nucleoside Analogues Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs)

Zidovudine (AZT)

1. คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ
2. กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Myopathy) พบได้น้อยมาก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อที่ขา และก้น มีค่า CPK และ LDH สูง เมื่อหยุดยาอาการจะดีขึ้นใน 2-4 สัปดาห์ ให้พิจารณาเปลี่ยน AZT เป็นยา NRTIs ตัวอื่น
3. ซีด เกิดได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังรับประทานยาจนนานเป็นปี ควรจะต้องมีการติดตามระดับความเข้มข้นของเลือดเป็นระยะ ๆ ถ้าซีดมากให้เปลี่ยนเป็นยาในกลุ่ม NRTIs ตัวอื่น
4. เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ (Neutropenia) มักเกิดใน 12-24 สัปดาห์หลังรับประทานยา
5. เล็บมีสีคล้ำ (Nail Hyperpigmentation) ไม่ต้องเปลี่ยนยา

Stavudine (d4T)

1. เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (Peripheral Neuropathy) พบได้ร้อยละ 5-15 มักเกิดใน 2-6 เดือนหลังรับประทานยา อาจมีอาการปวดร่วมกับชาปลายมือปลายเท้า เมื่อหยุดยาได้ทัน อาการมักจะหายไปอย่างรวดเร็ว ถ้าใช้ร่วมกับยา ddI มีโอกาสอาการได้มากขึ้น
2. ค่าเอนไซม์ของตับ (Transaminase) เพิ่มขึ้น พบได้ร้อยละ 8 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต่อไปได้
3. ไขมันฝ่อ (Lipoatrophy) มีแก้มคอบ ไขมันใต้ผิวหนังของแขนขาลดลง ทำให้เห็นเส้นเลือดดำของแขนขาชัดเจนขึ้น มักจะพบในผู้ป่วยที่รับประทานยา d4T ติดต่อกันประมาณ 1 xu
4. แขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อเสื่อม
5. ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง
6. ภาวะกรดแลคติกกึ่งในกระแสเลือด (Hyperlactenemia) หมายถึงระดับ Lactate ที่เจาะจากหลอดเลือดดำมีค่ามากกว่า 2.5 mmol/L อาจพบได้ถึงร้อยละ 10 หรือมากกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับยา NRTIs โดยเฉพาะยา d4T ผู้ป่วยมักจะมีอาการเมื่อค่า Lactate มากกว่า 5 mmol/L ได้แก่ คลื่นไส้ ไม่สบายตัว น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ปวดท้อง ตับโต กดเจ็บ หายใจหอบเหนื่อย ตรวจพบระดับ Transaminase, CPK, LDH Amylase ขึ้นสูง

7. ภาวะเลือดเป็นกรดจากกรดแลคติกกึ่ง (Lactic Acidosis) หมายถึง ผู้ป่วยมีค่า Arterial pH น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7.35 และค่า Lactate ที่วัดจากเลือดดำมากกว่า 5 mmol/L

Lamivudine (3TC)

ผลข้างเคียงน้อยมาก อาจจะทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบ มีอาการคลื่นไส้อาเจียนแต่พบได้น้อยมาก

Didanosine (ddI)

1. เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (Peripheral Neuropathy) พบได้ร้อยละ 5-12 มักเกิดในเดือนที่ 2-6 ถ้ามีอาการรุนแรงพิจารณาหยุดยาและเปลี่ยนเป็นยา NRTIs ตัวอื่น
2. ตับอ่อนอักเสบพบได้ร้อยละ 1-9 ทำให้เกิดอัตราเสียชีวิตถึงร้อยละ 6
3. คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่าง ตับอักเสบ ภาวะเลือดเป็นกรดจากกรดแลคติกกึ่ง (Lactic Acidosis)

Abacavir (ABC)

Abacavir Hypersensitivity Reaction พบได้ร้อยละ 2-3 มักเกิดใน 6 สัปดาห์แรก หลังจากรับประทานยานี้ ผู้ป่วยจะมีไข้สูง ผื่นขึ้นลักษณะเป็น Maculopapular Rash หรือแบบ Urticari อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ปวดข้อเจ็บคอ ไอ หายใจหอบเหนื่อย ระดับ Transaminase ขึ้นสูง

Tenofovir (TDF)

1. พืชต่อไต อาจเกิดขึ้นในเวลาตั้งแต่ไม่กี่จนถึงหลายเดือนหลังรับประทานยา ความผิดปกติที่พบได้แก่ระดับ Creatinine ในเลือดสูงขึ้นมีโปรตีนหรือน้ำตาลในปัสสาวะ ระดับฟอสเฟตและโปแตสเซียมในเลือดต่ำและ Non-Anion Gap Metabolic Acidosis ผู้ป่วย อาจจะไม่มีอาการหรือมีอาการที่พบได้แก่ Nephrogenic Diabetes Insipidus Fanconi Syndrome

2. คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ท้องเสีย ท้องอืด

ผลข้างเคียงของยากลุ่ม NNRTIs

Nevirapine (NVP)

1. ผื่นแพ้ยา พบได้มากถึงร้อยละ 16 ส่วนใหญ่ผื่นเกิดไม่รุนแรง มักเกิดใน 2-3 สัปดาห์แรกของการรับประทานยาและอาจหายไปได้หลังได้ยากลุ่ม Antihistamine โดยไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้ามีการอักเสบของเยื่อต่าง ๆ เช่น ในปากจะต้องหยุดยาทันที เพราะอาจจะลุกลาม เป็น Stevens Johnson Syndrome หรือ Toxic Epidermal Necrolysis ได้ ผู้ป่วยบางราย เกิดกลุ่มอาการ DRESS (ผื่น ไข้ ค่าอีโอซิโนฟิลล์ในเลือดสูง มีความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ) ต้องหยุดยา

2. ตับอักเสบ พบโอกาสสูงสุดในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกจนถึง 18 สัปดาห์หลังได้รับยา พบความเสี่ยงเพิ่มในผู้หญิงที่มีระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ก่อนเริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวีมากกว่า 250 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และในผู้ชายที่มีเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ก่อนเริ่มยามากกว่า 400 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มีความผิดปกติของเอนไซม์ตับอยู่เดิม ติดเชื้อ HBV หรือ HCV ร่วมด้วย มีโรคตับจากแอลกอฮอล์ พบเกิดอาการได้ร้อยละ 4 อาการที่พบได้แก่ ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งอาจจะจะมีผื่นร่วมด้วย อาจเกิดตับวายตามมา ผู้ป่วยที่รับประทาน Nevirapine ควรได้รับการติดตามการทำงานของตับเป็นระยะ โดยเฉพาะใน 1-3 เดือนแรก เมื่อเกิดอาการต้องได้รับการรักษาประคับประคองและดูแลอย่างใกล้ชิด

Efavirenz (EFV)

1. ผื่นแพ้ยา พบน้อยกว่า Nevirapine ส่วนใหญ่ไม่ต้องหยุดยา อาจพบผื่นรุนแรงได้ ร้อยละ 1-2 อาการทางระบบประสาทได้แก่ เวียนศีรษะ ผื่นร่าย ประสาทหลอน สับสน มักมีอาการประมาณ 2 สัปดาห์แล้วจะดีขึ้น ดังนั้นแนะนำให้รับประทานยาก่อนนอน และควรเตือนผู้ป่วยให้ระวังอันตรายจากการขับรถหรือกิจกรรมที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุในช่วงแรกของการเริ่มยา EFV

2. ไขมันในเลือดสูง

3. ระดับเอนไซม์ Transaminase ขึ้นสูง พบได้น้อยมาก ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ไม่แนะนำให้ยา EFV ในหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากมีรายงานพิษต่อทารกในครรภ์ในสัตว์ทดลอง และในคน

ผลข้างเคียงของยากลับ PI

Indinavir (IDV)

1. เกิดน้ำในระบบทางเดินปัสสาวะ ควรดื่มน้ำประมาณวันละ 1.5-3 ลิตรขึ้นไป
2. คลื่นไส้ อาเจียน
3. ภาวะสีจางชนิด Indirect Hyperbilirubinemia
4. ไขมันในเลือดสูงระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ระดับ LDL-C สูง ระดับ HDL-C ในเลือดต่ำ และภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Lipodystrophy)
5. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
6. อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้
7. อาการอื่น ๆ ที่พบได้ ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มองภาพไม่ชัด วิงเวียนศีรษะ มีผื่นตามร่างกาย ลิ้นไม่รู้สึก ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ผมหงอก ผมหยิก เล็บขบ Sicca Syndrome และ Hemolytic Anemia เป็นต้น

Ritonavir (RTV)

1. อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น
2. มีอาการชาบริเวณรอบฝีปาก บริเวณแขน ขา
3. ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง
4. ตับอักเสบ อ่อนเพลีย น้ำตาลในเลือดสูง
5. ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Lipodystrophy)
6. อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้

Nelfinavir (NFV)

1. ท้องเสีย ไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง เอนไซม์ตับชนิด SGOT และ SGPT สูง
2. ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Lipodystrophy)
3. อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้

Saquinavir (SQV)

1. มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น
2. ไขมันในเลือดสูง ตับอักเสบ อ่อนเพลีย น้ำตาลในเลือดสูง

3. ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Lipodystrophy)

4. อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้

Lopinavir/ Ritonavir (LPV/ r)

1. มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีอุบัติการณ์มากขึ้นในคนที่รับประทานยาชนิดวันละ 1 ครั้ง มากกว่าผู้ที่รับประทานยาชนิดวันละ 2 ครั้ง

2. อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้

3. ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ความสามารถในการทำให้ไขมันในเลือดสูง มีระดับความรุนแรง จากมากไปหาน้อยดังนี้ LPV/ r, Ritonavir มากกว่า Nelfinavir มากกว่า Indinavir มากกว่า Atazanavir

3. เอนไซม์ตับ SGOT SGPT สูง อ่อนเพลีย

4. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Lipodystrophy)

Atazanavir

1. ภาวะดีซ่านชนิด Indirect Hyperbilirubinemia มักไม่มีอาการ ไม่ต้องการการรักษา

จำเพาะ

2. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

3. ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (Lipodystrophy)

4. Prolonged PR Interval บางคนอาจพบ 1st Degree AV Block ต้องระมัดระวังเมื่อใช้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติการนำไฟฟ้าของหัวใจ หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีผลทำให้ระยะ PR ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจยาวขึ้น

5. อาจทำให้ผู้ป่วยโรค Hemophilia เลือดออกได้

ข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ควรแนะนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส HAART ตามข้อบ่งชี้ต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV Infection) ที่มีซีดี 4 น้อยกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และ HIV RNA มากกว่า 55,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (DHHS, 2004) สำหรับในประเทศไทยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยได้ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีโดยแนะนำให้เริ่มการรักษาเมื่อซีดี 4 อยู่ระหว่าง 200-250 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทั้งนี้เนื่องจากต้องการที่จะเลื่อนการที่จะใช้ HAART ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกไปให้ยาวนานที่สุดเพื่อการประหยัดค่าใช้จ่าย โดยเชื่อว่าผู้ป่วยที่มีซีดี 4 มากกว่า 250 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นั้นยังมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อฉวยโอกาสน้อยอยู่

2. ผู้ป่วยเอดส์ทุกกรณี เซลล์ซีดี 4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือ มีหลักฐานของการติดเชื้อฉวยโอกาส การที่จะเริ่ม HAART ในผู้ป่วยที่มีเซลล์ซีดี 4 ต่ำมาก ๆ ควรที่จะตรวจหาว่าผู้ป่วยนั้นมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสใด ๆ ซ่อนอยู่หรือไม่ก่อนที่จะเริ่มยา เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดกลุ่มอาการ Immune Reconstitution ในกรณีที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร่วมอยู่ด้วย การจะให้ HAART ช้าหรือเร็วขึ้นต้องพิจารณาเป็นกรณีไป โดยคำนึงถึงโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาสของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่น วัณโรค ควรให้การรักษาให้เสร็จสิ้นก่อนที่จะเริ่ม HAART ทั้งนี้เนื่องจากมีแนวโน้มในการเกิดปฏิกิริยา Paradoxical สูง นอกจากนั้นยารักษาวัณโรค เช่น Rifampicin ยังมีปฏิกิริยาระหว่างยาอย่างมากกับยากลับ PI ได้ แต่ในกรณีที่ CMV Retinitis (โดยเฉพาะในระยะที่เสี่ยงต่อการที่จะตาบอด) การให้ HAART ทันทีหลังจากให้การรักษ CMV Retinitis จะช่วยรักษาและป้องกันตาบอดได้

ในการรักษาควรเน้นถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อจะได้มีการเกิดเชื้อไวรัส อย่างต่อเนื่องทำให้ไม่เกิดภาวะไวรัสดื้อยาอันจะนำไปสู่การรักษาล้มเหลวต่อไป การทำความเข้าใจ กับผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษาในช่วงนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึง ความสำคัญ และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างมาก นอกจากนั้นการเลือกสูตร HAART ที่รับประทานง่าย สะดวกต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และการคำนึงถึงปฏิกิริยาระหว่างยาประจำ ของผู้ป่วย HAART ก็มีผลสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาด้วย

การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยหลังจากการเริ่มยา

ควรจะมีการติดตามการรักษาโดยใช้ปริมาณของ HIV RNA ในเลือดและการนับเซลล์ ซีดี 4 เป็นสิ่งที่ใช้ในการพิจารณาผลการรักษา ทั้งนี้ การรักษาที่ได้ผลจะทำให้ปริมาณของ HIV RNA มีระดับลดลงมากกว่า 1 Log ในเวลา 2-8 สัปดาห์ หลังจากเริ่มยา และลดลง จนถึงระดับที่วัดไม่ได้ (<50 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ในเวลา 16-20 สัปดาห์หลังจากเริ่มยา เซลล์ซีดี 4 จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเมื่อปริมาณของ HIV RNA ในเลือดลดลง ควรให้ปริมาณของ HIV RNA ในเลือดเป็นตัววัดผลการรักษาในช่วงต้นและใช้การนับเซลล์ซีดี 4 เป็นตัววัด ผลการรักษาในช่วงต่อไป เนื่องจากวิธีนี้แม้จะมีความไวในการติดตามผลการรักษาน้อยกว่า แต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า ในกรณีที่ระดับเซลล์ซีดี 4 มีการลดต่ำลงหลังจากที่ขึ้นมาแล้ว ร่วมกับการกลับมาตรวจพบ HIV RNA ในเลือดอีกหลังจากที่เคยตรวจไม่พบมาก่อนแล้วเป็นข้อชี้แนะ ว่าการรักษาล้มเหลว (Virological Failure) ถ้ามีการรักษาล้มเหลวเกิดขึ้น แนะนำให้ตรวจหา HIV Resistance เพื่อค้นหาภาวะดื้อยาของไวรัสเพื่อเป็นการชี้แนะในการเลือก HAART ชุดต่อไป การตรวจหา HIV Resistance ปัจจุบันทำได้ 2 วิธี คือ การตรวจ Genotypic (นำไวรัสมา Sequence เพื่อเทียบดู Resistant Gene) และการตรวจ Phenotypic (นำไวรัสมาตรวจในกรณีที่มียา

ด้านไวรัสอยู่ในทำนองเดียวกับการตรวจการคือยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย) ทั้ง 2 วิธีนี้ล้วนแต่มีราคาแพงทั้งสิ้น

ควรมีการติดตามผลแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการใช้ยา เช่น ติดตามผลเลือดที่เกี่ยวข้องกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาต่อเนื่องตลอดการรักษา ทั้งนี้จะทำให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอด ตัวอย่างเช่น ควรมีการติดตามความเข้มข้นของเลือดกรณี่ที่ใช้ AZT ควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด, Lipid Profile และมีการวัดรอบเอว เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มอาการ Lipodystrophy ในกรณีที่มีการใช้ยากุ่ม PIs เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป ปัจจุบันยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงยาด้านไวรัสได้มากขึ้น ทั้งนี้มีความสำคัญที่จะสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ที่สำคัญกว่าคือการบริหารอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ตลอดจนการได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง จึงจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ได้รับผลดีจากการรักษาอย่างเต็มที่และไม่มีอาการข้างเคียงรุนแรง ประการสำคัญคือ การใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะก่อให้เกิดปัญหาการคือยาตามมาทำให้การรักษาเป็นไปด้วยความยากลำบากยิ่งขึ้น

การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์มีความสำคัญต่อการรักษามาก เพราะผู้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้นที่จะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะล้มเหลวถ้าผู้ป่วยไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ความสม่ำเสมอ (Adherence) ไว้หลายความหมายดังนี้

AIDS Institute New York State Department of Health (1998) ได้ให้ความหมายของความสม่ำเสมอ (Adherence) ไว้ว่า การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอย่างต่อเนื่องถูกต้องตลอดระยะเวลาของการรักษา การคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของการติดต่อระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ การให้รายละเอียดเกี่ยวกับการตัดสินใจในการให้ยา การเข้าถึงความจำเป็นในการสนับสนุนการบริการ การติดตามการนัดหมาย และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าให้ยาเพียงอย่างเดียว แต่ติดตามถึงปริมาณยาที่รับประทาน ตารางการรับประทานยา การเก็บ และการจัดการตามความต้องการที่จำเป็น และคงไว้ซึ่งประโยชน์ในการรักษา

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002 อ้างถึงใน เฉลิมศรี ขจรวงศ์วัฒนา, 2547) ได้ให้คำจำกัดความของความสม่ำเสมอ (Adherence) เป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งการใช้ยาตามสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

Jani (2002 อ้างถึงใน เฉลิมศรี ขจรวงศ์วัฒนา, 2547) ได้ให้ความหมายของความสม่ำเสมอ “Adherence” ไว้ว่า ความสามารถของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวกับการเลือก การเริ่ม การจัดการ และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในการที่จะควบคุมการติดเชื้อ และการเพิ่มภูมิคุ้มกัน

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ความสม่ำเสมอ (Adherence) หมายถึง พฤติกรรมของแต่ละบุคคลในการที่จะประพฤติปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยความเต็มใจ

สรุปแล้วจากความหมายของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในงานวิจัยครั้งนี้หมายถึง พฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยครอบคลุมถึงการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ได้แก่ ถูกต้องตามขนาด จำนวน เวลา และวิธีในการรับประทานยา

ปัญหาความสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะบอกประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณไวรัส (HIV Viral Load) การเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันซีดี 4 (CD 4) และความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล (Durability) แต่มีการสำรวจพบว่าผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น ที่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (Melbourne et al., 1999) แม้จะเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่ทราบและเข้าใจผลร้ายของการไม่รับประทานยาให้สม่ำเสมอ ก็ยังไม่มี ความสม่ำเสมอในเรื่องนี้ในระดับที่สูงเท่าที่ควร ทั้งที่ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ดีเท่านั้นที่จะเป็นตัวตัดสินความสำเร็จของการรักษา

มีหลายการศึกษาวิจัยได้ประเมินระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และพบผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน เช่น มากกว่าร้อยละ 10 ของผู้รับบริการรายงานว่าลืมรับประทานยา 1 มื้อ หรือมากกว่านั้นในวันที่มารับยา และมากกว่าร้อยละ 33 ลืมรับประทานยาในช่วง 2-4 สัปดาห์ (Chesney et al., 2000) ก่อนมาพบแพทย์ ดังนั้นแพทย์และพยาบาลไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่า บุคคลหนึ่งจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหรือไม่

เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวีมีอัตราการขยายจำนวน และกลายพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วมาก ความสม่ำเสมอของการรักษาจึงต้องสูงมาก ก็ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาด ไม่ลืม รับประทานตรงเวลาติดต่อกันอย่างน้อยถึงร้อยละ 95 ของจำนวนยาทั้งหมดตามแผนการรักษา การรักษาจึงจะได้ผลต่อเนื่องเป็นเวลานาน แต่ในทางตรงกันข้าม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตามแผนการรักษาจะทำให้เชื้อเอชไอวีพัฒนาความสามารถในการดื้อยาขึ้นมาได้อย่างรวดเร็ว และหากเชื้อที่ดื้อยานี้แพร่กระจายไปยังผู้อื่นก็จะเป็นอันตรายอย่างยิ่ง

ถึงแม้ว่าอัตราการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะเทียบเท่ากับการขาดความสม่ำเสมอในการรักษาโรคเจ็บป่วยเรื้อรังอื่น ๆ แต่ในการจัดการกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำเป็นต้องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เกือบสมบูรณ์แบบมากกว่าร้อยละ 90-95 เพื่อให้การรักษาประสบผลสำเร็จ ระวังการขยายจำนวนของไวรัสเอชไอวีให้มากที่สุดและยืนนาน ซีดี 4 เซลล์ถูกทำลายน้อยลง มีการฟื้นฟูระบบภูมิคุ้มกัน และการชะลอพัฒนาการของโรคเอดส์ ซึ่งความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา อาจนำไปสู่การระงับการขยายตัวของไวรัสที่ไม่เพียงพอ ทำให้การทำลายซีดี 4 เซลล์ยังคงดำเนินต่อไป การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง และโรคเอดส์พัฒนาต่อไป นอกจากนี้ การรับประทานยาด้านไวรัสไม่สม่ำเสมอยังเป็นสาเหตุสำคัญของการดื้อยาด้านไวรัสชนิดหนึ่ง หรือมากกว่า

การสั่งยาอย่างไม่เหมาะสมของผู้ให้บริการรักษา และความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่งผลให้เกิดภาวะที่ขาดไวรัสมีความเข้มข้นไม่เพียงพอที่จะควบคุมไวรัส ซึ่งสิ่งนี้นำไปสู่การแตกตัวต่อไปของไวรัส นอกจากนี้ไวรัสเอชไอวีจะมีพัฒนาการความทนทานต่อยาด้านไวรัส ความทนทานหรือการดื้อยาด้านไวรัสถือเป็นความล้มเหลวของการรักษาอย่างใหญ่หลวง ปัญหาสำคัญคือการดื้อยาชนิดหนึ่งอาจมีมากถึงระดับที่เกิดการดื้อยาข้ามชนิด (Cross-Resistance) คือดื้อยาอีกตัวหนึ่งซึ่งยังไม่เคยส่งจ่ายให้กับผู้รับบริการ ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาวิกฤตอีกประการหนึ่งของการดื้อยาด้านไวรัส คือ ก่อให้เกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาสายพันธุ์ที่ทนทานต่อการได้รับยาด้านไวรัสมาแล้ว ในกรณีที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น มีชนิดของยาให้เลือกในการรักษาจำกัด ยามีราคาแพงและขาดแคลน จึงมีความจำเป็นมากที่ผู้รับบริการจะต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดดื้อยาขึ้น

ความไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสมีได้หลายลักษณะ เช่น การรับประทานยาไม่ตรงเวลาตามที่กำหนดไว้ การรับประทานยาไม่ถูกขนาดเพราะความเข้าใจผิด หรือหลงลืมคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การหยุดยาด้านไวรัสก่อนถึงเวลาอันควร หรือบางครั้งผู้รับบริการอาจปรับเปลี่ยนขนาดยาเอง โดยเป็นผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาหรือ

ความเชื่อส่วนตัว การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอาจเริ่มตั้งแต่ขาดการรับประทานยาชนิดหนึ่ง 1 มื้อ ไปจนถึงขาดการรับประทานยาทั้งหมด 3-4 ชนิดใน 1 มื้อ และทุกมื้อตลอดทั้งวันหรือสัปดาห์

การประเมินระดับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัส

การประเมินระดับความสม่ำเสมอทำได้หลายวิธีและแต่ละวิธีก็มีทั้งส่วนดีและจุดอ่อน ซึ่งผู้ให้บริการจำเป็นต้องตระหนักถึงและเลือกใช้อย่างเหมาะสมได้แก่

1. การรายงานผลของผู้ป่วยเอง (Self-Report) เป็นการประเมินความสม่ำเสมอ

ในการรับประทานยาต้านไวรัส เป็นวิธีที่นิยมใช้ในทางคลินิก เนื่องจากทำได้ง่าย สะดวกในการใช้งานกับผู้ป่วยจำนวนมาก และเสียค่าใช้จ่ายน้อย การรายงานผลด้วยตัวผู้ป่วยเอง สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง เป็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกรหรือพยาบาล วิธีนี้ทำให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ตามที่แพทย์สั่ง ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ใช้เวลานานในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแต่ละราย และอาจต้องอาศัยความไว้วางใจต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้สัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ถ้าผู้สัมภาษณ์ไม่มีทักษะในการสัมภาษณ์ที่ดีแล้วผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลที่สูงกว่าความเป็นจริง และผู้สัมภาษณ์อาจเกิดอคติกับผู้ป่วยได้ง่ายทำให้ข้อมูลความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง

1.2 ผู้ป่วยทำบันทึกประจำวันในการใช้ยา วิธีนี้เป็นวิธีที่ให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกเวลาการรับประทานยาด้วยตนเอง เป็นวิธีที่ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทั้งจำนวนที่รับประทานยาและเวลาที่รับประทานยา นอกจากสะดวกในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยากับผู้ป่วยจำนวนมากแล้ว วิธีนี้ยังไม่แพง ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ สามารถให้ผู้ผู้ป่วยทำได้ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นเพราะการให้ผู้ผู้ป่วยทำบันทึกประจำวันในการรับประทานยาเป็นเวลานานจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายไม่บันทึกตามความเป็นจริง รวมทั้งหากผู้ป่วยลืมบันทึกข้อมูล ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจะต่ำกว่าความเป็นจริง

1.3 แบบสอบถามที่ให้ผู้ผู้ป่วยตอบเอง วิธีประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวิธีนี้เป็นวิธีที่นิยมที่สุด เหมาะในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยากับผู้ป่วยจำนวนมาก เพราะสะดวกรวดเร็ว มีการวัดความเที่ยงและความตรงมาแล้ว วัดข้อมูลได้หลายชนิด และเสียค่าใช้จ่ายน้อย ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ แบบทดสอบส่วนมากจำเป็นต้องให้ผู้ผู้ป่วยทบทวนพฤติกรรมกรรับประทานยาในอดีต เช่น ในช่วง 4 วันที่ผ่านมา 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา หรือ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง เป็นวิธีที่ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับความทรงจำ

และพบว่าความสม่ำเสมอในการใช้ยาที่ได้จากการประเมินด้วยวิธีนี้มักจะมีค่าสูงกว่าความเป็นจริง (Liu et al., 2001) แต่จากการศึกษาของเฮอเก้น (Hurgens et al, 2002) พบว่า ความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ได้จากการให้ผู้ป่วยตอบเองมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการใช้ยาที่วัดได้จากวิธีอื่น ๆ ได้แก่ MEMS การวัดระดับยาในเลือด การนับเม็ดยาที่เหลือ การมารับยาซ้ำตามนัด การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการทำบันทึกประจำวันในการใช้ยา การศึกษาส่วนมากพบความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ได้จากแบบสอบถามกับการตอบสนองทางไวรัสวิทยาและการเพิ่มขึ้นของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย แบบสอบถามที่ใช้มีหลายลักษณะ ตั้งแต่แบบ 1 ข้อคำถามจนถึงหลายข้อคำถาม ปัจจุบันยังไม่มีแบบสอบถามได้ที่ถูกใช้เป็นแบบสอบถามมาตรฐานในการประเมินความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส แบบสอบถามที่ใช้ในปัจจุบันที่ได้รับการพัฒนาและทดสอบความเที่ยงและความตรงจากหลายองค์กร ได้แก่ Patient Medication Adherence Questionnaire (PMAQ7) Adherence Confidence Scale, Long Term Medication Behavior Self-Report Scale, ACTG Questionnaire, PACTG Questionnaire, Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)

1.4 Visual Analog Scale (VAS) เป็นการประเมินการรับประทานยาโดยผู้ป่วยเอง โดยประเมินเป็นร้อยละของยาที่ผู้ป่วยรับประทานจริงเทียบกับปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน ในช่วงเวลาที่ต้องการศึกษา วอลซ์, แมนดาลเลีย และกาซเซอร์ด (Walsh, Mandalia, & Gazzard, 2002) ได้นำรูปแบบประเมินรูปแบบนี้ไปใช้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับปริมาณ Viral Load ($p = .01$) ซึ่งสอดคล้องกับวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (Maneesriwongul, Tulathong, Fennie, & Williams, 2006) ที่นำมาวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยา HAART ในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับปริมาณไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การใช้อุปกรณ์ในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยการใช้ขวดยาอิเล็กทรอนิกส์ Medication Events Monitoring System (MEMS) เป็นขวดยาที่ฝังแผ่นบันทึกวัน เวลา จำนวนครั้งการเปิด-ปิดขวดยา แล้วนำไปเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์เพื่อติดตามประมวลผลการรับประทานยาของผู้ป่วย จากการศึกษาของ แพทเธอร์สันและคณะ (Paterson et al., 2000) ใช้ MEMS วัดความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วย 84 ราย ที่ได้รับยาต้านไวรัสกลุ่ม PI พบว่าความสม่ำเสมอของยาต้านไวรัสที่ได้ มีความสัมพันธ์กับการลดลงของปริมาณไวรัสเอชไอวีที่พบในกระแสเลือดของผู้ป่วยหลังจากรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไปแล้ว 3 เดือน แต่อาจขาดความถูกต้องแม่นยำ ถ้าผู้ป่วยหยิบบามากกว่า 1 ครั้ง สัมผัสฝาขวด หรือเก็บยามากกว่า 1 ชนิดในขวดเดียวกันและมีราคาแพง ไม่สะดวกต่อการพกพา (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547)

3. การตรวจวัดระดับยาในเลือด (Therapeutic Drug Monitoring) เป็นวิธีวัดความสม่ำเสมอในการใช้ยาที่เป็นรูปธรรมและใช้หลักทางวิทยาศาสตร์มากที่สุด แต่ผลที่ได้ก็ยังไม่สามารถยืนยันถึงความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาได้ทั้งหมด เนื่องจากวิธีนี้ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องตรงตามเวลาที่กำหนดหรือไม่ เช่น ให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุก ๆ 2 ชั่วโมง แต่ความเป็นจริงผู้ป่วยอาจรับประทานยาในช่วงห่าง 10 ชั่วโมงก็ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจหยุดใช้ยา 1-2 สัปดาห์ จากนั้นกลับมาใช้อีก 1-2 สัปดาห์ เมื่อมาตรวจวัดระดับยาในเลือดก็จะได้ผลการตรวจที่อยู่ในระดับการรักษาที่ได้ วิธีนี้ยังมีความจำเพาะสำหรับการตรวจวัดสำหรับยาแต่ละตัวและมีค่าใช้จ่ายสูงอีกด้วย (Sign et al., 1999)

4. การให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า (Directly Observed Therapy: DOT) เป็นวิธีที่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาจริง แต่วิธีนี้มีข้อเสียถ้าผู้ป่วยต้องรับประทานยารวันละหลายครั้ง ทำให้ต้องเสียเวลาและสิ้นเปลืองเนื่องจากต้องเดินทางมายังสถานที่ที่ต้องรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังต้องสิ้นเปลืองบุคลากรที่ต้องทำหน้าที่ให้ยาและสังเกตการณ์รับประทานยาของผู้ป่วย หรือต้องออกไปตามกรณีที่ผู้ป่วยไม่มารับประทานยาดังนั้นวิธีการนี้จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในสถานบริการซึ่งมีเจ้าหน้าที่สามารถดูแลการรับประทานยาได้ทุกมือ เช่น ผู้ป่วยในคุกหรือสถานพยาบาล (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) หรือใช้วิธีการตรวจสอบการรับประทานยาระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าผู้ดูแล

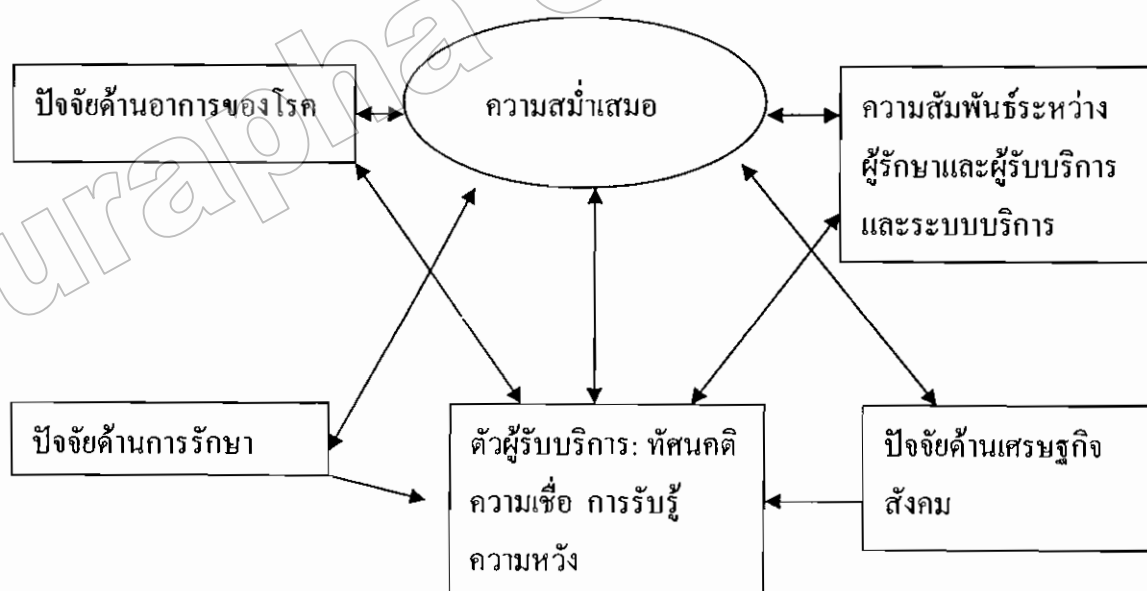
5. การนับหรือวัดปริมาณยาที่เหลือ (Pill Count) วิธีนี้วัดได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เปรียบเทียบกับจำนวนยาที่เหลือเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลับมารับยาหรือเมื่อไปรับยาไปแล้วระยะหนึ่ง หากนับจำนวนเม็ดยาแล้วเหลือมากกว่าหรือน้อยกว่าที่ควรจะเป็น แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับประทานยาไม่ครบหรือไม่ได้รับประทานยา ข้อดีของวิธีนี้คือสะดวกรวดเร็วและประหยัด และยังสามารถตรวจสอบการเก็บรักษาว่าถูกต้องหรือไม่ ยาที่นำกลับมามีการเปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมสภาพเพียงใด แต่วิธีนี้ก็ยังมีข้อเสียเพราะอาจจะได้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริงถ้าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำเม็ดยาหายไปโดยไม่ได้รับประทานทั้งยาหรือให้ผู้อื่นใช้ไปด้วยหรือรินยาหกในกรณีที่เป็นยาน้ำ และอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รู้สึกถูกจับผิดได้ นอกจากนี้ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่นำยามา ก็ไม่สามารถประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ได้ (Sign et al., 1999)

6. การเก็บข้อมูลจากการมารับยาซ้ำตามนัด การประเมินวิธีนี้ดูจากการมารับยาตรงตามกำหนดนัด เป็นวิธีที่ง่ายสามารถดูความสม่ำเสมอจากเวชระเบียนประวัติได้ มีค่าใช้จ่ายน้อย แต่มีข้อจำกัด คือ ข้อมูลที่ได้จะหายาบ มีความน่าเชื่อถือน้อย เพราะการมารับยาตามนัดทุกครั้งไม่ใช่สิ่งที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยรับประทานยาสมาเสมอตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

7. การตรวจวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load Assay) การตรวจวัดปริมาณไวรัสในเลือดเป็นข้อบ่งชี้สำคัญถึงประสิทธิภาพในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ดังนั้นหากการรักษาสัมฤทธิ์ผล การวัดปริมาณไวรัสในเลือดก็น่าจะวัดไม่พบ แต่วิธีนี้มีราคาแพงและยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อกำ Viral Load เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดภาวะเจ็บป่วยระหว่างตรวจวัด มีการติดเชื้อซ้ำไม่ดี หรือการตรวจวัดด้วยเครื่องมือต่างชนิดกัน (Sign et al., 1999; Farley, Hines, Musk, Ferrus & Tepper, 2003)

อาจพอสรุปได้ว่า ไม่มีวิธีการใดที่จะประเมินระดับความสม่ำเสมอได้อย่างดีที่สุด การประเมินที่มีประสิทธิภาพจึงควรใช้มากกว่าหนึ่งวิธีประกอบกัน ทั้งแบบผู้ป่วยรายงานเองหรือแบบที่สามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรมจริง (สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต, 2548) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์โดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามที่นำมาใช้เป็นของ กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) ของโนเบล และคณะ (Knobel et al., 2002) ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก และมีการตรวจสอบซ้ำโดยการนับเม็ดยาและสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
(สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต, 2548)

จากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยโดย อิกโนวิก และมิด (Ickovics & Meade, 2002) สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านผู้ป่วยสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1.1 ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งเป็นความแตกต่างของบุคคลที่ส่งผลต่อแนวโน้มปัญหา และความคิด จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล การศึกษาของนิเมส และคณะ (Nemes, Carvalho, & Souza, 2004) ในผู้ป่วยประเทศบราซิล ได้สรุปถึงความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำเนินแนวโน้มในการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 44.9-77 ปี มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า ส่วนการศึกษาในอเมริกาพบว่า อายุ เพศ การศึกษา รวมถึงปัจจัยเสี่ยงด้านการติดเชื้อเอชไอวี ไม่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในการรับประทานยาต้านไวรัส (Weiser et al., 2003) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย สมจิตต์ ศุลาทอง (2547) สรุปว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัส สุกรินทร์ หาญวงศ์ (2548) พบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริกิตต์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ แต่การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547) ให้ความเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยไม่ควรคาดการณ์ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยแต่ละรายไว้ล่วงหน้า ดังเช่น คิดว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาดีจะรับประทานยาต้านไวรัสได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งไม่จริงเสมอไป เพราะการคาดการณ์ล่วงหน้าอาจเกิดการเอนเอียงจนเกิดการประเมินไม่ตรงตามความเป็นจริงได้

1.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ที่สำคัญคือการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ในการที่จะจัดการกับสถานการณ์ของการเจ็บป่วยนั้น ความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการรักษาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมถึงความเชื่อ ทัศนคติ และแรงจูงใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา หากไม่ปฏิบัติเช่นนั้นอาจเกิดผลเสียแก่ตนได้ มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจ และทฤษฎีการตัดสินใจ แล้วนำองค์ประกอบพื้นฐาน มาอธิบาย

ถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพอนามัย โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับมุมมองเห็นคุณค่าของของสิ่งที่ปฏิบัติ และความเชื่อในผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตน (Becker, 1990) กล่าวคือบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้ จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งนั้นว่า คนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นและเมื่อเกิดเป็นโรคขึ้นจะทำให้เกิดความรุนแรง รวมถึงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ซึ่งเมื่อนำแนวคิดนี้มาใช้ในเรื่องความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เกื้อกูล ถนอมกิจ (2543) ศึกษาพบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรค ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีความคิดเห็นและความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็นไม่สามารถรักษาให้หาย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายได้และถ้าเป็นมากขึ้นอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (DHHS, 2004; DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000) ในเรื่องทัศนคติ สมทรง (Somsong, 2002) ศึกษาพบว่า ร้อยละ 93.8 ของผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและร้อยละ 89.6 มีทัศนคติที่ดีต่อขนาดของเม็ดยา นอกจากนี้ ซอลลีลาและคณะ (Zorrila et al., 2004) ยังพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีแรงจูงใจภายในคน (Internal Motivation) มากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

1.3 ความรู้เรื่องโรคและการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เช่น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่าการรับประทานแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือรู้สึกว่าตนเองแย่ลงโดยไม่เข้าใจ หรือไม่ทราบมาก่อนว่าอาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่งที่หยุดรับประทานยา เมื่อรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้นมากหรือไม่มีอาการแสดงของโรคแล้วเพราะไม่ทราบว่าต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) จากการศึกษาของ โรเบิร์ต (Robert, 2002) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับต่ำ เป็นอุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่งของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ การศึกษาของ แมททิว และคณะ (Mathews et al., 2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของยาต้านไวรัสเอดส์ที่สามารถทำให้จำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายลดลง และสามารถเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (ซีดี 4) ให้ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับสูงนั้นสามารถทำนายการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงและการจัดการกับ

อาการข้างเคียงของยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ด้านไวรัสเอดส์ (Wagner et al., 2002)

1.4 พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่พฤติกรรมใช้สารเสพติดและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีการศึกษาในหญิงที่ใช้ยาเสพติดพบว่ามีความโน้มที่จะรับประทานยาตามแผนการรักษา น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ยาเสพติด (Sharp, Lee, Nakashima, Elam-Evans, & Fleming, 2004) การใช้สารเสพติดทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสลดลง ขาดการใส่ใจตนเอง ทำให้ไม่มารับการรักษาตามนัด และรับประทานยาไม่ต่อเนื่องไม่สม่ำเสมอในที่สุด (Mannheimer et al., 2002) เช่นเดียวกับการดื่มแอลกอฮอล์ (Bonolo et al., 2004; Dole et al., 2004 อ้างถึงใน วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547)

1.5 แรงสนับสนุนทางสังคม วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547, หน้า 13 อ้างอิงจาก Maneesriwongul et al., 2004) รายงานว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และการเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยาโดยญาติหรือผู้ดูแล ซิมโมนิ และคณะ (Simoni et al., 2002) พบว่าผู้ป่วยที่พอใจกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ สามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ

2. ปัจจัยด้านลักษณะอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทั่วไปจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมักจะรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรักษาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา ในผู้ป่วยที่มีอาการอย่างเฉียบพลันในระยะสั้นและไม่มีอาการแสดงรุนแรงมากนักก็มักจะรับประทานยาได้ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอเท่าที่ควร มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงน้อย มักจะรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ น้อยกว่าผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงถึงชีวิต (Flick, Gal, Line, & Swell, 1998) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโรคที่มักจะไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่ามีอาการจำเป็นที่จะต้องรับประทานยา (Kynge, 2002)

3. ปัจจัยด้านผู้ให้การดูแลรักษา สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ที่ให้การดูแลรักษาและระยะเวลาที่มีให้ผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยซึ่งมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาที่ได้รับ จะให้ความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษาและทีมสุขภาพ จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี มพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะสอบถามในสิ่งที่ตนสงสัยและยอมรับพฤติกรรมในการรับประทานยาตามความเป็นจริง (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับ ชไนเดอร์ และคณะ (Schneider, Kaplan, Greenfield, Li, & Wilson, 2004) ได้ศึกษาในผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี พบว่า สัมพันธภาพที่กระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษา มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่ดีกว่า

4. ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษานี้ครอบคลุมตั้งแต่ความยาวนาน ในการรักษา วิธีการที่เข้าสู่วางกาย จำนวนยาและมียาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวัน ประสิทธิภาพของยาในการรักษาและอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผลกระทบของยา/ การรับประทานยาต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาและความสะดวก ในการเดินทางไปรักษา ในกรณีที่การรักษาโรคเอดส์เป็นการรักษาที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ต้องรับประทานยารวันละหลายครั้ง เป็นจำนวนมากและ/ หรือวิธีการรักษามีผลกระทบ ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย อาจทำให้ความสม่ำเสมอในการเข้ารับการรักษของผู้ป่วยลดลง ทำให้รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอได้ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547) ซอริลลา และคณะ (Zorrilla et al., 2004) พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ที่รับประทานยา ในสูตรยาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่รับประทาน ยาสูตรที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีจำนวนเม็ดยาที่มาก และ ซิโมนิ (Simoni et al., 2002) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยาดังแต่อาการปานกลางและรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการรับประทาน ยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547, หน้า 14 อ้างอิงจาก Maneesriwongul et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยาโดยเฉพาะอาการ ท้องเดินและปวดเมื่อยตามตัวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างมี นัยสำคัญ

5. ปัจจัยด้านสถานบริการ ได้แก่ ระยะทาง การเดินทางมาใช้บริการ ความสะดวกของ การมาใช้บริการ สภาพสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ ความเป็นส่วนตัว มีคลินิกเฉพาะโรค มีโครงการยาด้านไวรัสเอดส์ มีบริการให้การปรึกษาเรื่องต่างๆ ที่ตอบสนองความต้องการของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ จะมีอิทธิพลต่อการเข้ารับการรักษาและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการ รับประทานยา จากการศึกษาของเฮนส์ (Haynes, 2003 อ้างถึงใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547) พบว่า การพัฒนาระบบบริการให้เป็นแบบบริการทุกอย่างเบ็ดเสร็จในจุดเดียวกัน หรือแยกสถานที่ ตรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ออกจากจุดตรวจอื่นๆ การเพิ่มความสะดวกในระบบบริการ จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ และ จากการศึกษาของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2547, หน้า 1 อ้างอิงจาก Maneesriwongul et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาด้านไวรัสเอดส์รับประทานยาได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วย ที่รักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ที่ไม่อยู่ในโครงการอย่างมีนัยสำคัญ

นับตั้งแต่ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตัดสินใจเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส จนตลอดระยะเวลาของการรักษาอาจพบปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ มากมายดังปัจจัยที่กล่าวมา ซึ่งเป็นสาเหตุที่จะทำให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ล้มเลิกการรักษาหรือไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรักษาและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตามแนวทางจิตวิทยา กล่าวการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากมีตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สิ่งนั้นคือแรงจูงใจ

แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ

ความหมายและความสำคัญของแรงจูงใจ

นักจิตวิทยากล่าวกันว่า พฤติกรรมทุกอย่างย่อมมีสาเหตุ กล่าวคือ อยู่ ๆ มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมออกไปโดยไม่มีสาเหตุหรือแสดงไปโดยไม่มีเหตุผลไม่ได้ ซึ่งต้นเหตุแห่งพฤติกรรมนั้นเรียกว่า “สิ่งเร้า (Stimulus)” ส่วนพฤติกรรมซึ่งกระทำตอบสนองสิ่งเร้านั้นเราเรียกว่า “ปฏิกิริยาตอบสนอง (Response)” พฤติกรรมเป็นผลมาจากการที่คนเราเลือกปฏิกิริยาตอบสนองที่เหมาะสมที่สุด มาสนองต่อสิ่งเร้า

ถ้าสังเกตพฤติกรรมของคน เราจะพบว่า ถึงแม้จะมีเป้าหมายอย่างเดียวกันแต่การแสดงออกทางพฤติกรรมอาจไม่เหมือนกัน บางคนอาจมีความพยายามมุ่งมั่นอย่างสูงเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย แต่อีกคนกลับมีความท้อแท้และมักคิดว่าตนเองไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ บางคนมีความสุขกับการทำงานอยู่เสมอ แต่อีกคนกลับมีความวิตกกังวลสูงเกินกว่าเหตุ บางคนมีสติปัญญาดีแต่ไม่ใส่ใจในการเรียน แต่อีกคนซึ่งเรียนไม่ค่อยเก่งกลับมีความขยันหมั่นเพียรตั้งใจเรียนจนน่านับถือ บางครั้งเราอาจเคยถามตัวเองในใจว่า ทำไมหรือเพราะอะไรที่เป็นสาเหตุสำคัญที่อยู่เบื้องหลังการแสดงพฤติกรรมของเขา ถ้าพิจารณาในแง่ของจิตวิทยาแล้ว บุคคลต่างก็มีแรงจูงใจที่จะกระทำ และแรงจูงใจนี้เองที่ทำให้บุคคลมีพลังและผลักดันให้บุคคลทำสิ่งต่างเพื่อสนองความต้องการหรือนำไปสู่จุดหมายที่ต้องการ

แรงจูงใจ (Motive) เป็นคำที่ได้ความหมายมาจากคำภาษาละตินที่ว่า “Movere” ซึ่งหมายถึง “เคลื่อนไหว (Move)” นอกจากนี้มีผู้ให้ความหมายคำว่า แรงจูงใจ ไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

ธิดา จัปจิตต์ (2547) ได้อธิบายว่า แรงจูงใจ หมายถึง สภาวะที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่แรงจูงใจนั้นต้องการ แรงจูงใจอยู่ในภาวะไม่หยุดนิ่งและเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา เพื่อสร้างสภาวะของร่างกายเราให้เกิดความสมดุล สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่คาดหวังไว้

ราตรี พัฒนรังสรรค์ (2544) ได้ให้ความเห็นว่า แรงจูงใจ คือภาวะหรือองค์ประกอบ ที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาอย่างมีจุดหมายเพื่อไปสู่จุดหมาย ที่ตนเองต้องการหรือผู้ทำการชักจูงกำหนด

จากความหมายนี้จะเห็นได้ว่า แรงจูงใจจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ

1. เป็นกลไกที่ไปกระตุ้นพลังของร่างกายให้เกิดการกระทำ
2. เป็นแรงบังคับให้กับพลังของร่างกายที่จะกระทำอย่างมีทิศทาง

ส่วนการจูงใจ (Motivation) เป็นเงื่อนไขของการได้รับการกระตุ้นโดยมีการให้ ความหมายไว้ดังนี้

แบนดูรา (Bandura, 1997) อธิบายถึง การจูงใจ ว่าเป็นกระบวนการที่ควบคุมตัวบุคคล ในการเลือกสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งสนับสนุนให้กระทำพฤติกรรมอย่างมีทิศทางและมีเป้าหมาย

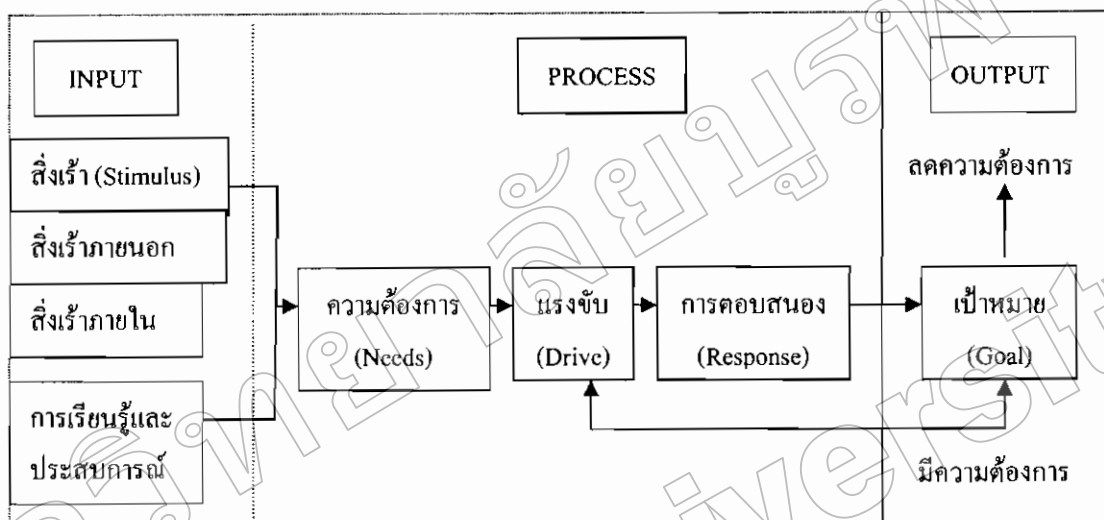
เดมส์คีย์ คทวนิช (2546) อธิบายว่า การจูงใจ หมายถึง กระบวนการของการใช้ปัจจัย ทั้งหลายที่จะทำให้บุคคลเกิดความต้องการเพื่อสร้างแรงขับและแรงจูงใจไปกระตุ้นร่างกายให้แสดง พฤติกรรมตามจุดหมายที่ได้วางไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวนั้นอาจจะเป็นสิ่งเร้าภายนอก สิ่งเร้า ภายในหรือทั้งสองประการก็ได้

จากคำอธิบายและความหมายดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า การจูงใจ เป็นกระบวนการที่บุคคล ถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าโดยจงใจ ให้กระทำหรือคิดริเริ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์บางอย่าง ซึ่งจะเห็น ได้ว่า พฤติกรรมที่เกิดจากการจูงใจเป็นพฤติกรรมที่มีใจเป็นเพียงการตอบสนองสิ่งเร้าปกติธรรมดา แต่ ต้องเป็นพฤติกรรมที่มีความเข้มข้น มีทิศทางจริงจัง มีเป้าหมายชัดเจนว่าต้องการไปสู่จุดใด และ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น เป็นผลสืบเนื่องมาจาก แรงผลักดันหรือแรงกระตุ้น ที่เรียกว่า แรงจูงใจด้วย

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แรงจูงใจจะเป็นพลังกระตุ้นเร้าให้บุคคลเกิดความพยายาม ให้ไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย ดังนั้นถ้าแรงจูงใจที่ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคจะทำให้บุคคล ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าหากบุคคลมีแรงจูงใจต่ำหรือ ขาดแรงจูงใจ เมื่อเจอปัญหาหรืออุปสรรคก็จะนำไปสู่การถดถอยนำไปสู่การล้มเหลวได้สูง ซึ่งเมื่อนำมาเชื่อมโยงกับเรื่องของพฤติกรรมของการรักษาสุขภาพ ถือได้ว่าการจูงใจเป็นปัจจัย ทางด้านจิตวิทยาที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ กล่าวคือ การดูแลสุขภาพที่ดีต้องพึ่งพา แรงจูงใจและการจูงใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตามกฎเกณฑ์การรักษาทางการแพทย์ (Wilkinson, 1997)

กระบวนการเกิดแรงจูงใจ

แรงจูงใจเกิดขึ้นมาได้ ย่อมขึ้นกับปัจจัยที่กระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปอย่างมีทิศทาง โดยมีกระบวนการดังนี้



ภาพที่ 3 องค์ประกอบของแรงจูงใจและระบบการจูงใจ (ธิดา จัปจิตต์, 2547)

องค์ประกอบของแรงจูงใจและระบบการจูงใจสามารถสรุปได้ดังนี้

1. สิ่งเร้า (Input)

ปัจจัยนำเข้าอันเป็นตัวเร้าและกระตุ้นให้เกิดกระบวนการจูงใจ ประกอบด้วย สิ่งเร้า (Stimulus) หรือสิ่งแวดล้อม ที่มีหน้าที่เร้าให้มนุษย์กระทำการพฤติกรรม ได้แก่ สิ่งเร้าภายนอก (External Stimulus) เป็นสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอกร่างกายมนุษย์ ที่สิ่งที่มีตัวตน เช่น วัตถุ สิ่งของ คน สัตว์ และสิ่งเร้าที่เป็นนามธรรม เช่น หลักศีลธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น ส่วนสิ่งเร้าภายใน (Internal Stimulus) เป็นผลมาจากการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น น้ำย่อยกระตุ้นให้มนุษย์เกิดความรู้สึก เป็นต้น นอกจากสิ่งเร้าแล้ว การเรียนรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ก็เป็นปัจจัยเบื้องต้นเร้าให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

2. กระบวนการ (Process)

เมื่อมีปัจจัยที่กระตุ้นซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มาเร้า กระตุ้น จูงใจ ย่อมทำให้บุคคลเกิดความต้องการ (Needs) ซึ่งเป็นภาวะการขาดบางสิ่งบางอย่าง อาจเป็นการขาดทางด้านร่างกายหรือการขาดทางด้านจิตใจก็ได้ ทำให้เกิดภาวะตึงเครียดขึ้นภายในร่างกาย ภาวะตึงเครียดนี้

จะกลายเป็นแรงขับ (Drive) หรือตัวกำหนด (Action Oriented) ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนอง (Response) การตอบสนองจะดำเนินต่อไปจนกว่าจะถึงเป้าหมายความต้องการ

3. ผลลัพธ์(Output)

เป้าหมาย (Goal) เป็นตัวกระตุ้นให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมตามที่คาดหวัง เป้าหมายที่กำหนดไว้อาจสอดคล้องกับความต้องการของคนหรือไม่ก็ได้ เพราะบางคนแสดงการตอบสนองแล้วไม่ถึงเป้าหมาย หรือแม้ถึงเป้าหมายแล้วแต่ก็ยังไม่ใช่สิ่งที่ตนต้องการจริงๆ ความต้องการของบุคคลนั้นจะเกิดความพึงพอใจ เป็นเป้าหมายที่ตนต้องการ

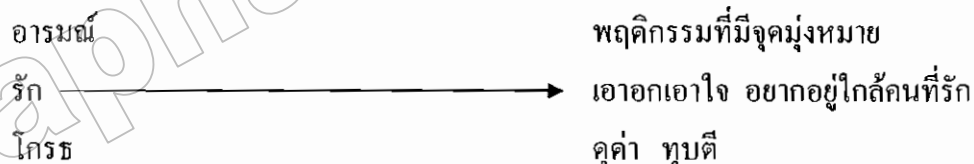
บางครั้งเราพบว่าพฤติกรรมที่ควรเหมือนกันกลับมีความแตกต่างกันทั้ง ๆ ที่มีแรงขับชนิดเดียวกัน เช่น นักศึกษาที่ต้องการสอบได้ บางคนขยันท่องหนังสือ บางคนซื้อหนังสือเก่งข้อสอบ บางคนทุจริตการสอบ เป็นต้น

สาเหตุที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ

พรหมทิวา รุจิพร (ม.ป.ป. อ้างถึงใน ธิดา จัปจิตต์, 2547) กล่าวว่า สาเหตุของแรงจูงใจอาจมีได้หลายอย่าง

1. อารมณ์ เป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้เราแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1.1 อารมณ์ทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจ กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น อารมณ์โกรธทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์กลัวทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันตัวหรือหนีหนีไปจากเหตุการณ์ เป็นต้น ตัวอย่างเช่น



1.2 อารมณ์ที่ทำหน้าที่เป็นเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายของพฤติกรรม เช่น คนเราอยากมีอารมณ์สนุกสนาน หรือลดความเครียด ก็ทำให้คนตั้งจุดมุ่งหมายว่าจะไปดูหนังตลก



2. ความต้องการ มนุษย์มีความต้องการโดยธรรมชาติอยู่เสมอและไม่สิ้นสุด แต่สิ่งที่มนุษย์ต้องการนั้นขึ้นอยู่กับว่าเขามีสิ่งนั้นอยู่หรือยัง ดังนั้นความต้องการใดได้รับการตอบสนองแล้วการอื่นในลำดับที่สูงขึ้นไปเป็นลำดับต่อมาจะเข้ามาแทนที่ทันที กระบวนการนี้ไม่มีสิ้นสุด โดยจะเริ่มตั้งแต่เกิดจนตาย ความต้องการของคนเรามีมากมายแต่อาจแยกได้เป็น 2 ประเภทหลักได้ดังนี้

2.1 ความต้องการทางสรีระ (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่คนเราจะขาดเสียมิได้ เป็นความต้องการที่ไม่ได้เกิดการเรียนรู้ ความต้องการทางสรีระนี้จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองเพื่อความอยู่รอดของชีวิต เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ อุณหภูมิที่เหมาะสม การพักผ่อนหลับนอน การขับถ่าย ความต้องการทางเพศ เป็นต้น ความต้องการทางสรีระเกิดจากภาวะร่างกายขาดสมดุล ผลักดันให้มีการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ การหายใจ การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การสวมเสื้อผ้าให้เหมาะสมกับอุณหภูมิ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อสนองความต้องการทางสรีระดังกล่าว สามารถทำให้ร่างกายพ้นจากสภาวะการขาด กลับสู่สภาวะความสมดุลตามปกติ และดำรงชีวิตอยู่ได้

2.2 ความต้องการทางจิตวิทยา (Psychological Needs) เป็นความต้องการขั้นรอง (Secondary Needs) เพราะถ้าไม่ได้รับการตอบสนองคนเราก็สามารถดำรงอยู่ได้ เนื่องจากเป็นความต้องการที่เกิดจากการเรียนรู้ในสังคม (Learned or Acquired or Social Needs) โดยทั่วไปของมนุษย์หลังจากที่ความต้องการพื้นฐานได้รับการตอบสนองที่เพียงพอแล้ว ย่อมมีความต้องการทางจิตใจ กล่าวคือ ต้องการให้ชีวิตมีความเป็นอยู่ที่สะดวกสบาย ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน มีเกียรติยศ ชื่อเสียง เป็นที่ยอมรับในสังคม มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การมีครอบครัวที่อบอุ่น ความต้องการความสำเร็จและความสมหวังในชีวิต และไล่ขึ้นไปเรื่อย ๆ จนไปถึงระดับความต้องการสูงสุด จึงกล่าวได้ว่า ถ้าบุคคลแต่ละคนมีความต้องการทางจิตใจที่ต่างกันจะทำให้คนเรามีแรงจูงใจที่ต่างกันด้วย แรงจูงใจสามารถทำให้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การรู้ถึงปัญหา การวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและนั่นคือการเริ่มต้น การส่งเสริมให้เกิดยุทธวิธีใหม่ ๆ ออกจากสิ่งเดิม ๆ ไปสู่ทางใหม่ที่สามารถรู้และทำได้

แนวคิดของการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจ

ผลสำเร็จของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ จะไม่สมบูรณ์ถ้าปราศจากการเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจ แรงจูงใจในการรักษา ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจ ความสำเร็จและความล้มเหลวในการรักษา แม้ว่าแรงจูงใจจะเป็นเรื่องที่มีความสำคัญแต่คนส่วนใหญ่ก็ยังคงคิดว่าแรงจูงใจเป็นเรื่องลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งยากที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขได้ แต่จากการศึกษาในระยะหลังๆทำให้เกิดมุมมองใหม่ที่น่าสนใจดังนี้ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2548)

1. แรงจูงใจเป็นกุญแจสำคัญของการเปลี่ยนแปลง ตามแนวทางจิตวิทยาเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนล้วนมีแรงจูงใจแฝงดี และมุ่งแสวงหาคำที่แท้จริงของตนเอง แรงจูงใจนี้จึงขับเคลื่อนให้มนุษย์พัฒนาและเปลี่ยนแปลงตนเองตลอดเวลา

2. แรงงูใจมีความซับซ้อน องค์ประกอบของแรงงูใจมีทั้งที่มาจากแรงกระตุ้นภายใน และแรงกดดันจากภายนอก รวมทั้งการใช้สติปัญญาในการประเมินความเสี่ยง และมุมมองที่มีต่อสถานการณ์

3. แรงงูใจเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แรงงูใจมีสภาวะที่ไม่อยู่นิ่งและสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและสถานการณ์รอบข้าง

4. แรงงูใจอยู่ภายใต้อิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม แม้ว่าแรงงูใจจะมีลักษณะที่จะเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวบุคคลแต่ก็สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้จากการมีความสัมพันธ์กับคนอื่น เช่น ความคาดหวังของครอบครัว หรือการได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชน นอกจากนี้แล้ว แรงงูใจอาจถูกกระตุ้น และเร่งร้ำให้เกิดขึ้นได้จากสถานการณ์หรือเหตุการณ์บางอย่างดังนี้

1. ระดับความเครียด ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรัง จะมีความวิตกกังวลใจและอยากที่จะได้รับการรักษา

2. วิกฤตการณ์ในชีวิต เช่น การเป็นโรคฉวยโอกาสที่รุนแรง หมั่นคิดเชื่อที่ต้งครรภ์ ฯลฯ วิกฤตการณ์ เช่นนี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้

3. การใช้สติปัญญาในการประเมินคุณค่า การใช้สติปัญญาพิจารณาข้อดี และข้อเสียของการรักษาสุขภาพที่มีปัญหา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้ถึงร้อยละ 30-60 เช่น ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ที่สามารถมองเห็นผลดีของการรับประทานยาต้านไวรัส ก็จะทำให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาอย่างต่อเนื่อง

4. การตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง การตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพก็เป็นสิ่งหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดแรงงูใจได้ เช่น ถ้าผู้รับบริการรู้ว่าการหยุดรับประทานยาต้านไวรัส จะทำให้เกิดภาวะดื้อยา และเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ก็จะทำให้ผู้รับบริการมีความร่วมใจในการรับประทานยามากขึ้น

5. การได้รับรางวัลและการถูกลงโทษ เช่น การได้รับคำชมเชยจากผู้รักษาหรือนุคคลในครอบครัวทำให้ผู้รับบริการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้าม ทำที่ที่ดำหนิหรือไม่เห็นด้วยในเรื่องรับประทานยาต้านไวรัสของญาติผู้รับบริการ อาจทำให้ผู้รับบริการยุติการรับประทานยาได้

6. ทำที่ของผู้รักษา จากการศึกษาพบว่าทำที่ของผู้รักษาที่เห็นอกเห็นใจ เคารพและยอมรับผู้รับบริการจะก่อให้เกิดแรงงูใจ และความสม่ำเสมอในการรักษา ตรงข้ามกับทำที่ที่ดำหนิ และบังคับซึ่งจะนำไปสู่การต่อต้านการรักษา

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivational Enhancement Therapy (MET) เป็นการให้การบำบัดที่พัฒนามาโดย มิลเลอร์ และรอลล์นิก (Miller & Rollnick, 2002) โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview: MI) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าเป็นเป็นแนวทางการให้การปรึกษาแบบมีทิศทาง เน้นผู้รับบริการปรึกษาเป็นศูนย์กลางหรือ Client-Centered Counseling โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาสามารถค้นหาและแก้ไขความลังเลใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นขั้นเป็นตอน หรือเรียกว่า “Stage of Change” ซึ่งอ้างอิงมาจากทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory) ของ Prochaska and DiClemente (1984) การให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนี้พัฒนาขึ้นมาใช้ในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ต่อมาได้รับความนิยมนำมาใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วย หรือผู้ที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพในสถานบริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง เพราะเข้าใจง่าย มีทิศทางและเป็นวิธีการที่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dilorio et al., 2003; Smith, Heckemeyer, Kratt, & Mason, 1997 อ้างถึงใน องค์การ ประจันเขตต์, 2551)

กลยุทธ์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

การบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีการเฉพาะที่ช่วยให้บุคคลหนึ่งตระหนักถึงปัญหาของตน และลงมือทำอย่างเกี่ยวกับปัญหานั้น วิธีการนี้ใช้ได้ผลมากในบุคคลที่มีความลังเลต่อการเปลี่ยนแปลง เพราะจะช่วยแก้ไขความไม่แน่ใจและทำให้บุคคลนั้นก้าวเข้าสู่ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงได้ ได้มีนักวิจัยได้นำการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในปัญหาพฤติกรรมสุขภาพหลาย ๆ อย่างแล้วได้ผลดี เช่น การติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด โรคอ้วน การออกกำลังกาย การฝึกสติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ในปี ค.ศ. 1989 มิลเลอร์ และคณะ ได้ใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ บำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ในโครงการ Project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ผลการศึกษาพบว่าวิธีนี้ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญและไม่แตกต่างจากวิธีการบำบัดอื่น ๆ เช่น Cognitive-Behavioral Therapy, Twelve Steps Facilitation เป็นต้น

กลยุทธ์ของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีลักษณะการชักชวนมากกว่าการบังคับ และเป็นการให้การสนับสนุนมากกว่าจะได้เถียง โดยมีเป้าหมายคือการเพิ่มแรงจูงใจที่มาจากตัวผู้รับบริการเอง

หน้าที่หลักของผู้ให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง มิลเลอร์ และโรลด์นิก (Miller & Rollnick, 2002) ได้เสนอลักษณะเฉพาะเพื่อใช้สร้างแรงจูงใจไว้ 8 ประการคือ

1. ให้คำแนะนำ (Giving Advice) วิธีการให้คำปรึกษาของคาร์ล โรเจอร์ (Carl Roger) มีลักษณะเฉพาะคือ เป็นการให้คำปรึกษาแบบไม่กำหนดทิศทาง (Non-Directive Counseling) ซึ่งวิธีการนี้อาจมีจุดอ่อนสำหรับผู้รับบริการบางรายที่ไม่มีทิศทางการเปลี่ยนแปลงที่แน่นอน หรือตกอยู่ในภาวะของการตัดสินใจไม่ได้เป็นเวลานาน ในทางตรงกันข้ามการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีลักษณะเฉพาะในการให้คำแนะนำ (Directive Counseling) ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสสูงมากที่จะหยุดดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ (ในกรณีที่ใช้กับการบำบัดรักษายาเสพติด) และยังช่วยเพิ่มอัตราการกลับมารับบริการอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 65

การให้คำแนะนำที่มีประสิทธิภาพ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

- 1.1 ชี้ให้ผู้รับบริการมองเห็นถึงปัญหาหรือความเสี่ยงอย่างชัดเจน
- 1.2 อธิบายให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง
- 1.3 เสนอวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจงอย่างชัดเจนให้แก่ผู้รับบริการ

2. กำจัดอุปสรรค (Removing Barriers) หน้าที่อีกประการหนึ่งของผู้รักษา คือ

ค้นหาอุปสรรคที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลง เช่น ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัญหาการเดินทาง ความรู้สึกอับอาย อุปสรรคเหล่านี้นอกจากจะขัดขวางการตัดสินใจรับการรักษาแล้ว ยังจะกระทบถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการด้วย ผู้ให้การปรึกษาจึงต้องช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นอุปสรรคและหาทางแก้ไขอุปสรรคเหล่านั้น

3. เสนอทางเลือก (Providing Choice) แรงจูงใจจะเกิดขึ้นถ้าหากผู้รับบริการเป็นคนเลือก และตัดสินใจโดยปราศจากอิทธิพลจากภายนอก เช่น การสั่งหรือบีบบังคับ ดังนั้นแนวทางการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจึงเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีอิสระในการเลือกการรักษาหรือการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ซึ่งวิธีการนี้จะนำไปสู่ความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองได้เลือก รวมทั้งยังช่วยลดความรู้สึกต่อต้าน และการเลิกการรักษาก่อนเวลาอันสมควร

4. เพิ่มความต้องการ (Increasing Desirability) ในขณะที่ผู้รับบริการอยู่ในขั้นของความลังเลใจ พวกเขาจะชั่งใจระหว่างผลดีและผลเสียของการเปลี่ยนแปลง เช่น การเข้าสู่การรักษา หน้าที่ของผู้รักษา คือ ต้องค้นคว้าหาว่าอะไรที่จูงใจให้ผู้รับบริการยังคงพฤติกรรมเดิม หรืออะไรที่ทำให้เขามองเห็นผลดีของยาต้านไวรัส แล้วนำเอาสิ่งที่เขียนไว้มาพูดคุยกับผู้รักษา อีกวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ได้ คือ ให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสรับฟังข้อมูลจากญาติและบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งผู้คิดเชื่อคนอื่น ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับผลกระทบของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีต่อผู้รับบริการ

และครอบครัว ในกรณีที่คุณให้ความสำคัญกับการรับประทานยา และมีความห่วงใยผู้รับบริการ รวมทั้งเน้นถึงผลดีผลเสียที่เกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ก็จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความตั้งใจ และมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มขึ้น วิธีการดังกล่าวนี้เป็นการช่วยให้ญาติของผู้รับบริการรู้จักประยุกต์ใช้พฤติกรรมบำบัดกับผู้รับบริการ โดยการใช้การสนับสนุน ชื่นชม หากญาติสามารถใช้วิธีการนี้ได้อย่างสม่ำเสมอ ก็จะส่งเสริมแรงจูงใจให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เป็นอย่างดีและต่อเนื่อง

5. แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Practicing Empathy) ถึงแม้ว่าคุณลักษณะสำคัญของผู้ให้การปรึกษาจะมีด้วยกันหลายประการ แต่ดูเหมือนว่าความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) จะมีความสำคัญมากที่สุดในฐานะที่เป็นคุณสมบัติที่ช่วยสร้างแรงจูงใจและลดแรงต่อต้านในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

การเห็นอกเห็นใจไม่ได้หมายถึง การที่ผู้รักษามีอารมณ์คล้ายคลึงตามหรือมีอารมณ์ร่วมไปกับประสบการณ์ของผู้รับบริการ แต่หมายถึงลักษณะจำเพาะและทักษะในการเข้าใจความรู้สึกของผู้ให้การปรึกษาที่สามารถจะแสดงออกในรูปแบบการฟังเพื่อสะท้อนความเข้าใจ (Reflexive Listening) โดยไม่จำเป็นที่จะต้องเคยมีประสบการณ์เหมือนกับผู้รับบริการ

6. ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Providing Feedback) บางครั้งคนเราไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองได้เพราะขาดข้อมูลที่ถูกต้อง และชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ หรือสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจึงนำเอาวิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับมาช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจและเข้าใจสภาพความเป็นจริงได้ดียิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงในที่สุด การให้ข้อมูลย้อนกลับทำได้หลายรูปแบบ เช่น การแสดงความห่วงใยของคนในครอบครัว ผลการตรวจร่างกายจากห้องปฏิบัติการ การจดบันทึกประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาต้านไวรัส การประเมินโดยใช้แบบทดสอบ การให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดีจะต้องมีมาตรฐานในการเปรียบเทียบ เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทำให้จำนวนซีดี 4 แตกต่างไปจากเดิมมากน้อยเพียงใด เพื่อให้ข้อมูลที่ให้กับผู้รับบริการมีความน่าเชื่อถือ และทำให้ผู้รับบริการไม่รู้สึกว่าผู้รักษามีอคติหรือคิดเอาเอง

หน้าที่อย่างหนึ่งของผู้นำบัดคือ รวบรวมข้อมูลที่ได้และแจ้งผลให้ผู้รับบริการได้รับทราบเพื่อทำให้เขามองเห็นถึงสถานการณ์ของความเลวร้าย หรือผลเสียที่จะตามมาอันจะนำไปสู่การกระตุ้นแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงต่อไป

7. กำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน (Clarifying Goal) การให้ข้อมูลย้อนกลับเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง トラバิดที่ผู้รับบริการยังไม่มีเป้าหมายในการรักษาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ตัวอย่างเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ

ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอาจมีหลายอย่าง เช่น รับประทานยาต่อเนื่องเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถกลับไปทำงานได้อยู่ดูแลบุตรได้นาน ๆ มีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นไม่เป็นภาระของผู้อื่น ฯลฯ

การวางเป้าหมายที่คืนนอกจากจะต้องมีความชัดเจนแล้ว ยังต้องประกอบไปด้วยความสามารถในการประเมินตนเอง รวมทั้งเป้าหมายนั้นต้องสามารถที่จะเป็นจริงได้ จึงจะทำให้ผู้รับบริการมีความหวังและมีความพยายามในการทำให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้แล้วการวางเป้าหมายควรทำควบคู่ไปกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้ผู้รับบริการทราบว่าตนเองอยู่ ณ ตำแหน่งใดและอยู่ห่างจากเป้าหมายนั้นๆมากน้อยเพียงใด

8. กระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือ (Active Helping) ผู้ให้การปรึกษาที่สนใจและมีความกระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องในกระบวนการรักษา จะส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้รับบริการไม่ได้มาตามนัดหมาย ผู้ให้การปรึกษาที่กระตือรือร้นก็จะไม่รอช้าที่จะติดต่อกับผู้รับบริการเพื่อแสดงความห่วงใย หรือในกรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วย ผู้รักษาก็จะอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการได้ไปพบกับผู้รักษาคคนใหม่ โดยไม่ปล่อยให้ผู้รับบริการพบกับความยุ่งยากในการติดต่อเอง

การช่วยเหลือผู้รับบริการในลักษณะเชิงรุกดังกล่าวจะช่วยเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจร่วมใจในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ได้มากกว่าการให้ความช่วยเหลือในลักษณะเชิงรับซึ่งผู้ให้การปรึกษาเป็นฝ่ายนั่งรอให้ผู้รับบริการเข้ามาขอความช่วยเหลือ

หลักการของบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

โดยทั่วไปวิธีการให้การปรึกษามีด้วยกันหลายรูปแบบ การให้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิธีการนี้ใช้ได้ผลดีทั้งในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ผู้รับบริการที่เป็นโรคเรื้อรัง และรวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี

มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick, 2002) ได้อธิบายถึงหลักการพื้นฐานที่สำคัญของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ไว้ 5 ประการ

1. แสดงความเข้าใจผู้รับบริการ (Express Empathy) โดยการฟังอย่างตั้งใจที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการ และยอมรับโดยไม่ตัดสิน ไม่วิจารณ์ หรือไม่ตำหนิ การทำเช่นนี้จะช่วยให้เข้าใจถึงความกังวลของผู้รับบริการได้ และมีผลในการเพิ่มแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ผู้ให้การปรึกษาจะต้องตระหนักไว้เสมอว่า การลังเลใจเป็นสิ่งปกติสำหรับผู้รับบริการ

2. ช่วยให้ผู้รับบริการเห็นความขัดแย้ง (Develop Discrepancy) คือ การช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเขา โดยทำให้ผู้รับบริการเห็นความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันของเขากับเป้าหมายที่เขาต้องการบรรลุ เช่น พฤติกรรมการรับประทาน

ยาไม่ตรงเวลากับเป้าหมายที่จะมีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนยาว สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้เปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่ต้องจำไว้เสมอว่า ผู้รับบริการควรจะเป็นผู้นำเสนอความคิดว่าจะต้องเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง

3. หลีกเลี่ยงการถกเถียงเอาชนะ (Avoid Argumentation) การถกเถียงเพื่อเอาชนะ ผู้รับบริการเป็นสิ่งที่ไร้ประโยชน์ ยิ่งผู้ให้คำปรึกษาพยายามที่จะยืนยันความคิดของตนเองเท่าไร ผู้รับบริการก็จะยิ่งพยายามยืนยันความคิดของเขามากขึ้นเท่านั้น ผู้รับบริการแสดงอาการเช่นนี้เป็นสัญญาณบอกว่า ท่านควรจะเปลี่ยนแปลงวิธีการให้คำปรึกษาได้แล้ว

4. โน้มน้าวมุมมองด้านทาน (Roll with Resistance) ใช้การเคลื่อนไหวของผู้รับบริการเอง เช่น ทิศทางการถกเถียง เพื่อเปลี่ยนการรับรู้หรือมุมมองของผู้รับบริการเพียงเล็กน้อย เพื่อว่าในที่สุดเขาจะไปจบลงตรงที่ซึ่งต่างไปจากที่คิดไว้แค่นั้น ซึ่งอาจทำได้โดยการตีความคำพูดของผู้รับบริการในแง่มุมใหม่หรือในทางที่ผู้รับบริการไม่ได้คาดคิดมาก่อน ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะเสนอแนะมุมมองใหม่ หรือในทางที่ผู้รับบริการเห็นคล้อยตาม พยายามให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มากกว่าที่จะพยายามเสนอทางแก้ปัญหาให้เสียเอง

5. สนับสนุนการรับรู้ในความสามารถของตนเอง (Support Self-Efficacy) สื่อให้ผู้รับบริการรู้ว่า เขาสามารถทำได้ เขาสามารถประสบความสำเร็จได้ แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้บรรยายไว้ว่า การรับรู้ในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้บุคคลสามารถ ปฏิบัติภารกิจให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ผู้รับบริการอาจได้ความหวังจากการทดลองใช้วิธีการต่าง ๆ ที่มีอยู่ หากวิธีหนึ่งไม่ได้ผลก็หันไปลองอีกวิธีหนึ่ง และอาจจะใช้ความสำเร็จที่ผู้รับบริการเคยประสบหรือความสำเร็จของคนอื่นซึ่งผู้รับบริการรู้จัก เป็นจุดเริ่มต้น

วิธีการเฉพาะของการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

หน้าที่หลักของผู้ให้คำปรึกษาในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง มิลเลอร์ (Miller, n.d. อ้างถึงใน สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2548) ได้เสนอลักษณะเฉพาะ 8 อย่างเพื่อใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ

1. การฟังเพื่อสะท้อนความเข้าใจ (Reflective Listening) การฟังคือการสนใจสิ่งที่คู่สนทนาพูดโดยนั่งเงียบ การฟังเพื่อสะท้อนความเข้าใจ คือ การตอบสนองในลักษณะของการคาดเดาว่าผู้รับบริการหมายความว่าอย่างไรกับสิ่งที่เขาพูด เนื่องจากก่อนที่บุคคลหนึ่งจะพูด เขามีความคิดบางอย่างที่ต้องการจะสื่อออกมาสิ่งที่สื่อออกมา เป็นภาษาพูดที่ไม่สมบูรณ์ หน้าที่ของผู้ฟัง คือ การได้ยินสิ่งที่เขาพูดออกมาทุกคำ และถอดรหัสตีความหมายที่ซ่อนอยู่ในคำพูดนั้น ผู้ฟังจะวางสมมุติฐานที่สมเหตุผลและถอดรหัสสิ่งที่ได้ยินเพื่อเข้าใจถึงความหมายที่แท้จริงทั้งหมด

และนำเสนอการคาดเดาของตนออกมาในรูปประโยคบอกเล่า (หลีกเลี่ยงประโยคคำถาม เพราะอาจก่อให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน) ผู้ให้การปรึกษาควรตระหนักและยอมรับด้วยว่า สิ่งที่คาดเดาว่าผู้รับบริการหมายความว่าถึงนั้น อาจไม่ตรงกับที่ผู้รับบริการคิดจริงๆ เพราะประโยคทุกประโยคอาจสื่อความหมายได้หลายแบบ

การฝึกฟังสะท้อนความเข้าใจ จะต้องหัดคิดถึงความเป็นไปได้ของความหมายในแบบต่าง ๆ จากนั้นให้เลือกประโยคที่คิดว่าใกล้เคียงกับความหมายที่เขาพูดมากที่สุดพูดออกไป ซึ่งการสะท้อนความรู้สึก คือ การตรวจสอบสิ่งที่เราคาดเดา ไม่ใช่การยืนยันว่าเรารู้ว่าผู้รับบริการคิดอะไร

ผู้ให้การปรึกษาคงตัดสินใจว่าเรื่องอะไรควรสะท้อนความหมาย อะไรควรปล่อยให้ผ่านไป สิ่งใดควรให้ความสำคัญ สิ่งใดไม่ควรกล่าวถึง และควรเลือกใช้คำพูดอะไรในการสะท้อนความหมาย

ฟังแบบสะท้อนความเข้าใจ ควรใช้และให้ความสำคัญในช่วงแรกของการให้การปรึกษา เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยสามารถใช้เพิ่มเสริมเรื่องที่ผู้รับบริการพูดหรือใช้เพื่อเปลี่ยนความหมายให้ชัดเจนขึ้น และหากเป็นไปได้ ควรได้ยินผู้รับบริการตอบสนองด้วยประโยคที่แสดงแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

2. ใช้คำถามปลายเปิด (Open-Ended Question) บรรยายภาพของความไว้วางใจและการยอมรับจะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเปิดเผยและทำความเข้าใจปัญหาของตนได้ โดยให้ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจและสนับสนุน รวมทั้งจะต้องกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดเป็นส่วนใหญ่ คำถามปลายเปิดจะทำให้ผู้รับบริการต้องตอบยาว ๆ ตัวอย่างเช่น

“ผมเข้าใจว่าคุณกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของคุณ ลองเล่าให้ฟังว่ามันเป็นอย่างไร”

ในผู้รับบริการที่ยังคงมีความลังเลมาก หากผู้ให้การปรึกษาจะถามถึงประโยชน์และโทษของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ให้ถามในลักษณะที่เป็นกลาง ไม่คำหยาบ ตัวอย่างเช่น

“คุณมองว่ายาต้านไวรัสเป็นอย่างไร อะไรคือข้อดีที่ไม่รับประทานยาต้านไวรัส”

“คุณมองเรื่องการรับประทานยาที่ผ่านมาอย่างไร มันมีผลอย่างไรกับสุขภาพของคุณ”

เราอาจแบ่งจุดประสงค์ของการถามได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- 2.1 เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหา
- 2.2 เพื่อให้เห็นความกังวลใจต่อสถานการณ์
- 2.3 เพื่อให้เห็นเจตนาที่จะเปลี่ยนแปลง
- 2.4 เพื่อให้เห็นความหวังหรือการมองการเปลี่ยนแปลงในแง่ดี

3. การยืนยันความมั่นใจ (Affirming the Client) ผู้ให้บริการควรวหาโอกาสที่จะยืนยันความมั่นใจ ชมเชย และสนับสนุนผู้รับบริการ โดยมีหลักการง่าย ๆ ของการยืนยันความมั่นใจ คือ แสดงออกถึงความจริงใจ ประทับใจ ไม่เสแสร้ง ในจังหวะที่เหมาะสม ควรกล่าวแสดงความชื่นชมในสถานการณ์ที่แม้ว่าจะยากลำบาก แต่ผู้รับบริการได้พยายามทำงานสำเร็จ และควรกล่าวเมื่อผู้รับบริการใช้ความพยายามอย่างมาก ทุ่มเทเต็มที่ ถึงแม้ยังไม่ปรากฏเต็มที่ก็ตาม ซึ่งการยืนยันความมั่นใจนี้ เป็นวิธีที่มีประโยชน์แก่ผู้รับบริการดังนี้คือ

3.1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

3.2 เป็นการเพิ่มพลังและทัศนคติที่ดีแก่ผู้รับบริการ

3.3 เป็นการเสริมกำลังใจและแรงจูงใจแก่ผู้รับบริการ

3.4 เป็นการเสริมความมีคุณค่าแก่ผู้รับบริการ

การสร้างความมั่นใจในสิ่งที่ถูกต้องเป็นเทคนิคที่สามารถทำได้ โดยพูดประโยคที่บ่งถึงความเข้าใจและซาบซึ้งใจในการกระทำของผู้รับบริการ ตัวอย่างเช่น

“เป็นสิ่งที่ดีมากที่คุณตัดสินใจจะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ”

“ผมรู้สึกชื่นชมคุณที่คุณสามารถพูดถึงเรื่องที่คุณกังวลใจได้ มันไม่ใช่เรื่องง่ายเลย”

“มันเป็นความคิดที่ดีสำหรับคุณที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง”

4. สังเกตประโยคคำพูดที่แสดงแรงจูงใจของผู้รับบริการ (Self-Motivation Statement)

เทคนิคทั้ง 3 ประการข้างต้นเป็นพื้นฐานของการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

แต่เรามักพบว่าผู้รับบริการติดอยู่กับความลังเลใจ ดังนั้นเทคนิคนี้จะมุ่งจัดการกับความลังเลใจนั้น

โดยกระบวนการของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ผู้ให้บริการจะตั้งคำถามเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพูดประโยคที่แสดงแรงจูงใจของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะยืนยันรับรองในข้อความที่ตีความและสะท้อนความให้ผู้รับบริการรับทราบในสิ่งที่เขาพูดหรือคิด เมื่อเวลาการสนทนาผ่านไป ประโยคที่แสดงแรงจูงใจของผู้รับบริการจะออกมามากขึ้น ในขณะเดียวกันแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงก็มากขึ้นตาม ผู้ให้บริการจะใช้การยืนยันรับรอง สะท้อนความและการสรุปความ เพื่อให้ผู้รับบริการได้ยืนยันได้รับทราบประโยคที่แสดงแรงจูงใจของตนเองซ้ำ ๆ แรงจูงใจของผู้รับบริการก็จะมากขึ้นตาม (พิชัย แสงชาญชัย, 2549)

เราอาจแบ่งประโยคที่แสดงถึงแรงจูงใจออกได้เป็น 4 ประเภท ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 Self-Motivation Statement ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหา

เช่น “ผมไม่เคยรู้มาก่อนเลยว่าพฤติกรรมของผมจะมีผลถึงขนาดนี้”

ประเภทที่ 2. Self-Motivation Statement ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหารักษาด้วยยา

ด้านไวรัส เช่น “ผมกลัวกับเรื่องรับประทานยามาก ๆ เลย ”

ประเภทที่ 3 Self-Motivation Statement ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง
เช่น “ผมไม่อยากเป็นแบบนี้เลย ผมควรจะทำอย่างไร”

ประเภทที่ 4 Self-Motivation Statement ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง
เช่น “ผมตัดสินใจแล้ว และผมมั่นใจว่าผมทำได้”

กลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้รับบริการพูดประโยคที่แสดงแรงจูงใจของตนเอง

1. การถามเพื่อกระตุ้นให้เกิดประโยคแสดงแรงจูงใจของตนเอง (Evocative Questions)
เป็นกลยุทธ์ถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ช่วยพูดประโยคแสดงแรงจูงใจของตนเอง ผู้ให้บริการควรมองว่า
ผู้รับบริการมีความลังเลใจอยู่บ้างในการตัดสินใจว่าจะรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ
แม้ว่าผู้รับบริการจะไม่ตระหนักในปัญหาก็ตาม การถามก็เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดประโยค
แสดงแรงจูงใจของตนเอง คำถามที่กระตุ้นให้เกิดประโยคแสดงแรงจูงใจ

1.1 การถามให้ยอมรับปัญหา เช่น

“อะไรที่ทำให้คุณคิดว่า สุขภาพของคุณมีปัญหา”

“คุณมีความยากลำบากอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อของคุณ”

1.2 การถามเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหา

“คุณลองจินตนาการว่าจะเกิดอะไรเกิดขึ้นกับคุณบ้างจากการลืมกินยาบ่อย ๆ”

“คุณคิดว่าจะเกิดอะไรขึ้นถ้าคุณไม่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

สม่ำเสมอ”

1.3 การถามเพื่อให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง

“คุณคิดว่า คุณจะเริ่มรับประทานยาได้เมื่อไหร่”

“การที่คุณมาที่นี่ แสดงให้เห็นว่าคุณเริ่มคิดแล้วว่า ถึงเวลาที่คุณจะต้องทำอะไร
สักอย่างหนึ่ง อะไรทำให้คุณคิดอย่างนี้?”

1.4 การถามเพื่อให้มองเห็นการเปลี่ยนแปลงในแง่ดี

“ถ้าคุณตัดสินใจจะรับประทานยาแล้ว อะไรที่ทำให้คุณคิดว่า คุณจะรับประทานยา
ได้ตลอดชีวิต”

“ถ้าคุณตัดสินใจว่าจะรับประทานยา คุณคิดว่าวิธีไหนจะได้ผลดีที่สุด สำหรับคุณ”

2. พูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อให้เห็นสถานการณ์
ทั้งด้านบวกและด้านลบซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจ (Exploring Pros and Cons) ตัวอย่างเช่น

“คุณคิดว่าการรับประทานยาต้านไวรัสมีประโยชน์อะไรบ้าง”

“ถ้าคุณตัดสินใจรับประทานยาต้านไวรัสจะมีความลำบากอะไรเกิดขึ้นกับคุณบ้าง”

ในระหว่างการสนทนา ผู้ให้การปรึกษาควรเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยได้ตรวจสอบทุก ๆ ด้าน เพราะ

ผู้รับบริการจะได้ไตร่ตรองอย่างรอบด้าน จนกระทั่งตัดสินใจได้เอง ทำให้แรงจูงใจมั่นคงกว่า การชักจูงจากผู้ให้บริการด้านเดียว

3. การขอให้ผู้รับบริการขยายความหรือให้รายละเอียดเพิ่มเติมในสิ่งที่พูด (Elaboration) เป็นกลยุทธ์การถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมาก ๆ เมื่อผู้รับบริการมีโอกาสพูดได้มาก ผู้รับบริการจะพูดประโยคแสดงแรงจูงใจของตนเองมากขึ้น ผู้ให้บริการปรึกษาก็ทำหน้าที่ตั้งคำถาม สะท้อน และสรุป ทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสได้คิด ได้ฟังข้อความจูงใจของตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆ แรงจูงใจก็จะมีมากขึ้นตาม

4. พุดถึงสถานการณ์ที่สุดโต่ง (Imagining) เป็นกลยุทธ์จินตนาการสมมติ โดยผู้ให้บริการปรึกษาอาจถามหรือขอให้ผู้รับบริการบรรยายถึงสถานการณ์ที่ร้ายแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ แล้วจินตนาการสมมติว่าตนเองอยู่ในสภาวะนั้นจะเป็นอย่างไร ก็จะถูกเร้าให้เกิดความกังวลใจ ความกังวลใจจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไข เช่น “ถ้าคุณยังทานยาไม่สม่ำเสมออย่างนี้ไปเรื่อย ๆ คุณคิดว่าอะไรที่ร้ายแรงที่สุดที่น่าจะเกิดขึ้นได้”

5. มองย้อนหลัง (Looking Back) เป็นกลยุทธ์มองย้อนกลับไปสู่อดีต บางครั้งการให้ผู้รับบริการได้นึกย้อนไปถึงสภาพชีวิตก่อนที่จะติดเชื้อและเปรียบเทียบสถานการณ์นั้นกับสถานการณ์ในปัจจุบัน จะช่วยให้ผู้รับบริการเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น

“คุณพอจะมองเห็นการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพก่อนการรับประทานยากับหลังรับประทานยว่ามันเป็นอย่างไรบ้าง”

6. มองไปข้างหน้า (Looking Forward) เป็นกลยุทธ์คาดการณ์ในอนาคต โดยผู้ให้การปรึกษาดึงถึงความคาดหวังในอนาคต จะเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้รับบริการ เช่น

“ถ้าคุณรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง คุณคิดว่าสุขภาพของคุณจะเป็นอย่างไรบ้าง ในอีก 6 เดือนข้างหน้า”

7. สำรวจเป้าหมาย (Exploring Goal) เป็นกลยุทธ์สำรวจเป้าหมายในชีวิต ผู้ให้การปรึกษาอาจถามผู้รับบริการว่า อะไรคือสิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต อะไรคือเป้าหมายในชีวิต อะไรที่เขาเป็นห่วงเป็นใย อะไรที่เป็นสิ่งมีค่าในชีวิต ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร เมื่อผู้รับบริการได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิต หรือสิ่งที่มีค่าในชีวิต พร้อมกับการเห็นความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ผู้รับบริการก็จะมีแรงจูงใจในการแก้ไขความเจ็บป่วยในปัจจุบันเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต เช่น

“ในชีวิตนี้ อะไรเป็นเรื่องสำคัญสำหรับคุณ”

8. การสรุปความ (Summarizing) การสรุปความควรทำเป็นระยะ ซึ่งจะทำให้มีประโยชน์หลัก 3 ประการ ด้วยกันคือ

8.1 การสรุปความเป็นระยะ ๆ จะเป็นการรวบรวมเรื่องราวที่แสดงถึงแรงจูงใจของผู้รับบริการเล่าออกมา จะเป็นการเน้นย้ำให้ผู้รับบริการได้ฟังในสิ่งที่เขาพูดเกี่ยวกับความตั้งใจในการรักษาในครั้งนี้ รวมถึงแสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการยังคงติดตามและให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้รับบริการเล่า

8.2 มีประโยชน์ในการเชื่อมโยงข้อมูลเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้รับบริการกับข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ เช่น จากเครื่องมือประเมินที่ใช้ และผลการตรวจสุขภาพ จะช่วยให้ผู้รับบริการได้เห็นถึงความตั้งใจของตนเองในการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้สำรวจทั้งด้านบวกและด้านลบของสิ่งนั้นไปพร้อม ๆ กัน

8.3 มีประโยชน์ในการสรุปประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุยกันมา เพื่อให้ผู้รับบริการมองเห็นภาพรวมของแรงจูงใจของตนเอง แล้วเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขั้นตอนและกระบวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ (Building Motivation for Change) ซึ่งจะทำให้การรักษาเป็นไปอย่างถูกต้องตามแบบแผนในระยะต่อไปตลอดการรักษา การเตรียมความพร้อมจะใช้เวลาพบกันมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่า เมื่อรับยาไปแล้วผู้รับบริการจะสามารถให้ความสม่ำเสมอในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยจะเริ่มทันทีหลังจากผู้รับบริการผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การรับยาด้านไวรัส

กระบวนการเตรียมความพร้อมมีความจำเป็นทั้งต่อผู้ที่เริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสครั้งแรก และผู้ที่เคยรับการรักษามาก่อนแล้ว สำหรับผู้ที่ไม่เคยรับยาด้านไวรัสมาก่อน กระบวนการเตรียมความพร้อมจะช่วยให้ผู้รับบริการทุ่มเทมุ่งมั่นในการรับประทานยาในระยะยาวต่อไป สำหรับคนที่มีประสบการณ์รับประทานยามาก่อน การผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมจะช่วยให้มีการประเมินความมุ่งมั่นในการรับประทานยาอีกครั้งหนึ่งตลอดจนเป็นการค้นหาศักยภาพ ปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ต่อการมีส่วนร่วมในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

การประยุกต์ใช้หลักการและวิธีการในการสร้างแรงจูงใจให้เข้ากับกระบวนการและขั้นตอนการให้การรักษาเพื่อการเตรียมการสามารถทำได้ดังนี้ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2548)

1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดี แนะนำตัว ทำความรู้จักคุ้นเคย บอกถึงการเก็บรักษาความลับ แสดงความชื่นชมที่ผู้รับบริการมารับการรักษา
2. สำรวจสาเหตุของการมารักษาและความคาดหวังของการรักษา โดยสำรวจความรู้สึกนึกคิดและความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อการรักษารวมทั้งช่วยแก้ความรู้สึกในเชิงลบ ความเข้าใจผิดและความคาดหวังที่ไม่สมจริงที่มีต่อการรักษา

3. ให้ข้อมูลที่เป็นภาพรวมของการรักษาของหน่วยงาน โดยแนะนำโครงสร้างของระบบบริการ โปรแกรมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การตรวจทางห้องปฏิบัติการ บอกถึงแนวทางปฏิบัติเช่นจำนวนครั้งของการมาพบ หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการ

4. ทบทวนปัญหาและสภาพทั่วไปของผู้รับบริการ นำข้อมูลที่เคยบันทึกไว้แล้วของโรงพยาบาลมาสนทนากับผู้รับบริการอีกครั้งเพื่อสำรวจการรับรู้และความเข้าใจปัญหาของผู้รับบริการ

5. สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในช่วงที่ผ่านมา โดยสอบถามถึงทัศนคติต่อผู้รักษารวมถึงวิธีการสื่อสารและการแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการ

6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อธิบายสูตรยา เช่น ชนิด ขนาด ปริมาณยา คำแนะนำในการรับประทานยา การเก็บรักษา ยา ผลข้างเคียงของยาและวิธีการจัดการ เมื่อเกิดปัญหาจากผลข้างเคียงจากยา บอกกำหนดแผนการติดตามการรักษา เช่น การมาตามนัด รับประทานยา การตรวจเลือด การฟังผลเลือด

7. สำรวจความก้าวหน้าของแรงจูงใจในการรักษา สอบถามถึงความพร้อมและสังเกตคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจของผู้รับบริการ

8. ให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงความล้มเหลวเป็นเรื่องปกติธรรมดา ในกรณีที่ผู้รับบริการล้มเหลว ผู้ให้การปรึกษาแสดงความเข้าใจและเห็นใจ บอกกับผู้รับบริการว่าภาวะล้มเหลวเป็นเรื่องปกติ พร้อมกับแสดงความชื่นชมที่ผู้รับบริการเปิดเผยความรู้สึกนั้นออกมา สาเหตุที่มักทำให้ล้มเหลว เช่น ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ขาดความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ไม่รู้วิธีการจัดการกับผลข้างเคียงจากยา

9. ให้ผู้รับบริการพิจารณาถึงข้อดี/ข้อเสียของการรับประทานยาต้านไวรัส พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้รับบริการมองเห็นแนวโน้มหรือทิศทางการตัดสินใจของตนเอง

10. กระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจภายในเพื่อการรับประทานยา โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการกล่าวประโยคคำพูดที่แสดงถึงแรงจูงใจ

11. สำรวจถึงสิ่งที่ผู้รับบริการให้คุณค่าหรือให้ความหมายในชีวิต ถามถึงสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังในชีวิต และเชื่อมโยงความคาดหวังนั้นกับการรับประทานอย่างต่อเนื่อง

12. ตรวจสอบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้รับบริการมีอยู่ที่อาจกระทบกับความสม่ำเสมอในการรักษา

13. หากกลยุทธ์ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ให้ผู้รับบริการทำเครื่องมือการปรับการรับประทานยาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการปรับการรับประทานยาเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

14. นำผู้รับบริการเข้าสู่การตัดสินใจและมีความมุ่งมั่นกับแผนการรักษา โดยการถามเพื่อกระตุ้นให้เกิดคำพูดที่จะสร้างแรงจูงใจให้ตนเองหรือใช้เครื่องมือประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองพร้อมทั้งอภิปรายผลร่วมกัน

ระยะที่ 2 คือการทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาต่อการเปลี่ยนแปลง (Strengthening Commitment to Change) เมื่อผู้รับบริการผ่านการประเมินความพร้อม และเกิดความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องที่แล้วก็ตาม แต่เมื่อผู้รับบริการเข้ามาสู่ระยะการเริ่มต้นรับประทานยาและจะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาที่กำหนดร่วมกันไว้อย่างเคร่งครัด ผู้รับบริการอาจประสบกับปัญหาและความเป็นจริงบางอย่างทั้งที่คาดคิดหรือไม่ได้คาดคิดเอาไว้ เช่น ผลข้างเคียงจากยา ความรู้สึกลำบากในการรับประทานยาต่อหน้าผู้อื่น การลืมรับประทานยา มีความเครียดและอาการซึมเศร้าในชีวิตประจำวัน ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการรักษา หรือแม้กระทั่งการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การดื่มสุราและใช้สารเสพติดที่อาจเพิ่มขึ้นเมื่อผู้รับบริการรู้สึกดีขึ้นหลังจากรับประทานยาไประยะหนึ่ง ซึ่งปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้ อาจทำให้ระดับความสม่ำเสมอในการรักษาลดลง ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการจำเป็นต้องวางแผนร่วมกันเพื่อพัฒนาทักษะใหม่ ๆ ในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้เกิดการคงสภาพความสม่ำเสมอในการรักษา

การประยุกต์ใช้หลักการการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในกระบวนการให้การปรึกษาทำได้ดังนี้ คือ

1. รักษาสัมพันธภาพที่ดี โดยกล่าวทักทายและชวนคุยรวมทั้ง แสดงความชื่นชมยินดีที่ผู้รับบริการมาตามนัด ก่อนเปิดประเด็นสนทนา
2. สำรวจประเด็นปัญหาอุปสรรคที่มีต่อความสม่ำเสมอพร้อมทั้งหาแนวทางจัดการกับปัญหา ทั้งทางด้าน ยา สัมพันธภาพกับผู้รักษา ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต
3. ช่วยให้ผู้รับบริการมีความตั้งใจแน่วแน่และมองเห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. ช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงสถานการณ์เสี่ยงที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และพูดคุยกับผู้รับบริการเพื่อหาแนวทางในการรับมือกับปัญหานั้น
5. ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการรักษา สอบถามผู้รับบริการถึงความเป็นไปได้ที่จะนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดความสม่ำเสมอในการรักษา
6. บันทึกข้อมูลและกำหนดการนัดหมายในครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 คือ การติดตามต่อเนื่อง (Follow through Strategies) บทบาทของผู้บำบัด ในขั้นนี้ ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย อุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจ ว่ายังมั่นคงหรือไม่ การเสริมสร้างแรงจูงใจดังที่ทำได้ในระยะที่ 1 การทำให้คำมั่นสัญญาของผู้ป่วยหนักแน่นมั่นคงดังที่ทำได้ในระยะที่ 2

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถูกพัฒนาโดยโปรชาสกาและไดคลีเมนต์ นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน พื้นฐานของทฤษฎีมาจากการผสมผสานของแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา มากกว่า 300 ทฤษฎี จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า การที่จะเลิกสูบบุหรี่ ได้นั้นต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีแบบแผนและระยะเวลา นอกจากนี้ทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยังได้นำมาใช้กับบุคคลที่มีพฤติกรรม เสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพมากมาย เช่น ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหรือการกระชก ให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งรูปแบบการนำมาใช้ในคลินิกส่วนมากจะเป็นรูปแบบของการให้การศึกษา

โปรชาสกา และไดคลีเมนต์ (Prochaska & Diclemente, 1984) ได้กำหนดแนวคิด หลักของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ 4 แนวคิด

1. ระยะของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) ประกอบด้วยระยะของการเปลี่ยนแปลง 6 ระยะ ได้แก่

1.1 ระยะเพิกเฉย (Precontemplation) เป็นขั้นก่อนการพิจารณาการเปลี่ยนแปลง ในขั้นนี้ผู้ป่วยยังเพิกเฉย หรือไม่มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัส ผู้ป่วยที่ไม่สนใจรับประทานยา ครอบงำมือ

1.2 ตั้งใจ (Contemplation) ขั้นตอนพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในขั้นนี้ผู้ป่วยยอมรับ ปัญหาสุขภาพ เริ่มมีการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้ แต่ยังลังเลใจ เช่น ผู้ติดเชื้อที่ได้รับ ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แล้วเริ่มคิดพิจารณาหรือไตร่ตรอง ว่าจะรับประทานยาต้านไวรัส แต่ยังไม่เชื่อมั่นในข้อมูลที่ได้รับ

1.3 ระยะตัดสินใจ (Determination) ขั้นตอนการตัดสินใจ ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะตัดสินใจ ที่จะเปลี่ยนแปลง จึงมีความตั้งใจแน่วแน่และเริ่มวางแผนการรักษาสำหรับอนาคต แต่ยังไม่ทราบ ชัดเจนถึงแนวทางปฏิบัติ เช่น ผู้ติดเชื้อที่รู้ว่าตนเองมีซีดี 4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมีสุขภาพแย่ลง พร้อมทั้งรู้ว่าสิ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของตนดีขึ้น คือ การรับประทานยา ด้านไวรัส จึงตัดสินใจจะรับประทานยาต้านไวรัส แต่ยังไม่มีความชัดเจน

1.4 ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลง แต่พฤติกรรมยังไม่มั่นคงเพียงพอ เช่น ผู้คิดเชื้อเอชไอวีเริ่มต้นรับประทานยาเม็ดแรก แต่เนื่องจากยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการปรับตัวในการรับประทานยา จึงอาจหวั่นไหวเมื่อพบกับปัญหาหรืออุปสรรคบางอย่าง เป็นต้นว่า ฤทธิ์ข้างเคียงของยา และการปรับการรับประทานยาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

1.5 ระยะคงสภาพ (Maintenance) ระยะคงสภาพการรักษาหลังจากได้ลงมือปฏิบัติไปแล้วจนเกิดความเคยชิน ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายเบื้องต้นและสามารถจัดการปัญหาอุปสรรคที่มีต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ เช่น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จนก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง หากระยะนี้เกิดขึ้นนานพอเพียง จนทำให้ผู้เปลี่ยนพฤติกรรมนั้นรู้สึกว่าการติดต่อดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตปกติ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนถาวร ซึ่งเรียกว่าระยะถาวร (Permanance)

1.6 ระยะการหวนกลับไปสู่ความไม่ร่วมมือในการรักษา (Relapse) ขั้นตอนการหวนกลับไปสู่ความไม่ร่วมมือในการรักษา อาจเกิดขึ้นในระยะใดระยะหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ และเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นปกติธรรมดา เช่น หยุคกินยาเพราะรู้สึกว่ารำกายแข็งแรงดีแล้ว หรือหยุคกินยาเพราะรู้สึกว่าการแย่ง

รูปแบบของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีลักษณะเป็นวงกลม หรือวงล้อที่สามารถเคลื่อนที่ไปข้างหน้าหรือถอยหลังก็ได้ และด้วยอัตราความเร็วที่แตกต่างกัน บางคนอาจเปลี่ยนแปลงได้เร็ว บางคนอาจเปลี่ยนแปลงได้ช้า บางคนอาจมีความก้าวหน้าในช่วงแรก แต่กลับล้มเลิกในตอนท้ายของการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปพบว่า ระยะเพิกเฉยและระยะ-ลังเลใจ ทำให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปด้วยความยากลำบาก นอกจากนี้ การหวนกลับไปหัดเดิมถือเป็นเรื่องปกติที่พบได้บ่อย จนกว่าบุคคลจะสามารถลงมือการเปลี่ยนแปลงให้ถาวรได้

2. กระบวนการเปลี่ยนแปลง 10 ประการ (Process of Change) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึนึกคิด อารมณ์ การให้คุณค่า การรับรู้และการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคลซึ่งแตกต่างกันในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง

กระบวนการเปลี่ยนแปลง เป็นแนวคิดหลักของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ช่วยให้เข้าใจว่าบุคคลจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละระยะได้อย่างไร ซึ่งมี 10 ประการได้แก่

2.1 การปลุกจิตสำนึก (Consciousness Raising) คือ การที่บุคคลแสวงหาข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจและย้อนกลับไปพิจารณาพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2.2 การระบายความรู้สึก (Dramatic Relief) คือ การที่บุคคลปลดปล่อยอารมณ์ความรู้สึกจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการแก้ไขปัญหที่สำคัญ

2.3 การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental Reevaluation) คือ การที่บุคคลพิจารณาหรือประเมินผลกระทบของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาคือสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและชีวภาพ

2.4 การประเมินตนเอง (Self-Reevaluation) คือ การที่บุคคลสามารถประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง โดยการทบทวนถึงอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

2.5 การปลดปล่อยให้เป็นอิสระจากสังคม (Social Liberation) คือ การที่บุคคลได้รับโอกาสหรือแรงสนับสนุนและมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2.6 การเผชิญกับเงื่อนไขทางพฤติกรรม (Counter Conditioning) คือ การที่บุคคลได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรมทางสุขภาพ ที่จะสามารถนำมาปฏิบัติแทนที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2.7 การสร้างสัมพันธภาพแบบช่วยเหลือ (Helping Relationship) คือ การที่บุคคลได้รับความไว้วางใจและแรงสนับสนุนจากผู้อื่นในขณะที่ตนเองกำลังพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.8 การเสริมแรง (Reinforcement Management) คือ การที่บุคคลได้รับการเสริมแรงทั้งทางบวกและลบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.9 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus Control) คือ การที่บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์และสาเหตุที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้

2.10 การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง (Self-Liberation) คือ การที่บุคคลมีทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง และมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง รับรู้และเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 10 ประการนี้จะป็นสิ่งที่ผู้ให้การศึกษาสามารถนำมาเป็นแนวทางของการสร้างกลยุทธ์หรือวิธีการเพื่อให้บุคคลมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลงบุคคลจะมีความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ การให้คุณค่า การรับรู้ และพฤติกรรมที่แสดงออกมาแตกต่างกัน

3. ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional Balance) ความสมดุลของการตัดสินใจจะเป็นสิ่งที่บุคคลจะชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์หรือข้อดีที่จะได้รับการเปลี่ยนแปลง (Pros) เช่น จะทำให้สุขภาพดีขึ้น ป้องกันการเจ็บป่วยได้ เป็นต้น และผลเสียของการเปลี่ยนแปลง (Cons) เช่น ยุ่งยาก ลืมนิสัย หรือมีความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น ในระยะของ

การเปลี่ยนแปลงระยะแรก บุคคลจะคิดว่าการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี ในระยะต่อมาบุคคลจะเริ่มเห็นผลดีของการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นเรื่อย ๆ และจะมากกว่าผลเสียในระยะตัดสินใจถึงระยะลงมือปฏิบัติ และถ้าหากบุคคลนั้นรับรู้ถึงผลดีของการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและคงที่ จะสามารถคงสภาพพฤติกรรมใหม่นั้นได้อย่างถาวร

4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ในทฤษฎีขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความเชื่อมั่นในตนเองที่จะเปลี่ยนแปลง และความสามารถในการเผชิญกับสิ่งล่อใจหรือสิ่งเร้าที่จะทำให้หวนกลับไปมีพฤติกรรมดั้งเดิม ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะแรก สิ่งล่อใจต่าง ๆ จะมีมากกว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แต่จะเปลี่ยนแปลงในทางตรงกันข้ามในระยะลงมือปฏิบัติและระยะคงสภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ

สุนทรี ศรีโกสสัย (2548) ศึกษาประสิทธิผลในแต่ละระยะของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุรา ที่มารับบริการ ณ คลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 22 ราย จากผลการศึกษาค้นคว้านี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในสามารถ ลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลลัพท์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา เพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่ม เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาผู้ติดสุราที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง

คอกรัก พิทาคำ (2549) ศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราโดยเปรียบเทียบคะแนนระดับปัญหาของการดื่มสุราและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาในด้านความลังเลก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดสุราที่มารับบริการในคลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ 15 ราย ผลการศึกษพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะติดตามผลทันทีหลังจากจบโปรแกรมบำบัดในระยะ 2 สัปดาห์และระยะ 1 เดือน ($p < .01$) แสดงให้เห็นถึงผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลงเป็นระยะอย่างน้อย 1 เดือน

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ (2550) ศึกษาผลของการใช้แนวคิดการสัมภาษณ์และการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วย

จิตเภทในหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 1 ที่สุบบุรีและอาการทางจิตทุเลาโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 21 คน โดยผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการบำบัดขึ้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 21 คนมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ยในระดับที่ 6.8 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ในโปรแกรม มี 9 คน ที่ทดลองหยุดสูบบุหรี่ขณะอยู่ในโปรแกรม ในระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้ป่วย 14 คน ยังคงลดการสูบบุหรี่ลง อีก 4 คน หยุดสูบบุหรี่ และในระยะ 3 เดือน มีผู้ป่วยลดการสูบบุหรี่ 13 คน หยุดสูบบุหรี่ 4 คน

พัสณี สิทธิคุณ (2551) ศึกษาผลของการบำบัดตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 30 คนและญาติผู้ดูแลจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับประทานยาจิตเวชสูงกว่าก่อนการศึกษา อาการทางจิตในระยะติดตามผลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ มีคะแนนต่ำกว่าก่อนการศึกษา ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีและมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยเหมาะสม

องค์อร ประจันเขตต์ (2551) ได้ศึกษาผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลบราศนราคร โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซาเฟรน และคณะ (Safren et al., 2001) ได้ศึกษาผลของการให้กิจกรรมเสนอแนะ 2 แบบ คือ ติดตามผลการใช้ยาด้วยตนเอง กับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้กับผู้ป่วย ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า ทั้ง 2 กิจกรรมเสนอแนะทั้ง 2 แบบ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้น แต่วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้กับผู้ป่วยจะช่วยให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ป่วยที่กำลังมีปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

คาปริโอ และคณะ (Caprio et al., 2002) ใช้กลยุทธ์การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนเวลารับประทานยา และติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 39 รายที่รับประทานยาต้านไวรัส พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67 ก่อนเริ่มการทดลองเป็นร้อยละ 90-100 หลังสิ้นสุดไปแล้ว 4 และ 8 สัปดาห์

ดีโลริโอ และคณะ (Dilorio et al., 2003) ใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุม พบว่า ความแตกต่างของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสระหว่าง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาต้านไวรัสได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม