

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

โปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมส่งเสริมความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ปณัฒ์ชรัก เฟื่องโพธิ์ทอง ภ.บ. (เภสัชศาสตร์)*

นพรัตน์ ส่งเสริม Ph.D. (Public Health)**

เผ่าไทย วงศ์เหลา Ph.D. (Mathematics)***

* โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*** คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ รวมถึงเพื่อเพิ่มความรู้และแรงจูงใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 113 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 56 คน และกลุ่มทดลอง 57 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 42.04 ± 8.02 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ 12.05 ± 6.67 เดือน และระดับซีดีโฟร์เฉลี่ย 139.65 ± 60.89 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 41.70 ± 7.94 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ 12.29 ± 6.97 เดือน และระดับซีดีโฟร์เฉลี่ย 136.05 ± 67.86 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งพบว่าข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมจำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ การค้นหาปัญหา การบริหารยารายบุคคล และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในสัปดาห์แรกและสัปดาห์สุดท้ายของโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ รวมถึงมีความรู้และแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรมสามารถส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา รวมถึงสามารถเพิ่มความรู้และแรงจูงใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการบริบาลเภสัชกรรม, ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์, การไม่ร่วมมือในการใช้ยา, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์

บทนำ

เอดส์เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประชากรโลกของหลายประเทศอย่างกว้างขวาง สำหรับสถานการณ์ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อประมาณ 36.9 ล้านคน

และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์กว่า 10 ล้านคน ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลก ร้อยละ 70.00 พบในแอฟริกา มีคนติดเชื้อรายใหม่ปีละประมาณ 5-6 ล้านคน จำนวนผู้ที่ได้รับการรักษามีเพิ่มขึ้นถึง 15 ล้านคน⁽¹⁾

ส่วนคนไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่มีอาการมากกว่า 1.2 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ปีละประมาณ 10,000 คน และมีผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับยาต้านไวรัสประมาณ 2.5 แสนคน⁽²⁾

โรคเอดส์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว สังคมและประเทศชาติในหลายด้าน รวมทั้งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขที่ต้องมีการพัฒนาทั้งในด้านบุคลากร สถานที่และงบประมาณ การรักษาพยาบาลปัจจุบันจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าสู่ระบบบริการดูแลสุขภาพเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นอย่างมากอันเนื่องมาจากการยอมรับจากสังคมและความก้าวหน้าอย่างมากในการดูแลรักษาด้วย ยาต้านไวรัส สามารถยืดอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จนกล่าวได้ว่าเอดส์เป็นเสมือนโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง⁽²⁾

สำหรับจังหวัดที่ทำการศึกษามีโรงพยาบาลของรัฐทั้งสิ้น 25 โรงพยาบาล แบ่งตามเขตอำเภอรับผิดชอบ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียนรับบริการ จังหวัดหนึ่งทำการศึกษา ระหว่างปี 2527 - 2555 ยอดสะสมรวมผู้ป่วย ลำดับที่ 1 คือ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง จำนวน 1,937 คน ลำดับ 2 โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 572 คน ลำดับ 3 โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง จำนวน 386 คน⁽³⁾ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนรับยาต้านไวรัสเอดส์ในจังหวัดอุบลราชธานีที่กินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอมีอยู่ 815 คน ข้อมูลรายงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 10 ณ วันที่ 1 กันยายน 2558 จะพบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา ซึ่งเป็นความท้าทายที่จะมุ่งหาปัญหาและแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและลดค่ารักษาพยาบาลที่จะเกิดจากการดื้อยาและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสตามมา ในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งทำการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วย ยอดสะสมติด 1 ใน 3 ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยอดสะสมจำนวน 536 คน และมีผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 395 คน⁽⁴⁾ มีการประเมิน

ความสม่ำเสมอในการกินยาต่างๆ โดยการนับเม็ดยา ซึ่งพบว่าโดยเฉลี่ย ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการกินยาประมาณร้อยละ 92.23 ข้อมูลเดือนสิงหาคม 2558 จะเห็นได้ว่ายังคงมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ขาดการรับยาอย่างต่อเนื่องและไม่ครบตามเกณฑ์ ซึ่งมีประมาณร้อยละ 8.00 ซึ่งแม้จะเป็นสัดส่วนน้อย แต่อาจส่งผลในระยะยาวต่อประสิทธิภาพในการควบคุมโรคฉวยโอกาส ก่อเกิดปัญหาการดื้อและลดประสิทธิภาพการจัดระบบบริการในสถานพยาบาล⁽⁵⁾

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะหาปัญหาดังกล่าวว่าสาเหตุใดที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาน้อยกว่าร้อยละ 95.00 ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอ จำนวน 42 คน ที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องของจำนวนเม็ดยาที่มีความหลากหลาย ขาดความรู้และแรงจูงใจในการกินยา จากประเด็นปัญหาที่พบ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการให้บริบาลเภสัชกรรมมาประยุกต์ร่วมกับการให้แรงจูงใจในการกินยา การให้ความรู้และการจัดยาเป็นชุดเพื่อให้ผู้ป่วยกินยาได้สะดวกและง่ายขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ในผู้ป่วยที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบริบาลเภสัชกรรม และเปรียบเทียบสัดส่วน ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการบริบาลเภสัชกรรม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) เพื่อศึกษาโปรแกรมการบริบาล-

เภสัชกรรม โดยเปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ความรู้และแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในเขตจังหวัดแห่งหนึ่ง โดยเป็นผู้ที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยให้โรงพยาบาลในจังหวัดที่ทำการศึกษาทั้งหมด 25 แห่งเป็นหน่วยการสุ่ม ทำการสุ่มโรงพยาบาลมาทั้งสิ้น 4 แห่ง กล่าวคือ (1) โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาทั้งหมด 42 คน (2) โรงพยาบาลชุมชนแห่งที่ 1 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาทั้งหมด 15 คน (3) โรงพยาบาลชุมชนแห่งที่ 2 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาทั้งหมด 37 คน และ (4) โรงพยาบาลชุมชนแห่งที่ 3 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาทั้งหมด 19 คน รวมจำนวนผู้ป่วยที่ทำการวิจัยในครั้งนี้ทั้งหมด 113 คน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในจังหวัดที่ศึกษาที่ถูกสุ่มมาออกเป็น 2 กลุ่ม ตามบริบทที่ใกล้เคียงกันและได้ให้ขนาดตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มที่ 1 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน แห่งที่ 1 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาทั้งหมด 57 คน ส่วนกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งที่ 2 และโรงพยาบาลชุมชน แห่งที่ 3 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาทั้งหมด 56 คน จากนั้นได้จับฉลากเพื่อกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการจับฉลากพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการศึกษาในช่วงเดือน กุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2559 เป็นเวลา 8 สัปดาห์ การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบล-

ราชธานี (เลขที่ HE581011)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการบริหารเภสัชกรรม

สัปดาห์ในครั้งที่ 1 และ 8 มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความรู้และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี แรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาโดยการนับเม็ดยาและคำนวณความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา ตามสูตร

$$\%Adherence = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ต้องกิน} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนวันที่ติดตาม} \times \text{จำนวนเม็ดยาต่อวัน}}$$

ระดับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในช่วงร้อยละ 0-100 การแปลผลใช้วิธีอิงเกณฑ์ของ Paterson⁽⁶⁾ มีเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับสูง มีค่า adherence $\geq 95\%$ ส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอระดับต่ำ มีค่า adherence $< 95\%$ (ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา)

สัปดาห์ที่พบครั้งที่ 1 จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกระบวนการดำเนินการวิจัยจัดอบรม ให้ความรู้ในการดูแลตนเองให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์โดยเภสัชกร จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์และสะท้อนปัญหา โดยมีการประเมินตนเองจากประเด็นปัญหาที่กินยาไม่ต่อเนื่อง ประเมินด้านแรงจูงใจในการกินยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ กิจกรรมสุดท้ายของครั้งที่ 1 รับประทานยาโดยเภสัชกร มีการซักประวัติการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มเติมอีกครั้งเพื่อนำมาจัดตารางการกินยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มีการจัดเตรียมยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นชุดให้ผู้ป่วย และแนะนำการใช้ยาตามมาตรฐานวิชาชีพ

สัปดาห์ที่ 4 จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อติดตามผลการ

ดำเนินงานและนำเสนอปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษาแนะนำโดยเภสัชกร โดยมีรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการคือกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อติดตามผลการดำเนินการ และนำเสนอปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม รวมถึงข้อดี-ข้อเสียของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพและการกินยาให้สม่ำเสมอตามแนวทางที่ตนได้เลือกไว้ โดยให้แต่ละบุคคลได้คิดทบทวน ค้นหาปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถกินยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ให้คำปรึกษารายกลุ่มย่อย ในรายที่มีปัญหา อีกครั้งเพื่อช่วยกันค้นหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีการเสริมแรงทางบวกให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความมั่นใจในการกินยาและการดูแลตนเอง โดยให้เพื่อนในกลุ่มเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน และมีการสร้างพันธะสัญญาทางใจในการปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการคงไว้ซึ่งการกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการดูแลตนเอง โดยเป็นสักขีพยานซึ่งกันและกัน บุคคลใดที่สามารถปฏิบัติตัวได้ดีจะมีการสร้างแรงจูงใจ โดยการยกย่องและให้เป็นบุคคลตัวอย่างแก่เพื่อนในกลุ่ม

สัปดาห์ ที่ 8 เป็นการประเมินผลในด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ และการประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้คำแนะนำตามระบบปกติ คือ ได้รับการตรวจและให้คำแนะนำตามมาตรฐาน ประจำคลินิกและรับยาที่ห้องจ่ายยาโดยเภสัชกร

2. แบบสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการดื้อยา ส่วนที่ 4 แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยวิธีการนับเม็ดยา แบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์

(Item objective congruence index, IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ข้อคำถามรายข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.8-1.0 ผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นในความรู้และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เท่ากับ 0.81 ส่วนด้านแรงจูงใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้ Pair sample t-test เปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent sample t-test วิเคราะห์สัดส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองโดยใช้สถิติ McNemar test และเปรียบเทียบสัดส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้นำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.39) มีอายุเฉลี่ย 42.04 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.40) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 61.40) ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เฉลี่ย 12.05 เดือน ระดับซีดีโฟร์ปัจจุบันเฉลี่ย 139.65 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.79) มีอายุเฉลี่ย 41.70 ปี ส่วนใหญ่จบ การศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.86) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 55.36) (ตารางที่ 1) ระยะเวลาที่รักษาด้วย

ยาต้านไวรัสเอดส์เฉลี่ย 12.29 เดือน ระดับซีดีโฟร์ ปัจจุบันเฉลี่ย 136.05 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับสูตรยาที่ใช้ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นสูตร GPO VIR Z(250) รองลงมา คือ Efavirenz(600) + Tenofovir(300) + Kaletra (ดังตารางที่ 2)

2. ผลของโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์

ในด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้าน-

ไวรัสเอดส์อยู่ในระดับต่ำ (ค่า adherence <95%) คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์อยู่ในระดับสูง ($\geq 95\%$) ร้อยละ 96.49 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อน และหลังการทดลอง พบว่า สัดส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์อยู่ในระดับสูงหลังการทดลอง และก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 3)

ส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกิน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=57)		กลุ่มควบคุม (n=56)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	31 (54.39)	29 (51.79)	
	หญิง	26 (45.61)	27 (48.21)	
อายุ	25 - 34	9 (15.79)	9 (16.07)	
	35 - 44	22 (38.59)	26 (46.43)	
	45 - 54	21 (36.84)	20 (35.71)	
	55 - 64	5 (8.75)	1 (1.79)	
	Mean \pm S.D.	42.04 \pm 8.02	41.70 \pm 7.94	
	สถานภาพสมรส	โสด	15 (26.32)	16 (28.57)
	คู่	28 (49.12)	25 (44.64)	
	หย่า/แยก	14 (24.56)	15 (26.79)	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	35 (61.40)	38 (67.86)	
	มัธยมศึกษาตอนต้น	19 (33.34)	15 (26.78)	
	ปริญญาตรี	3 (5.26)	3 (5.36)	
อาชีพปัจจุบัน	รับจ้าง	9 (15.79)	9 (16.07)	
	แม่บ้าน	5 (8.77)	7 (12.50)	
	ค้าขาย	4 (7.02)	4 (7.14)	
	เกษตรกรกรรม	35 (61.40)	31 (55.36)	
	พนักงานเอกชน	4 (7.02)	5 (8.93)	
สิทธิในการรักษาพยาบาล	บัตรทอง 30 บาท	49 (85.97)	45 (80.36)	
	ประกันสังคม	5 (8.77)	8 (14.29)	
	เบิกได้	3 (5.26)	3 (5.35)	

ยาต้านไวรัสเอ็ดส์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.49 กลุ่มควบคุมมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 7.14 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์อยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 4)

3. ผลของโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอ็ดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสก่อนและหลังการทดลอง

ในด้านความรู้ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอ็ดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในภาพรวมเท่ากับ 0.75 คะแนน กลุ่ม-

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลด้านการรักษาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากฐานข้อมูลเวชระเบียน	กลุ่มทดลอง(n=57)		กลุ่มควบคุม(n=56)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
สูตรยาที่ได้รับปัจจุบัน				
EFV(600)+3TC(150)+D4T(30)	11	(19.30)	15	(26.79)
EFV(600)+TDF(300)+3tc(300)	9	(15.79)	6	(10.71)
GPOVIR Z250	14	(24.56)	15	(26.79)
EFV(600)+TDF(300)+KALETRA	10	(17.54)	9	(16.07)
3TC(300)+TDF(300)+KALETRA	7	(12.28)	6	(10.71)
GPO VIR S30	6	(10.53)	5	(8.93)
ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (เดือน)				
4 - 9	26	(45.61)	24	(42.86)
10 - 15	15	(26.32)	16	(28.57)
16 - 21	10	(17.54)	9	(16.07)
22 - 27	6	(10.53)	7	(12.50)
Mean ± S.D.	12.05 ± 6.67		12.29 ± 6.97	
ระดับซีดีโฟร์ปัจจุบัน (cells/mm³)				
<100	18	(31.58)	20	(35.72)
101-200	28	(49.12)	25	(44.64)
201-300	11	(19.30)	11	(19.64)
Mean ± S.D.	139.65 ± 60.89		136.05 ± 67.86	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		χ^2	p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
ระดับสูง ($\geq 95\%$)	0	(0.00)	55	(96.49)	53.02	<0.001*
ระดับต่ำ (<95%)	57	(100.00)	2	(3.51)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวมเท่ากับ 0.46 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในภาพรวมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนความรู้เฉลี่ยรายด้านพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เฉลี่ยรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ด้านสาเหตุอาการ การติดต่อ (2) ด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (3) ด้านปฏิกิริยาและอาการข้างเคียงของยา (4) ด้านการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ดังภาพที่ 1)

ในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ภาพรวม 0.46 คะแนน หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ย

ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ภาพรวม 0.75 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังภาพที่ 2)

4. ผลของโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมต่อคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการดื้อยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์

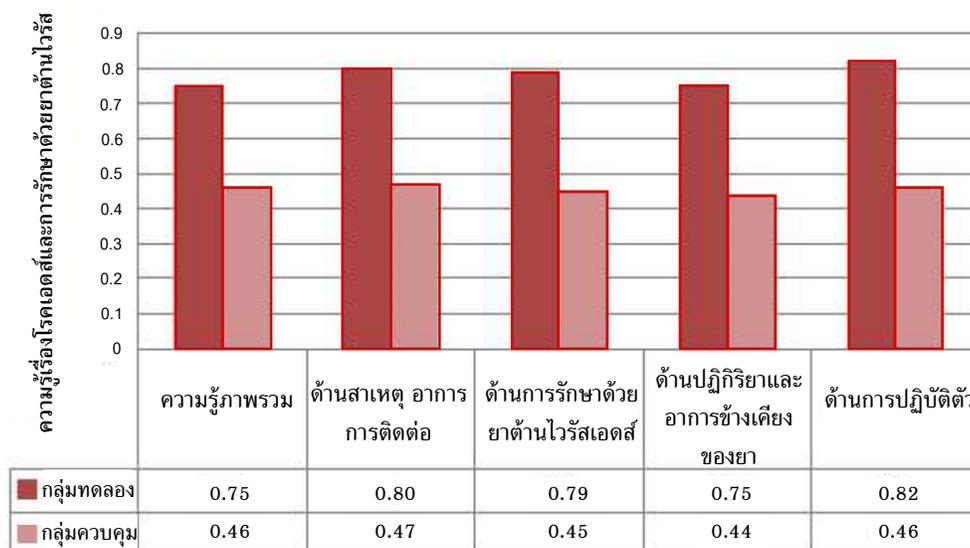
ในด้านแรงจูงใจ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการดื้อยาในภาพรวมเท่ากับ 2.46 คะแนน กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการดื้อยาในภาพรวมเท่ากับ 1.55 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรง-

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ระดับความต่อเนื่องสม่ำเสมอ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
ระดับสูง ($\geq 95\%$)	55	(96.49)	4	(7.14)	$<0.001^*$
ระดับต่ำ ($< 95\%$)	2	(3.51)	52	(92.86)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง



จงใจในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อในภาพรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนแรงจูงใจรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย (1) ด้านการรับรู้ความรุนแรง (2) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (3) ด้านความคาดหวังในประสิทธิผล (4) ด้านความคาดหวังในความสามารถตนเอง พบว่าหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ดังภาพที่ 3)

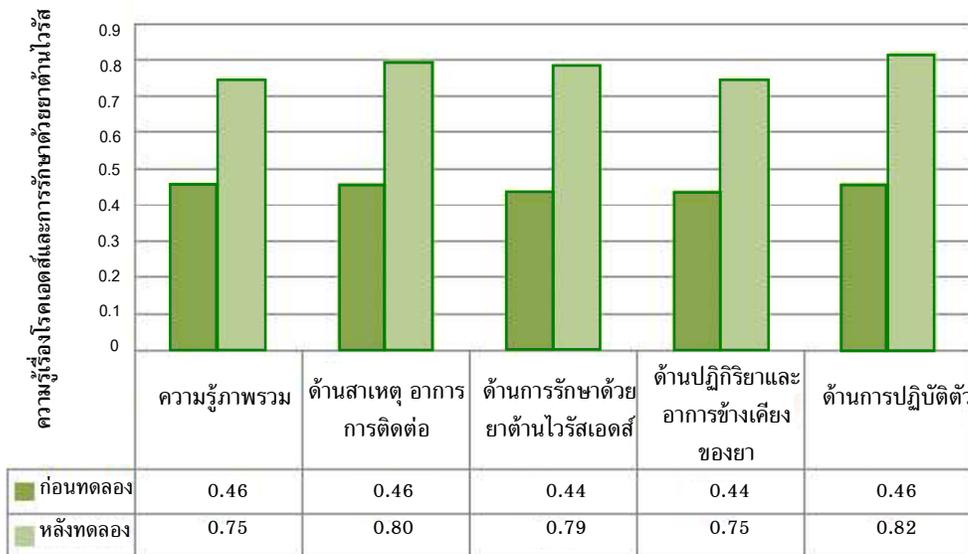
ส่วนในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ภาพรวม 1.56 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ภาพรวม 2.46 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ภาพรวม พบว่า ก่อนทดลองและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์เพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ภาพรวม แตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังภาพที่ 4)

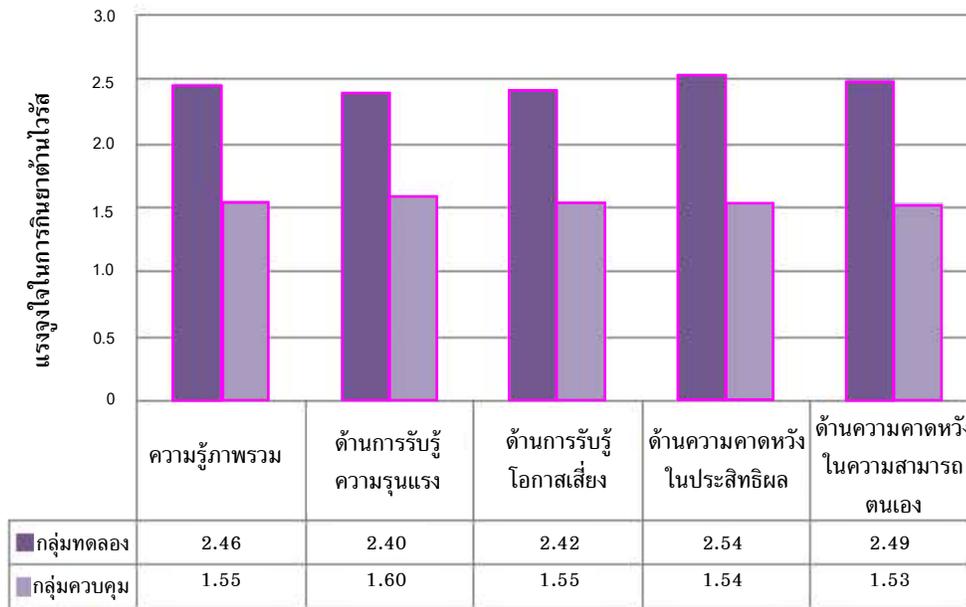
วิจารณ์

ผลการศึกษานี้จะเห็นว่า หลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ที่ได้รับการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการจัดเตรียมยาเป็นชุดพบว่า มีความร่วมมือในการกินยาความรู้เรื่องโรคเอ็ดส์ และมีแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ซึ่งค่อนข้างสั้นทำให้ยังไม่สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในทางคลินิก ดังนั้น อาจมีความจำเป็นในการศึกษาต่อไปในระยะยาวเพื่อดูผลทางคลินิกและพฤติกรรมการกินยาในระยะยาวต่อไป ผลการศึกษาในด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส สอดคล้องกับการศึกษาของซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของเพ็ญพักตร์ ประสพดี⁽⁷⁾ ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอ็ดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลพญา จังหวัดอำนาจเจริญเป็นการศึกษาที่ทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยติดตามผลเป็นระยะเวลา 12 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมี

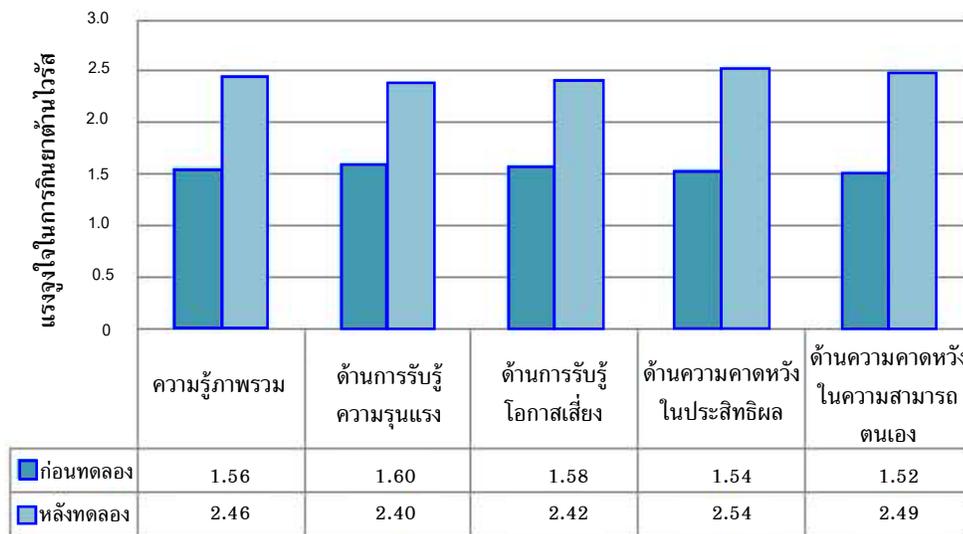
ภาพที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง



ภาพที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลอง



ภาพที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง



ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสตรงเวลาและครบทุก
มือสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยนี้มีกิจกรรมเพิ่มเติมคือการใช้แรง
สนับสนุนทางสังคมเข้ามาร่วม จะเห็นว่าผู้ป่วยมีความ
ร่วมมือกินยาทั้งครบจำนวนเม็ดและตรงเวลา รวมทั้งมี
ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งภาพรวมและ
รายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม และยังมีผลสอดคล้อง

กับการศึกษาของ Edward L. Machtiger⁽⁸⁾ ซึ่ง
ได้ศึกษาแบบทดลองในประเทศเนเธอร์แลนด์ กลุ่ม-
ตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่รักษาด้วยยา-
ต้านไวรัสสูตรยาแรกและสูตรยาที่ 2 กลุ่มทดลองได้รับการ
ให้คำปรึกษา รายบุคคล ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และยา-
ต้านไวรัสรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอและป้องกันการดื้อยา สอนเรื่องอาการข้างเคียง

ของยา และการจัดการให้ตนเองกินยาให้ตรงเวลา การจัดการให้กินง่ายและสะดวก สอนให้สังเกตตนเองถึงอาการข้างเคียงระยะยาว และนัดมาให้คำปรึกษาซ้ำและพบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในสถานพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 4, 24 และ 48 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติของสถานพยาบาล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยา ใช้เวลาศึกษา 2 ปี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 94.00 มีคะแนนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยามากกว่า 95 (จาก 100 คะแนน) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีร้อยละ 69.00 ($p=0.008$) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาร้อยละ 66.00 ($p=0.026$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมส่งเสริมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส ช่วยให้เกิดผลการรักษาดีขึ้น และยังมีผลสอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ สุนทร⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัส โรงพยาบาลชลบุรี ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการให้บริบาลเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ ความรู้รวมทั้งพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับบริบาลเภสัชกรรมมีร้อยละความร่วมมือในการกินยาเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับบริบาลเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จะเห็นได้ว่างานบริบาลเภสัชกรรมที่ศึกษามา มีส่วนสำคัญในการเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดี แต่รายละเอียดในแต่ละงานวิจัยที่ศึกษามามีการนำกระบวนการที่แตกต่างกันบ้างมาช่วย เช่น การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม หรือการใช้งานบริบาลเภสัชกรรมอย่างเดี่ยวโดยการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรโดยตรง ในส่วนงานวิจัยนี้ได้ประยุกต์การจัดเตรียมยาเป็นชุดให้ผู้ป่วย เสริมความรู้และแรงจูงใจในการกินยาเข้าไปให้ผู้ป่วยโดยใช้ระยะเวลาค่อนข้างน้อย แต่ให้ผลความร่วมมือที่ดีมาก

ในด้านความรู้พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการรักษาด้วยยา

ต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาขององศ์อร ประจันเขตต์⁽¹⁰⁾ ซึ่งศึกษาผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร ผลการวิจัยพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาด้านไวรัสเอดส์มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า การได้รับการปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจูงใจตามระยะของการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ต้นพงศ์เจริญ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการให้ความรู้โดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตซึ่ง พบว่าผู้ป่วยก่อนให้ความรู้มีระดับความรู้และการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.0 มีเพียงร้อยละ 12.00 ที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ หลังให้ความรู้ครั้งที่ 1 และ 2 สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นและระดับความรู้ปานกลางและต่ำลดลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังให้ความรู้ครั้งที่ 1 และ 2 ($p=0.008$ และ $p=0.004$ ตามลำดับ) จะเห็นว่าการบริบาลเภสัชกรรมสามารถเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยได้ดีความรู้เฉลี่ยรายด้านทั้ง 4 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ยังพบว่าการวิเคราะห์รายข้อด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์และการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 (10/20 ข้อ) รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 45.00 (9/20 ข้อ) ซึ่งมากกว่าก่อนทดลอง โดยส่วนใหญ่ก่อนทดลองมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 85.00 (17/20 ข้อ) และพบว่าความรู้หลังการทดลองมีความรู้ในประเด็นสาเหตุการเกิดโรคในหัวข้อโรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสมากที่สุด โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 100.00 และรองลงมาคือสามีและภรรยาที่ติดเชื้อทั้งคู่เมื่อมีเพศสัมพันธ์กันไม่จำเป็นต้องสวม

ดูยางอนามัย โดยตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 96.50 ส่วนข้อที่พบว่ายังไม่เข้าใจและตอบผิดมากที่สุดคือ ด้านปฏิกริยาระหว่างยาและอาการข้างเคียงของยา ในข้อผลข้างเคียงระยะยาวที่อาจพบได้คือ ไขมันย้ายที่ ไขมันในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง โดยตอบถูกเพียงร้อยละ 57.90 รองลงมา คือ ผู้ป่วยสามารถใช้สมุนไพรได้ทุกชนิด ในระหว่างการกินยาด้านไวรัสเอตส์และหากลิ่มกินยาให้กินทันทีที่นึกได้ แต่ถ้านึกได้ก่อนถึงมือถัดไป ไม่เกิน 2 ชั่วโมง ให้ข้ามมื้อที่ลืมนกินไปและกินมือถัดไปตามปกติ โดยตอบถูกร้อยละ 64.90 ซึ่งต้องเพิ่มการให้ความรู้ในประเด็นดังกล่าวต่อไป

ในด้านแรงจูงใจในการกินยาด้านไวรัสเอตส์พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจในการกินยาด้านไวรัสเอตส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอตส์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของศึกษาของสุกัญญา คำผา⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการบริหารเภสัชกรรมแบบบูรณาการ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสเอตส์ของผู้ป่วยเอตส์ โรงพยาบาลกุดชุมจั้งหวัดยโสธร โดยเป็นการศึกษาที่ทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคซึ่งวัด 4 ด้านคือ (1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (2) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (3) ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และ (4) ด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังมีผลสอดคล้องกับการศึกษาของ พนมกร ชาญเวช และรุจิรา ดวงสงค์⁽¹³⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเพื่อการกินยาด้านไวรัสเอตส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเด็กติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง

การสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจ และความเคร่งครัดในการกินยา มากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์รายข้อด้านแรงจูงใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงจูงใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.00 (16/20 ข้อ) และพบแรงจูงใจในการสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จะลดความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อดื้อยา และการกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอและตรงเวลาจะลดปริมาณเชื้อไวรัสเอตส์ได้ โดยมีคะแนนในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 93.00 และรองลงมาคือ หากใช้ดูยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์จะช่วยป้องกันการแพร่เชื้อและรับเชื้อจากผู้อื่นได้ (ร้อยละ 89.50) ส่วนในประเด็นที่ยังพบว่าแรงจูงใจต่ำคือ หากต้องใช้สูตรดื้อยา จะมีโอกาสได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงจากยาเพิ่มมากขึ้น มีคะแนนจูงใจในระดับสูง (ร้อยละ 3.50) ซึ่งต้องเพิ่มการให้แรงจูงใจในประเด็นดังกล่าวต่อไป

ข้อสังเกตจากการดำเนินการตามโปรแกรม

1. ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม (Focus group): ในกิจกรรมก่อนการดำเนินการตามโปรแกรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกินยาด้านไวรัสเอตส์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การกินยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในผู้ป่วยซึ่งเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการจัดกิจกรรมต่อไป

2. กระบวนการให้ความรู้: กิจกรรมที่นำมาใช้ในขั้นตอนนี้เป็นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสาเหตุของโรค การกินยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยสามารถซักถามในประเด็นต่างๆ ที่ยังไม่เข้าใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

3. กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม: กระบวนการนี้เป็นกระบวนการทางเภสัชกรรม ซึ่งเน้นในส่วนของความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงจากยา ปฏิกริยาที่เกิดขึ้น

ระหว่างยา การจัดยาเป็นชุดเพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกต่อการบริหารยา การตรวจสอบยาก่อนจ่าย และการให้คำแนะนำในการใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องรับทราบและเข้าใจ

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมที่ทำการศึกษาในระยะเวลา 8 สัปดาห์ สามารถเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถเพิ่มความรู้อะเอียดและแรงจูงใจในการกินยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ได้เป็นอย่างดีในระยะเวลาอันสั้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ให้ครอบคลุมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ทุกคนในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป นอกจากนี้ ยังสามารถต่อยอดงานวิจัยให้มีความยั่งยืนในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่องานวิชาการในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ควรมีการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้ดิลยา 7 วัน นาฬิกาปลุก สมุดประจำตัวในการบันทึกการกินยา คู่มือการปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาได้ถูกต้อง

1.2 ควรจัดเตรียมระบบการเบิกยาสารอง หากผู้ป่วยต้องเดินทางไปต่างจังหวัด

1.3 การทำงานเป็นทีมของผู้ให้บริการ และการอบรมกลุ่มแกนนำของผู้ติดเชื้อเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน รับทราบปัญหา และให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้น

1.4 ช่วงเวลาที่เหมาะสมจากการวิจัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วย คือ เวลา 07.00 น. กับ 19.00 น. และช่วงเวลา 08.00 น. กับ 20.00 น.

2. ข้อเสนอแนะในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การประเมินความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่ควรประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยาเพียงอย่างเดียว แต่ควรมีการประเมินด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การบันทึกเวลาการกินยา แต่การบันทึกเวลาการกินยานั้นต้องอาศัยความซื่อสัตย์ของผู้ป่วยเองซึ่งค่อนข้างลำบากที่จะได้ข้อมูลจริง ต้องอาศัยการให้คำปรึกษาที่ดีและให้ผู้ป่วยตระหนักในการกินยาที่ถูกต้องตรงเวลาจริง

2.2 ควรทำการศึกษาในระยะยาวต่อไป เพื่อศึกษาผลทางคลินิก เช่น ค่า CD4 ค่า Viral load โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดยรวมถึงการทำงานของตับและไต เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งที่อนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ได้ให้ความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมพร้อมตอบแบบสัมภาษณ์จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. The Global HIV/AIDS Epidemic. [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 9]. Available from: <http://kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-global-hiv-aids-epidemic/>
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานกรมควบคุมโรคต้านโรคเอดส์สำหรับสถานบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.
3. สำนักระบาดวิทยา. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 23 ส.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=19>
4. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. รายงานสรุปภาพรวมการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. อุบลราชธานี; 2558.
5. กรมควบคุมโรค. แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
6. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 2000;133:21-30.
7. เพ็ญพักตร์ ประสพดี. ผลของโปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลพนา จังหวัด

- อำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24:893-906.
8. Machtiger EL, Bangsberg DR. Adherence to HIV antiretroviral therapy [Internet]. 2005 [cited 2015 Sep 25]. Available from: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-00&doc=kb-03-02-09>
9. ศุภลักษณ์ สุนทรส. ผลของการให้บริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส โรงพยาบาลชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549. 82 หน้า.
10. องค์กร ประจันเขตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ แผนกโรคติดเชื้อกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารทหารบก 2555;65:95-102.
11. ศุภทินี ต้นพงศ์เจริญ. การให้ความรู้โดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546. 125 หน้า.
12. สุภัญญา คำผา. การบริหารเภสัชกรรมแบบบูรณาการเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555. 118 หน้า.
13. พนมกร ชายเวช, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรม เพื่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีต่อเนื่องและสม่ำเสมอในเด็กติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556;6:21-8.

Abstract: Pharmaceutical Care Program Improves Antiretroviral Drug Adherence in Non-Adherence Patients

Pancharak Fuangphothong B.Pharm. (Pharmacy)*; Nopparat Songserm Ph.D. (Public Health); Paothai Wonglao Ph.D. (Mathematics)*****

** Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani Province; ** Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University; *** Faculty of Science, Ubon Ratchathani Rajabhat University
Journal of Health Science 2017;26:185-97.*

A pharmaceutical care program on antiretroviral drug adherence was implemented in non-adherence HIV and AIDS patients whose drug adherence, knowledge and motivation were evaluated. There were 113 HIV and AIDS non-drug-adherent patients who met the inclusion criteria enrolled and subjected to cluster random sampling into a control group (n = 56) and an intervention group (n = 57). The average age of the intervention group was 42.04±8.02 years old with 12.05±6.67 months of antiretroviral drug treatment and an average CD4 of 139.65±60.89 cells/mm³; whereas the control group was 41.70±7.94 years old with 12.29±6.97 months of the treatments and an average CD4 of 136.05±67.86 cells/mm³, suggested non-significant differences between the two groups. The intervention group received 3 visits, 1-, 4- and 8-week follow-ups, with additional activities dealing with provision of drug knowledge, problem identification, individual drug management program and drug counseling. Both groups were interviewed using structured questionnaires at the first and last visits. The results showed that drug adherence, knowledge and motivation of the intervention group were significantly higher after the program (p<0.05); and higher than those of the control group (p<0.05). It is concluded that the pharmaceutical care program promotes drug adherence, increase knowledge and treatment motivation of the non-adherence HIV and AIDS patients.

Key words: pharmaceutical care program, anti-retroviral drug adherence, non-adherence, HIV and AIDS patients