

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอต่อความร่วมมือและความปลอดภัย จากการใช้ยาในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ไสว ตันทุพท ภ.บ.

วิมลชัย ทินะภา พย.บ.

ชินดนัย เชาวศิริกุล พ.บ.

โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

บทคัดย่อ โรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องมีการกินยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเชื้อดื้อยา ข้อมูลโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยปี พ.ศ. 2554-2555 พบอัตราดื้อยาร้อยละ 4.70 และ 4.20 ตามลำดับ สาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมกรรมการกินยาไม่ถูกต้อง ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดำเนินการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอต่อความร่วมมือและความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบ interrupted time study ในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จำนวน 120 คน ทำการอบรมให้ความรู้ ทำกิจกรรมกลุ่ม ให้คำปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้คือการนับเม็ดยา แบบบันทึก และการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์กินยาถูกต้องและสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 81.06 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 94.50 ในปี 2557 ($p < 0.001$) โดยสัมพันธ์กับค่า CD4 ที่เพิ่มขึ้น พบผู้ป่วยมีเชื้อดื้อยา 2 คนใน 120 คน (ปี 2556) และ 2 คน ใน 118 คน (ปี 2557) ($p > 0.05$) อัตราเชื้อดื้อยาที่ไม่เพิ่มขึ้นส่งผลดีในแง่ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสำหรับสูตรเชื้อดื้อยาไม่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนสูตรยา ด้านความปลอดภัยในการใช้ยาพบอาการอันไม่พึงประสงค์ 5 ราย (ร้อยละ 4.17) ในปี 2556 และ 2 ราย (ร้อยละ 1.67) ในปี 2557 หลังการให้ความรู้ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2 ราย ซึ่งทราบว่าเกิดจากการใช้ยาและมาพบแพทย์ก่อนนัด ไม่พบอาการแพ้ยาที่รุนแรง ผลของการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความร่วมมือและความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มความปลอดภัยจากการใช้ยา ผลการวิจัยอาจนำไปเป็นแนวทางในการให้การรักษากับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ต่อไป

คำสำคัญ: โรคเอดส์, การกินยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ, เชื้อดื้อยา, อาการไม่พึงประสงค์

บทนำ

สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยเอดส์ตามรายงานเฝ้าระวังโรค โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงาน พ.ศ. 2557 (ถึง

ตุลาคม 2557) พบว่า มียอดผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 388,621 ราย และมีผู้เสียชีวิต 100,617 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่พบมากเป็นวัยทำงาน

ช่วงอายุ 20-39 ปี โดยที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 30-34 ปี⁽¹⁾

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มานานกว่า 25 ปี และสามารถให้บริการดูแลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี โดยพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีลดลงจากเดิม รวมถึงการเข้าถึงบริการดูแลรักษาที่ครอบคลุมผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นจนเป็นที่ยอมรับของนานาชาติประเทศซึ่งการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ โดยที่ผ่านมาเมื่อเริ่มเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาตามบริบทของผู้รับบริการ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ติดเชื้อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเองได้มากน้อยแตกต่างกัน รวมทั้งความพร้อมและความเพียงพอของจำนวนผู้ให้บริการ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์บางรายขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นต่อการดูแลสุขภาพตนเอง จนอาจส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ตามมาได้⁽²⁾

เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์แล้ว ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และการกินยาก็ต้องกินอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เชื้อดื้อยา ทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยาในการรักษา การเกิดเชื้อดื้อยาจะทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้น เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และไม่สามารถรักษาด้วยสูตรยาพื้นฐาน ต้องเปลี่ยนสูตรยาที่มีราคาแพงขึ้นกว่าเดิม ผลข้างเคียงมาก หรืออาจจะไม่มีสูตรยาที่สามารถใช้รักษาได้ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อระบบบริการทางการแพทย์โดยรวมคือ การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปสู่คนอื่น การดื้อยาด้านไวรัสเอดส์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะยาวไม่สำเร็จ⁽³⁾ จะต้องมีการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะช่วงแรกที่มีการปรับเปลี่ยนสูตรยา เพื่อประเมินผลการรักษาและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์⁽⁴⁾ อีกทั้งควรตรวจหาเชื้อดื้อยาก่อนเพื่อพิจารณาเลือกสูตรยาให้เหมาะสม

กับผู้ป่วยต่อไป⁽⁵⁾

จากข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เมื่อปี 2554-2555 พบว่ามีอัตราการดื้อยาร้อยละ 4.70 และ 4.20 ตามลำดับ ซึ่งการดื้อยาเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น การติดเชื้อฉวยโอกาสและนำมาซึ่งอัตราการรักษาที่ล้มเหลว ร้อยละ 14.60 และ 11.70 พบว่า สาเหตุสำคัญเกิดจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสมีพฤติกรรมกรรมการกินยาไม่ถูกต้อง กินยาไม่ตรงเวลา ไม่มารับยาตามนัด ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสที่ถูกต้องและสม่ำเสมอต่อความร่วมมือในการใช้ยาและความปลอดภัยในการใช้ยา โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา

นิยามศัพท์

เชื้อดื้อยา หมายถึง เชื้อโรคที่พบมีการดื้อต่อยาที่ใช้รักษาเมื่อพบเชื้อดื้อยาจะทำให้ไม่มียาสำหรับรักษา แบ่งการติดเชื้อเอชไอวีตามภาวะการดื้อยาได้ 2 แบบคือ

1. Primary drug resistance หมายถึง การได้รับเชื้อเอชไอวีที่เป็นสายพันธุ์ดื้อยา ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อดื้อยาตั้งแต่เริ่มแรกจากภรรยาหรือสามีที่ติดเชื้อ
2. Acquired drug resistance หมายถึง การเกิดเชื้อเอชไอวีดื้อยาเนื่องจากการกินยา

การกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้ป่วยเชื่อฟังแพทย์และปฏิบัติตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผู้ป่วยเข้าใจยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามและกินยาให้ถูกขนาด ถูกเวลาตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งมักจะต้องนำยาติดตัวไปด้วยเสมอ

ความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยเข้าใจและป้องกันอาการไม่พึง

ประสงคจากการใช้ยา

การศึกษานี้ ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการคลินิกพุทธรักษา ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ทุกวันพุธ เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบ interrupted time study โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ ก่อนและหลังการให้ intervention ในช่วงตุลาคม 2558 – มกราคม 2559 (ศึกษาข้อมูลย้อนหลังก่อนให้ intervention ปี 2556 และหลังให้ intervention ในปี 2557) โดยเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (convenient sampling)

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาแล้ว ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
2. มีความรู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยหรือสนทนาถาม-ตอบกับผู้วิจัยได้ (มีสติสัมปชัญญะดี)
3. เข้าใจและทราบรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ การรับรู้ผิดปกติหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถเข้าใจหรือให้ข้อมูลได้

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จะถูกเก็บข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4 cell count) ข้อมูลการกินยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอและหลังให้ความรู้ข้อมูลอัตราเชื้อดื้อยาในปีที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เวชระเบียนผู้ป่วย
2. แบบสอบถามจากกองควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. แบบบันทึกการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย การบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ยาต้านไวรัส และยาอื่นที่ได้รับ ปัญหาจากการใช้ยา โรคร่วมอื่น ๆ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
4. การสัมภาษณ์
5. การสังเกตการณ์นับเม็ดยาของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวัด compliance

1. การนับเม็ดยา
2. การบันทึก
3. การสัมภาษณ์การกินยา

วิธีดำเนินการ

1. ให้ความรู้แบบรายกลุ่ม โดยให้ความรู้เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันพุธที่ 2 ของเดือน รวม 12 ครั้งต่อปี และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทุกคนโดยจัดอบรม 1 ครั้งต่อปี

2. ให้ความรู้แบบรายบุคคลเพื่อรองรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื่อเอดส์ที่ไม่เปิดเผยตัวหรือผู้ที่เปิดเผยตัวแต่มีข้อจำกัดในการรับความรู้แบบกลุ่ม เช่น อาจจะไม่สะดวกหรือไม่สามารถเข้ารับความรู้ในรูปแบบกลุ่ม ได้แก่ การที่ไม่เปิดเผยตัว มีหน้าที่การทำงานที่ไม่สามารถรับบริการแบบกลุ่มในช่วงเวลาที่กำหนดได้

ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่⁽⁶⁾ ความรู้เรื่องเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อและการรับเชื้อเพิ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การส่งเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมพลังใจและการวางแผนชีวิต และสิทธิประโยชน์ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

หลังจากให้ความรู้ให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อสรุปประเด็นและใจความสำคัญร่วมกัน

3. เสริมพลังโดยกลุ่มผู้ป่วย แกนนำ และทีมสหสาขาวิชาชีพมีการทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยความร่วมมือของกลุ่มผู้ป่วยและความช่วยเหลือของแกนนำผู้ติดเชื้อที่สมัครใจในการทำงาน

4. ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ เมื่อครบกำหนดเจาะเลือดตามนัด ส่งผลการเจาะเลือดมาให้แพทย์ประกอบการตรวจวินิจฉัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยลักษณะข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของ adherence ในการกินยาต้านไวรัส ก่อนและหลังการให้ intervention ใช้สถิติด้วยการทดสอบ t-test หาความสัม-

พันธ์ของอัตราเชื้อดื้อยา ด้วยการทดสอบ paired t-test, McNemar test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ค่า 0.05

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2015-012

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากการรวบรวมข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 ถึงปี พ.ศ.2557 กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาพบว่าในผู้ป่วย 120 คน เป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 42.92 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 72 ปี ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา ร้อยละ 49.17 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 52.50) สิทธิการรักษาผู้ป่วย ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท คิดเป็นร้อยละ 94.17 การประกอบอาชีพ อันดับแรกคือรับจ้าง รองลงมาคือเกษตรกรกรรม และค้าขาย (ตารางที่ 1)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมีจำนวนเม็ดยาที่กินในแต่ละวัน (เม็ด) เฉพาะที่เป็นยาต้านไวรัส เฉลี่ย 3.39 เม็ด สูงสุด 8 เม็ด ต่ำสุด 2 เม็ด นอกจากโรคเอดส์แล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย 74 คน (ร้อยละ 61.67) มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 14 คน (ร้อยละ 11.67) มีประวัติเคยเปลี่ยนสูตรยา 11 คน (ร้อยละ 9.17) (ตารางที่ 2)

3. ผลการติดตามการรักษา ผู้ป่วยทั้ง 120 คน ในปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2557 พบว่าค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการกินยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จากร้อยละ 81.06 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 94.50 ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสัมพันธ์กับค่า CD4 เฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 3)

4. อัตราเชื้อดื้อยา พบว่าในปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2557 พบว่าสัดส่วนของอัตราเชื้อดื้อยาลดลงอย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยในปี 2556 พบผู้ป่วยมีเชื้อดื้อยาจำนวน 2 คน จาก 120 คน โดย 1 คน พบเชื้อดื้อยาแบบ primary drug resistance และอีก 1 คนพบเชื้อดื้อยาแบบ acquired drug resistance ต่อมา ปี 2557 พบผู้ป่วยเชื้อดื้อยาอีก 2 คน โดย 1 คนเป็นเชื้อดื้อยาแบบ primary drug resistance อีก 1 คนเป็นเชื้อดื้อยาแบบ acquired drug resistance

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป	ราย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	50
หญิง	60	50
อายุ (ปี)		
เฉลี่ย	42.92	
สูงสุด	72	
ต่ำสุด	18	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	52	43.33
มัธยมศึกษา	59	49.17
อนุปริญญา	8	6.67
ปริญญาตรี	1	0.83
อาชีพ		
รับจ้าง	63	52.50
เกษตรกรกรรม	50	41.67
รับราชการ	1	0.83
ค้าขาย	3	2.50
ไม่ประกอบอาชีพ	3	2.50
สถานภาพสมรส		
โสด	63	52.50
สมรส	51	42.50
หม้าย	4	3.33
หย่าร้าง	2	1.67
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	113	94.17
ประกันสังคม	5	4.17
เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.67

5. ความปลอดภัยจากการใช้ยา

พบผู้ป่วยที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 5 รายในปี 2556 (ร้อยละ 4.17) และ 2 รายในปี 2557 (ร้อยละ 1.67) และทุกรายได้รับการเปลี่ยนยา จากการสัมภาษณ์และการบันทึกประวัติผู้ป่วยแพ้ยา 5 ราย ก่อนทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 3 รายไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นคืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยเกิดอาการมากขึ้นจึงมาพบแพทย์ ส่วนอีก 2 รายทราบว่า เป็นการแพ้ยา แต่เนื่องจากไม่ได้สังเกตอาการที่เกิดขึ้นจนมีบุคคลอื่นมาทัก จึงเข้ามาโรงพยาบาลเพื่อแจ้งแพทย์เพื่อให้เปลี่ยนสูตรการรักษา ส่วนการเฝ้าระวังอาการแพ้ยาที่รุนแรง เช่น Stevens Johnson syndrome (SJS) และ toxic epidermal necrolysis (TEN) นั้น ผลการติดตามไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนเม็ดยาที่กินในแต่ละวัน (เม็ด)		
ค่าเฉลี่ย	3.39	
ต่ำสุด	2	
สูงสุด	8	
การมีโรคร่วม		
มีโรคเรื้อรังร่วม	74	61.67
ไม่มีโรคเรื้อรังร่วม	46	38.33
มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	14	11.67
ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	106	88.33
ประวัติการปรับเปลี่ยนสูตรยา		
เคยเปลี่ยนสูตรยา	11	9.17
ไม่เคยเปลี่ยนสูตรยา	109	90.83

วิจารณ์

ในด้านของ adherence มีหลายการศึกษาก่อนหน้านี้^(7,8) พบว่า adherence เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่กินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ถูกต้อง จะพบการดื้อยาด้านไวรัสมากกว่าเช่นเดียวกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีการกินยาถูกต้องและสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.06 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 94.50 ในปี พ.ศ. 2557 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณ CD4 เฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจาก 367.17 เป็น 400.35 ในปี พ.ศ. 2556 และปี พ.ศ. 2557 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงเนตร ธรรมกุล⁽⁸⁾ และ Haddad M และคณะ⁽⁹⁾ อัตราเชื้อดื้อยา ปี 2556 พบ 2 คนใน 120 คน โดย 1 คน พบเชื้อดื้อยา แบบ primary drug resistance⁽¹⁰⁻¹²⁾ เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อดื้อยาตั้งแต่เริ่มแรกจากภรรยาหรือ

สามีที่ป่วยเป็นโรคและกินยาด้านไวรัสเช่นกัน ต้องรอการศึกษาเพิ่มเติมอีกต่อไป อีก 1 คน พบเชื้อดื้อยาแบบ acquired drug resistance ต่อมา ปี 2557 พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาอีก 2 คน ซึ่งไม่ใช่คนเดียวกันกับในปี 2556 โดย 1 คน พบเชื้อดื้อยา แบบ primary drug resistance อีก 1 คน พบเชื้อดื้อยาแบบ acquired drug resistance เช่นกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งสาเหตุน่าจะมาจากการที่จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาและจำนวนผู้ป่วยที่พบเชื้อดื้อยามีจำนวนน้อย ทั้งนี้ แม้จะพบว่าอัตราเชื้อดื้อยาไม่มีความแตกต่างกัน แต่การที่อัตราเชื้อดื้อยาที่ไม่เพิ่มขึ้นส่งผลดีในแง่ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสำหรับสูตรเชื้อดื้อยาไม่เพิ่มขึ้นจากการต้องเปลี่ยนจากสูตรพื้นฐานเป็นสูตรเชื้อดื้อยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Calmy A⁽¹³⁾

ตารางที่ 3 Adherence ในการกินยาสัมพันธ์กับระดับ CD4

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ยก่อนให้ความรู้	ค่าเฉลี่ยหลังให้ความรู้	p-value
Adherence	81.06	94.50	<0.001
CD4	367.17	400.35	-

ในด้านความปลอดภัยด้านยา พบผู้ป่วยที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 4.17 ในปี 2556 และร้อยละ 1.67 ในปี 2557 ตามลำดับ และในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้รับการเปลี่ยนยาเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาทุกราย (ร้อยละ 100.00) จากการสัมภาษณ์และการบันทึกประวัติผู้ป่วยแพ้ยา จำนวน 5 ราย ก่อนทำการศึกษาคพบว่า ผู้ป่วย 3 ราย ไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นคืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยเกิดอาการมากขึ้นจึงมาพบแพทย์ ส่วนอีก 2 รายทราบอาการแพ้ยาดังเนื่องจากไม่ได้สังเกตอาการที่เกิดขึ้นจนมีบุคคลอื่นมาทักจึงเข้ามาโรงพยาบาลเพื่อแจ้งแพทย์ หลังการให้ความรู้พบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 2 ราย ทั้ง 2 รายทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและรีบมาพบแพทย์ก่อนนัดเพื่อให้แพทย์เปลี่ยนสูตรการรักษา ส่วนการเฝ้าระวังอาการแพ้ยาที่รุนแรง เช่น SJS-TEN นั้น ผลการติดตามพบว่าไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว

ในด้านความร่วมมือในการใช้ยา มีหลายการศึกษาก่อนหน้านี้^(8,14,15) พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ต่างๆ บทบาทของทีมนสหสาขาวิชาชีพทุกคน ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เภสัช พยาบาล เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ แคนนำผู้ติดเชื้อ รวมไปถึงปัจจัยหนุนทางด้านครอบครัว เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันทำงานบริการผู้ป่วยโดยทำงานช่วยกันเป็นทีมจนส่งผลให้ adherence ของกลุ่มผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น การลดอัตราเชื้อดื้อยาช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเปลี่ยนสูตรการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น รวมถึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง ทำให้ได้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า CD4 ของผู้ป่วยบางราย บางครั้งข้อมูลที่บันทึกในแบบ-

บันทึกไม่ชัดเจน ซึ่งข้อจำกัดนี้ได้นำไปสู่การพัฒนาการเก็บข้อมูลลงคอมพิวเตอร์และการตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนมากขึ้นเพื่อโครงการวิจัยเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีต่อไป

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ผลของการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความร่วมมือและความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ การส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ควรใช้หลายวิธีควบคู่กันไป ขึ้นกับความเหมาะสมตามลักษณะของผู้มารับบริการและบริบทของแต่ละหน่วยงาน สามารถใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ และเป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยที่ทำในเรื่องที่คล้ายกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนในการวิจัย นายแพทย์ทนต์ วีระแสงพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย และเภสัชกรไพฑูรย์ แก้วภมร หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนและคุ้มครองผู้บริโภค ที่อนุญาตให้เสนอรายงานนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา กองควบคุมโรค. สถานการณ์เอดส์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ต.ค. 2557]. แหล่งข้อมูล: http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwiTqc-Bp6jKAhUEPo4KHba6DPsQFggvMAM&url=http%3A%2F%2Fwww.boe.moph.go.th%2Ffiles%2Freport%2F2014_1128_61345755.pdf&usq=AFQjCNFSOXZN4S9KZa3i94OG_7NvRKvLIw
2. เพ็ญพิภพ อูทิศ, รัตนศิริ ทาโต, ลิษา กันธมาลา, พรทิพย์ ยุกตานนท์. ชุดความรู้การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง.

- กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย 2549/2550. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
 4. สมนึก สังฆานุภาพ. พยาธิกำเนิดการติดยาเอชไอวี: หลักการพื้นฐานและการใช้ยาทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2551.
 5. Blower S, Ma L, Farmer P, Koenig S. Predicting the impact of antiretrovirals in resource-poor setting: preventing HIV infections whilst controlling drug resistance. *Curr Drug Targets Infect Disord* 2003;3:255-62.
 6. Tangvoraphonkchai K, Sungkanaparp S. The incidence and risk factors of virologic failure in HIV-infected patients receiving the first regimen of antiretroviral therapy. *J Infect Dis Antimicrob Agent* 2011; 28:161-8.
 7. Sethi AK, Celentano DD, Gange SJ, Moore RD, Gallant JE. Association between adherence to antiretroviral therapy and human immunodeficiency virus drug resistance. *Clin Infect Dis* 2003;37:1112-8.
 8. ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ครุฑทาศ, อุษณีย์ เทพวรชัย, เยาวรัตน์ อินทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ความต่อเนื่อง และสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2553;4:1-21.
 9. Haddad M, Inch C, Glazier RH, Wilkins AL, Urbshott G, Bayoumi A, et al. Patient support and education for promotion adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(3): CD001442.
 10. Little SJ, Daar ES, D'Aquila RT. Reduced antiretroviral drug susceptibility among patients with primary HIV infection. *JAMA* 1999;282:1142-9.
 11. Kiertiburanakul S, Sungkanaparp S. Emerging of HIV drug resistance: epidemiology, diagnosis, treatment and prevention. *Current HIV Research* 2009;7:273-8.
 12. Sirivichayakul S, Phanuphak P, Pankam T, O-Charoen R, Sutherland D, Ruxrungtham K. et al. HIV drug resistance transmission threshold survey in Bangkok, Thailand. *Antivir Ther* 2008;13(Suppl 2):109-13.
 13. Calmy A, Pascual F, Ford N. HIV drug resistance. *N Engl J Med* 2004;350:2720-1.
 14. พิษณุสินี ลลิตานุรักษ์. รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7* 2553;9:53-60.
 15. วิเชียร เขียวเข้ม, อรสา กงตาล. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มในเครือข่ายอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2557;37:66-75.

Abstract: Effects of a Program on Correction and Persistence of Antiretroviral Treatment to Improve Adherence and Drug Safety in HIV/AIDs Patients at Uthumpornphisai Hospital, Sisaket Province, Thailand

Sawai Tantawut, B.Pharm.; Wimalai Tinapa, B.N.S.; Chindanai Chaousirikul, M.D.

Uthumpornphisai Hospital, Sisaket Province, Thailand

Journal of Health Science 2016;25:696-703.

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) is a disease that requires lifelong and correct treatment with antiretroviral drugs to prevent opportunistic infection and drug resistance. In B.E. 2554 (2011) and 2555 (2012), there were 4.70 % and 4.20 % of drug resistant cases at Uthumpornphisai hospital, respectively. Poor adherence is a crucial cause of therapeutic failure. Therefore, HIV patient health care practitioner team of the hospital has worked together to improve adherence in order to reduce drug resistance and to improve safety. The objective of this study was to evaluate the effects of a program to improve correction and persistence of antiretroviral medication toward adherence and drug safety in HIV/AIDs patients. It was designed a retrospective-interrupted time study which enrolled 120 patients. Interventions included patient education by training, group activities, individual and group counseling. Evaluation tools used in this study included pill count, medication record and interviews. It was found that the percentage of patients with correct and persistent antiretroviral medication increased significantly from 81.06% in the year 2013 to 94.50% in 2014 ($p < 0.001$) with correlated increase of CD4 level. Drug resistance was found in 2 cases from 120 HIV patients in the year 2556 and 2 cases from 118 HIV patients in the year 2557. The stable rate of drug resistance might help saving cost treatment by avoiding the need to use more expensive second line drugs. Adverse drug events were observed in 5 patients (4.17%) in 2013 and 2 patients (1.67%) in 2014. Because of the intervention, 2 cases with adverse drug reaction knew the cause and promptly informed physician and promptly visited the hospital. Serious side effects were not found in this study. In conclusion, the program was effective in improving compliance of antiretroviral medication in HIV/AIDs patients. Therefore, this approach should be promoted and replicated as one of the effective guidelines for HIV patient care.

Key words: HIV/AIDs, correction and persistence of drug use, drug resistance, adverse drug reaction