

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง ในจังหวัดสงขลา

จาดุติ กองผล พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ผจงศิลป์ เฟิงมาก M.P.H., Ph. D.

ทิพมาส ชินวงศ์ M.N.S., Ph. D.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ที่มารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา จำนวน 220 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีตามความสะดวก เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามปลายปิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาค ในส่วนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลว เท่ากับ 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.10 (SD 0.52) และ 4.35 (SD 0.47) จากคะแนนเต็ม 5 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา พบว่า มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.81, p < 0.01$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนาบุคลากรที่มีสุขภาพ เพื่อเพิ่มเติมความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา ซึ่งจะช่วยให้มีบริการดูแลรักษาที่ดี และมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ ในอนาคต

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การปฏิบัติตัว, ยาต้านไวรัส, การป้องกันความล้มเหลวในการรักษา, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอชไอวี

บทนำ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยได้เริ่มนำยาต้านไวรัสเอชไอวีมาใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ต่อมา รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนงบประมาณเพื่อ

จัดหายาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับยา และมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอชไอวี (National Access to

Antiretroviral Program for People with HIV/AIDS หรือ NAPHA) ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา⁽¹⁻³⁾ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น เข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง ลดโอกาสเสี่ยงและลดการเกิดโรคจากการติดเชื้อฉวยโอกาส⁽⁴⁻⁵⁾ ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย สามารถกลับมาทำงานและดำรงชีวิตได้ตามปกติ^(6,7) การกินยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ จะสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดให้อยู่ในปริมาณที่ต่ำที่สุด ในระยะเวลาที่นานที่สุด ช่วยทำให้ร่างกายของผู้ป่วยมีระดับภูมิคุ้มกัน และมีความต้านทานต่อเชื้อโรคต่างๆเพิ่มมากขึ้น^(7,8)

อย่างไรก็ตาม การกินยาต้านไวรัสอาจมีผลกระทบทำให้เกิดอาการแพ้ยา เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา เป็นผลให้ผู้ป่วยหยุดกินยาหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ การกินยาไม่สม่ำเสมอ การขาดยาแม้เพียง 3 ครั้งต่อเดือนจะทำให้ระดับยาในเลือดลดต่ำลงจนไม่สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดเชื้อดื้อยา^(9,10) และนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษาได้^(1,2,11) การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของความล้มเหลวในการรักษา⁽¹²⁾ ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากการลืม ไม่มั่นใจในผลการรักษา หรือเกิดจากผลข้างเคียงของยา^(13,14)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจใน ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรม หรือจัดการสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงย่อมจะมีความอดทนและพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามคาดหวังด้วยความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้ ได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ภาคเหนือพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการกินยาป้องกันวัณโรค⁽¹⁶⁾ แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่พบข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันความล้มเหลวใน

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับใด และเพื่อศึกษาว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ โดยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชาชนทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมอาศัยอยู่ด้วยกัน คาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ ช่วยให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา⁽¹⁵⁾ ประเมินเฉพาะมิติของความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

นิยามศัพท์ในการวิจัย มีดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือมั่นใจในความสามารถของตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา หมายถึงการกระทำของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน ประกอบด้วยการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชน (4 แห่ง) ในพื้นที่จังหวัดสงขลา และได้รับยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 220 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มตามความสะดวกด้วยคุณสมบัติที่กำหนด คือ ได้รับ

ยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานอย่างต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในด้านการสื่อสาร ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย แต่หากตรวจพบว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตก็จะถูกตัดออกจากการศึกษา

เก็บข้อมูลระหว่างกรกฎาคม – ธันวาคม 2553 ด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามปลายปิด ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความมั่นใจ มีข้อคำถาม 25 ข้อ (มี 3 ด้านย่อย คือ การกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (อย่างมีประสิทธิภาพ) การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ คะแนน 5 หมายถึงมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้มากที่สุด คะแนน 4 หมายถึงมั่นใจมาก คะแนน 3 หมายถึงมั่นใจปานกลาง คะแนน 2 หมายถึงมั่นใจน้อย คะแนน 1 หมายถึงมั่นใจน้อยมากหรือไม่มั่นใจเลย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ จำนวน 25 ข้อ (มี 3 ด้านย่อย ลักษณะคำตอบและค่าคะแนนเป็นไปในรูปแบบเดียวกับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁽²⁰⁾ ในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ และได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติม (โดยใช้คำถามปลายปิด) เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการกินยา รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและการแพร่กระจายเชื้อเพิ่ม

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนรับทราบและยินดีให้ข้อมูล การวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมทางจริยธรรมจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมทางการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้วว่าน่าจะเป็นประโยชน์ และไม่มีอันตรายใดๆแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

การแปลความหมายของระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความมั่นใจ และระดับคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3 (ซึ่งมี 3 ด้านย่อยที่คล้ายคลึงกัน คือ การกินยาต้านไวรัส (อย่างมีประสิทธิภาพ) การป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส จำนวน 25 ข้อ ทั้งโดยรวมและรายด้าน กำหนดคะแนน เป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/จำนวนช่วง⁽²¹⁾ และได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึงระดับต่ำ, 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึงระดับปานกลาง และคะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึงระดับสูง

การแปลความหมายของความสัมพันธ์ ทิศทางของความสัมพันธ้อาจอยู่ในรูปแบบเชิงบวก (+) หรือเชิงลบ (-) ก็ได้ ทั้งนี้ ในส่วนการแปลความหมายระดับความสัมพันธ์ พิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ $r = 1.00$ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์, $r > 0.70$ ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง, $r = 0.30-0.70$ ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง, $r < 0.30$ ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และ $r = 0$ ตัวแปรทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กันเลย⁽²⁰⁾

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.73 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39.84 ปี (SD 7.26) โดยมีอายุต่ำสุด - ถึงสูงสุด คือ 18 - 59 ปี ร้อยละ 50.45 อยู่ในกลุ่มอายุ 31 - 40 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.73) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ

55.45 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.55 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา โดยร้อยละ 2.72 ไม่ได้เรียนหนังสือ (ตารางที่ 1) ร้อยละ 54.47 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 49.09 มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน โดยมีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่ 7,642 บาทต่อเดือน ค่ามัธยฐานของรายได้ = 6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 45.00 ของครอบครัวมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 21.36 มีรายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน ในขณะที่ร้อยละ 33.63 มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินด้วย กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.09) ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล มีเพียงร้อยละ 0.91 ใช้สิทธิประกันสังคมหรืออยู่ในโครงการ NAPHA ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.09) พักอาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกับโรงพยาบาลที่มารับยา โดยมีเพียง 4 ราย (ร้อยละ 1.81) ที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่ภาคใต้

1.2 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรักษา

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.27) ได้รับข้อมูลยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลที่มารับยา ร้อยละ 77.27 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับยาครั้งแรกจากทีมแพทย์-พยาบาล ร้อยละ 91.81 กินยาอย่างต่อเนื่องไม่เคยหยุดยาเลย ในขณะที่ ร้อยละ 8.18 (n= 18) เคยหยุดยา (ในกลุ่มที่หยุดยา 6 ราย บอกว่าหยุดกินยาเพราะทำงานไม่มีเวลากิน และ 15 ใน 18 รายหยุดกินยานานไม่เกิน 6 เดือน) ร้อยละ 51.81 มีอาการข้างเคียงของยา และพบว่าเกินครึ่ง (ร้อยละ 54.54; n = 120) เคยเปลี่ยนสูตรยาระหว่างการรักษาซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.67) บอกว่าเนื่องจากผลข้างเคียงของยา (ซึ่งมีมากกว่า 1 อาการ) อาการข้างเคียงในระยะต้นที่พบบ่อยคือ ผื่นแพ้ตามร่างกาย (ทั้งรุนแรงและไม่รุนแรง ร้อยละ 19.29 และ 41.22 ตามลำดับ) และอาการข้างเคียงระยะยาว ได้แก่ แก้มตอแบน ขาลีบ ตะโพกลีบ ขาอ่อนแรง (ร้อยละ 48.24) ซีด (ร้อยละ 36.84) ชาหรือปวดขา ปวดน่อง (ร้อยละ 35.08) และมีไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 14.03) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.46) ปรึกษาเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน (N = 220)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	104	47.27
หญิง	116	52.73
อายุ (ปี)		
18-30	14	6.36
31-40	111	50.45
41-50	80	36.36
>51ปี	15	6.82
อายุเฉลี่ย 39.84 ปี (SD 7.26) อายุสูงสุด = 59 ปี, อายุต่ำสุด = 18 ปี)		
ศาสนา		
พุทธ	193	87.73
อิสลาม	24	10.91
คริสต์	3	1.36
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	2.72
ประถมศึกษา	120	54.54
มัธยมศึกษา	83	37.73
อนุปริญญา/≥ปริญญาตรี	11	5.00
สถานภาพสมรส		
โสด	29	13.18
คู่	122	55.45
หม้าย/หย่า/แยก	69	31.36

ในคลินิกยาต้านไวรัสเพื่อช่วยแก้ไขเมื่อมีอาการข้างเคียง รองลงมาคือดูแลตนเองหรือหยุดกินยา (ร้อยละ 11.4 และ 2.63) ปรึกษาผู้ติดเชื้อมด้วยกันหรือปรึกษาหมอ-พื้นบ้าน (ร้อยละ 8.77 และ 1.75 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพราะเชื่อในผลดีของการรักษา เช่น คิดว่าจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง (ร้อยละ 68.63) ทำให้มีอาการของโรคทุเลาลง (ร้อยละ 63.63) ทำให้มีอายุยืนยาวขึ้น (ร้อยละ 59.69) ทำให้โรคหายขาดไม่ติดเชื้อ หรือสามารถมีบุตรได้อีก (ร้อยละ 25.54)

1.3 ความล้มเหลวในการรักษาและภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความล้มเหลวในการรักษาเพียงร้อยละ 2.72 (6 ราย ใน 220 ราย) โดยพบว่า 5 ราย ล้มเหลวทางภูมิคุ้มกัน และ 1 ราย ล้มเหลวทางการกำจัดไวรัสในเลือด แต่ไม่พบว่ามีอาการทางคลินิก

ระดับภูมิคุ้มกัน (ค่า CD4): กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย CD4 ก่อนเริ่มกินยา 134.96 (SD 9.09) cell/mm³ โดยส่วนใหญ่จะอยู่ที่ระดับ ≤ 200 cell/mm³ ภายหลังจากได้รับยาแล้ว ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น คือ ร้อยละ 90.45 มีค่าเฉลี่ยของ CD4 เพิ่มขึ้น (เท่ากับ 223.36, SD 15.06) ซึ่งมากกว่าที่ระดับ 200 cell/mm³

ค่าน้ำหนักตัว: ก่อนกินยา กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำหนักตัวเฉลี่ย 49.04 กิโลกรัม (SD 8.82) ภายหลังจากกินยาพบว่าค่าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 92.72 โดยมีค่าน้ำหนักตัวเฉลี่ย (ครั้งล่าสุด) 54.14 กิโลกรัม (SD 0.61) มีเพียงร้อยละ 7.27 ที่มีน้ำหนักตัวลดลงไม่เกินร้อยละ 10.00 ของน้ำหนักตัวเดิม

ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด: ภายหลังจากกินยา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.30 มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (ครั้งล่าสุด) < 50 copies/ml มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 2.73) ที่พบค่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (ครั้งล่าสุด) $\geq 50-1,000$ copies/ml (ร้อยละ 1.82) หรือ $> 1,000$ copies/ml (ร้อยละ 0.91)

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.00) กินยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 98.18 ประเมินตนเองว่ากินยาได้ดีมาก ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.18) ไม่มีผลเลือด หรือผล

การตรวจร่างกายที่ผิดปกติในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 4.09 ที่ระบุว่าเป็นผลจากการตรวจเลือด/ร่างกายที่ไม่ดี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.36) บอกว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้กินยาได้ดี โดยที่ครอบครัว (ร้อยละ 36.36) แพทย์/พยาบาล (ร้อยละ 18.64) มีส่วนช่วยรองลงมา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.36) มารับยาด้วยตนเอง ร้อยละ 38.64 เคยให้บุคคลอื่น (ญาติ/สมาชิกใกล้ชิดในครอบครัว) มารับยาแทน สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถมารับยาด้วยตนเองได้คือ งานยุ่ง (ร้อยละ 52.94) มีปัญหาค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 24.71) ไม่มียานพาหนะที่สะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 18.82) ระยะทางไกล (ร้อยละ 4.71) หรืออายุกลัวคนอื่นรู้ (ร้อยละ 23.53)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติตัว

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน: กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.10 (SD 0.52) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านกรกินยาอย่างมีประสิทธิภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.55, SD 0.69) เมื่อเทียบกับอีก 2 ด้านย่อย (ตารางที่ 2) เมื่อดูรายละเอียด (ในข้อย่อย) เพิ่มเติม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะที่สูงมากในเรื่องการกินยา คือ การดูแลให้ได้กินยาครบทุกมื้อ แม้ว่าต้องเดินทางไกล (ค่าเฉลี่ย 4.56, SD 0.66) การกินยาถูกต้องทุกมื้อ (ค่าเฉลี่ย 4.55, SD 0.64) การกินยาได้ครบทุกมื้อ

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระดับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส (N= 220)

องค์ประกอบโดยรวมและรายด้านย่อย (ของสมรรถนะ และการปฏิบัติ)	ระดับสมรรถนะ		ระดับการปฏิบัติ	
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ
ด้านการกินยาอย่างมีประสิทธิภาพ	4.55 (0.69)	มาก	4.52 (0.48)	มาก
ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม	4.09 (0.74)	มาก	4.50 (0.55)	มาก
ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	3.70 (0.75)	มาก	4.04 (0.67)	มาก
คะแนนโดยรวม	4.10 (0.52)	มาก	4.35 (0.47)	มาก

(ค่าเฉลี่ย 4.54, SD 0.72) และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยง (มาก) ต่อการรับเชื้อเพิ่ม ได้แก่ การไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น (ค่าเฉลี่ย 4.59, SD 0.94) และการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (ค่าเฉลี่ย 4.53, SD 1.01) แต่พบว่า ยังมีสมรรถนะซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (ก่อนไปทางระดับปานกลาง) ในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ทั่วไป) (ค่าเฉลี่ย 3.70, SD 0.75) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การใช้ผ้าปิดปาก/จมูกเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด (ค่าเฉลี่ย 2.99, SD 1.38) รองลงมาคือ การหลีกเลี่ยง/งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ (ค่าเฉลี่ย 3.25, SD = 1.53) ตามลำดับ

การปฏิบัติตัว: ได้ผลที่คล้ายคลึงกันกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยพบว่า มีการปฏิบัติตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.35 (SD 0.47) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านการกินยาอย่างมีประสิทธิภาพเท่ากับ 4.52 (SD 0.48) และเมื่อดูรายละเอียดเพิ่มเติมพบว่า ส่วนใหญ่จะมีระดับการปฏิบัติตัวที่สูงมากที่สุดในเรื่องการกินยา (ค่าเฉลี่ย 4.84, SD 0.51) และมีการปฏิบัติตัวซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (ก่อนไปทางระดับปานกลาง) ในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ค่าเฉลี่ย 4.04, SD 0.67) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การใช้ผ้าปิดปาก/จมูกเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด (ค่าเฉลี่ย 3.17, SD 1.53) รองลงมาคือ การไม่สูบบุหรี่ (ค่าเฉลี่ย 3.59, SD 1.40) ซึ่งให้ผลที่คล้ายคลึงกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษา ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับสูง ($r = 0.81, p < 0.01$)

ทั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพิ่มเติม พบว่า (1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กับระยะเวลาของการติดเชื้อ และการบอกผลเลือดกับครอบครัว และ (2) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษา มี

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กับประวัติการเปลี่ยนสูตรยา การมีอาการข้างเคียงของยา และการได้รับข้อมูลการกินยาด้านไวรัสจากโรงพยาบาล

3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา

มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 6.82) ของกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มเหล้าบ่อย ในขณะที่ร้อยละ 19.54 สูบบุหรี่ทุกวัน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.36) ไม่ใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย มีเพียงร้อยละ 7.27 ที่ใช้สารเสพติด เช่น เฮโรอีน (6 ราย) กัญชา (5 ราย) หรือ ยาไอซ์/ยาบ้า (4 และ 1 ราย) ทั้งนี้ ร้อยละ 73.64 มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด (ร้อยละ 93.83) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.31) ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และยังมีบางส่วนที่มีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทางทวารหนัก (ร้อยละ 13.58 และ 10.49 ตามลำดับ) กรณีที่มีเพศสัมพันธ์ทางปาก ร้อยละ 18.18 บอกว่าได้ใช้ถุงยางทุกครั้ง สำหรับกรณีที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.47) ระบุว่าได้ใช้ถุงยางทุกครั้ง ในขณะที่บางส่วนยอมรับว่าได้ใช้เป็นบางครั้งหรือไม่ใช้เลย พบในสัดส่วนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 11.76 บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.27) เป็นคู่นอนประจำ (สามี-ภรรยา) ร้อยละ 6.79 เป็นเพื่อนหญิง-ชายคนใหม่ และร้อยละ 4.94 เป็นผู้หญิงหรือชายขายบริการ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีคู่นอนติดเชื้อแล้วสูงถึงร้อยละ 47.53 (โดยเป็นผู้ที่ได้กินยาด้านไวรัสด้วย ร้อยละ 83.12) ในขณะที่ร้อยละ 23.46 มั่นใจว่าคู่นอนไม่ได้ติดเชื้อ ส่วนร้อยละ 29.01 ไม่แน่ใจหรือไม่ได้ถามคู่นอนว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์ยอมรับว่า ($n = 125/162$ คิดเป็นร้อยละ 77.16) ได้ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อช่วยในการคุมกำเนิด

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลว ในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ คล้ายคลึงกับการศึกษาของดุสิต⁽¹⁶⁾ และ อรอนงค์⁽²²⁾ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติตัวในกลุ่ม ผู้ป่วยวัณโรค (กินยาป้องกันวัณโรค) และความร่วมมือ ในการรักษาในกลุ่มเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ มีผลการวิเคราะห์ที่น่าสนใจเพิ่มเติม พบว่า การบอกผลเลือดกับคนในครอบครัว มีผลต่อสมรรถนะ แห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การบอก ผลเลือดทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องปกปิดสถานะการติดเชื้อ ของตน แต่ยังสามารถได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวเพิ่มขึ้น ทำให้มีความสบายใจ ไม่เครียด เกิดความมั่นใจในการ ปฏิบัติตัว ทั้งในด้านการกินยา และด้านการป้องกันตนเอง เพิ่มขึ้น

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง เคยเกิดปัญหาผลข้างเคียง จากการกินยา บางส่วนเคยหยุดกินยา แต่ก็ได้ปรึกษา พยาบาลเป็นอันดับแรก (รองลงมา คือ ปรึกษาผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยด้วยกัน หรือดูแลตนเอง) แสดงถึงความไว้วางใจ และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย-พยาบาล ซึ่งให้ผล ที่คล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ของพื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ^(23,24) การได้รับความรู้และคำแนะนำจาก ทีมสหสาขา (แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร) ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ช่วยติดตาม การดูแลรักษา และจัดให้มีการปรับเปลี่ยนสูตรยาอย่าง เหมาะสม น่าจะเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญ ช่วยให้ผู้ป่วย เชื่อมั่นในการรักษา และกลับมากินยาได้อย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ นอกจากนี้ การมีประสบการณ์ตรงในการ ดูแลตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตาม คำแนะนำ จนได้ผลลัพธ์ที่ดีกับตัวเองนั้น อาจเป็นอีก ปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเสริมความมั่นใจ ทำให้สามารถ ปฏิบัติตัวในการกินยาได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของ Bandura ซึ่งเชื่อว่า ถ้าบุคคลมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นได้ ก็จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมนั้น แต่จะ หลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติพฤติกรรม หากไม่มั่นใจว่าตนเอง จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้หรือไม่⁽¹⁵⁾

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ ว่า ตนเองมีสมรรถนะ ที่ดีมากในด้านการกินยาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ ตรงเวลา แต่ยอมรับว่ายังมีสมรรถนะที่ไม่สูงนัก ในเรื่อง การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม การป้องกันโรคติดเชื้อ- ฉวยโอกาส รวมถึงยังมีสมรรถนะในระดับปานกลางเรื่อง การปรับเวลาของการกินยา โดยเกือบทั้งหมดประเมิน ตนเองว่ากินยาได้ดีมาก และมองว่าตนเองเป็น บุคคลสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้สามารถกินยาได้ดี แต่ก็ ยอมรับว่า แพทย์ พยาบาล ญาติและสมาชิกในครอบครัว มีส่วนช่วยในการกินยาด้วย พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบ การดูแลผู้ติดเชื้อจึงควรเสริมรายละเอียดความรู้ความเข้าใจ อย่างง่ายๆ โดยเฉพาะการจัดการเมื่อต้องปรับเปลี่ยน เวลา กินยา ให้แก่ผู้ป่วย และญาติ ในการให้คำปรึกษา และคำแนะนำในครั้งต่อไป

อย่างไรก็ตาม ยังมีร้อยละของการปฏิบัติตัวที่ ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ในด้านการป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาสโดยทั่วไป โดยเฉพาะการใช้ ผ้าปิดปากจุกในที่แออัดหรือในที่ชุมชน อาจเนื่องจากการขาดความรู้ การไม่เห็นความสำคัญ หรือไม่ตระหนัก ถึงความจำเป็นของการป้องกันตนเองเท่าที่ควร โดยเฉพาะจากวัณโรค ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย คณะผู้วิจัยจึงเสนอว่า ทีมแพทย์และพยาบาลควร สร้างความตระหนักและแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ให้แก่ผู้ติดเชื้อเพื่อช่วยให้การใช้จ่ายด้านไวรัสได้ผลดี ลดการเสียเงินรักษาโรคแทรกซ้อนที่ป้องกันได้โดย ไม่จำเป็น

การศึกษานี้ให้ข้อมูลที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างมีความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสร้อยละ 2.7 โดยไม่มีความล้มเหลวทางคลินิกเลย สอดรับ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่พบว่า ภายหลังได้รับยาแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90) มีภาวะ สุขภาพที่ดีขึ้น มีค่าระดับภูมิคุ้มกันที่ดี โดยมีค่าเฉลี่ย ของ CD4 เพิ่มขึ้น (≥ 200 cell/mm³) มีค่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น และมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ในระดับต่ำ (<50 copies/ml) โดยแต่ละโรงพยาบาล รายงานความล้มเหลวของการรักษาที่ไม่แตกต่างกัน

สะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตัวในการกินยาต้านไวรัสได้ดี และบ่งชี้ว่าโรงพยาบาลของรัฐน่าจะมีการให้บริการดูแลรักษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ดี และทั่วถึง ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ยังมีข้อมูลที่น่าเป็นห่วง แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการรับรู้และมีความเข้าใจที่ดีมากเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงสูงจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และได้พยายามปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเองจากการรับเชื้อเพิ่ม มากกว่าร้อยละ 70.00 ยังคงมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงสูงอยู่ค่อนข้างมาก โดยร้อยละ 47.53 ระบุว่าคู่นอนติดเชื้อ (และเป็นผู้รับยาต้านไวรัส) ร้อยละ 29.01 ไม่แน่ใจว่าคู่นอนติดเชื้อแล้วหรือไม่ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 6.79) มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิง/ชายคนใหม่ และร้อยละ 4.94 มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายชายบริการทางเพศ โดยที่ส่วนน้อยยังคงมีเพศสัมพันธ์กับชายรักชายด้วยกัน และในกลุ่มผู้ที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (ค่อนข้างมาก) ทางเพศสัมพันธ์ ไม่ได้ใช้ถุงยางเพื่อป้องกันตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกครั้ง แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้อ้างอิงว่า กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (ค่อนข้างมาก) เหล่านี้ อาจกลายเป็นแหล่งรังโรคหรือตัวแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ผ่านทางคู่นอน ไปสู่กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ในชุมชนได้ คณะผู้วิจัยจึงเสนอว่า ทีมแพทย์-พยาบาลควรได้ติดตามเฝ้าระวังกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (ค่อนข้างมาก) ทางเพศสัมพันธ์ เหล่านี้อย่างใกล้ชิด และควรให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นเชิงรุก เพื่อเพิ่มความตระหนักในการป้องกันตนเอง (ไม่รับเชื้อเพิ่ม) และไม่ทำร้ายสังคม (ไม่แพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นผ่านทางคู่นอน) ต่อไป

งานวิจัยชิ้นนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้รับเฉพาะ จากผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ที่เข้ารับการรักษาแล้ว) ข้อมูลที่ได้รับจึงอาจมีอคติหรือความลำเอียง โดยอาจเป็นอคติที่เกิดจากการให้ข้อมูลจากความจำ ซึ่งมีความโน้มเอียงที่(จะ)ให้คำตอบที่ดีกว่าความเป็นจริง หรืออาจเป็นอคติของการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้วิจัยพอใจในคำตอบที่ได้รับก็ได้ อคติหรือความลำเอียงที่อาจมีในการ ศึกษา

นี้ย่อมจะมีผลกระทบในเชิงลบต่อข้อมูลที่ได้รับในผลการวิจัย นอกจากนี้ ยังไม่มีข้อมูลที่ได้จากญาติผู้ป่วยหรือจากพยาบาลหรือผู้ให้บริการในสถานบริการ แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว ผลการวิจัยครั้งนี้ (น่าจะ)ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อใช้เสนอเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสให้ดียิ่งขึ้น ต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ติดเชื้อเอชไอวี) ที่ได้รับยาต้าน-ไวรัสสูตรพื้นฐาน ที่มารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่งในพื้นที่จังหวัดสงขลามีความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่น้อย โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน การบอกผลเลือดกับคนในครอบครัวมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนาบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อเพิ่มเติมความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา ซึ่งจะช่วยให้มีบริการดูแลรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนบางส่วนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณคณะผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลต่างๆ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และท้ายที่สุด ขอขอบคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน (ซึ่งให้บริการช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อ)

ที่ให้ความร่วมมือและยินดีให้ข้อมูลแก่งานวิจัยชิ้นนี้
อย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สัณชัย ชาสมบัติ, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, พรทิพย์ ยุกตานนท์, บรรณธิการ. แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
2. สัณชัย ชาสมบัติ, ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, บรรณธิการ. แนวทางการปฏิบัติงานโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
3. กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์). การดำเนินงานโครงการ NAPHA [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 15 มี.ค. 2554]. แหล่งข้อมูล: <http://dpc9.ddc.moph.go.th/napha9/study/html>.
4. ปวีณา สนธิสมบัติ. Refining antiretroviral drug resistance: basis and clinical application. ใน: ปวีณา สนธิสมบัติ, อารมณี เจษฎาญาณเมธา, สุรกิจ นาทีสุวรรณ, ศิรดา มาพันธ์, บรรณธิการ. การประชุมวิชาการครั้งที่ 3 เรื่อง Contemporary Review in Pharmacotherapy 2007; 14-16 กรกฎาคม 2550; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร. พะเยา: กอบคำการพิมพ์; 2550, หน้า 123.
5. Widle PJ, Malamba S, Mwcbaze R. Assessment of pilot antiretroviral drug therapy program in Uganda: patient response, survival, and drug resistance. Lancet 2002; 360: 34-40.
6. Goldman DP, Bao Y. Effective HIV treatment and the employment of HIV+ adult. Health Service Research 2000;39: 1691-5.
7. Liu C, Ostrow D, Detels R, Hu Z, Johnson L, Kingsley L, et al. Impacts of HIV infection and HAART use on quality of life. Quality Life Research 2006;15: 941-9.
8. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcome in patients with HIV infection. Annals of Internal Medicine 2000;133:21-30.
9. Gross R, Yip B, Re VL. A simple dynamic measure of antiretroviral therapy adherence predicts failure to maintain HIV-1 suppression. Journal of Infectious Disease 2006;194:1108-14.
10. สมนึก สังฆานุภาพ. การดื้อยาต้านเอชไอวี: หลักการพื้นฐานและการใช้ทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2551.
11. Moatti JP, Spire B, Kazatchkine M. Drug resistance and adherence to HIV/AIDS antiretroviral treatment: Against a double standard between the north and the south. AIDS 2004;18: S55-S61.
12. Bangsberg DR, Perry S, Charleboris ED, Clark RA, Robertson M, Zolopa AR, et al. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. AIDS 2001;15:1181-3.
13. เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
14. Mills EJ, Cachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachils B, Wu P, Wilson K, et al. Adherence to HARRT: systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. Public Library of Science Medicine 2006;3:e38.
15. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
16. ดุสิต สวัสดิ์. การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการใช้ยาป้องกันวัณโรค [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
17. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พศ. 2547. วารสารโรคเอดส์ 2548;17:1-12.
18. สูดิจิตร แก้วมณี. อาการและการจัดการกับอาการของผู้ที่ได้รับ ยาต้านไวรัสเอดส์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
19. อุมาลี แซ่หลี่. ความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.

20. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
21. ชุศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ: 2546.
22. อรอนงค์ สาระท่า. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความพร้อมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
23. ลัดดา พลพุกธา. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
24. เบญจมาภรณ์ ชุมแสง. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

Abstract: Perceived Self-Efficacy and Practices to Prevent Treatment Failure among HIV/AIDS Patients Attending Antiretroviral Treatment Program at 4 Community Hospitals in Songkhla Province

Jaruedee Kongphol, M.N.S. (Adult Nursing); Pajongsil Perngmark, M.P.H., Ph.D.; Tipamas Chinawongsa, M.N.S., Ph.D.

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Journal of Health Science 2014;23:677-86.

This research aimed to investigate perceived self-efficacy and practices upon treatment failure prevention among HIV/AIDS clients attending antiretroviral treatment (ARV) program, and to examine relationship between perceived self-efficacy and their practices. Two hundreds and twenty-two HIV/AIDS clients, from four community hospitals in Songkla Province, were recruited into the study. Convenience sampling technique was used to indicate the subject sample. Close-ended questionnaire, validated by 3 expert raters, was used for data collecting, through face-to-face interview survey. Reliability test was computed, using Cronbach's alpha coefficient, yielding the value of 0.95 and 0.96 for perceived self-efficacy and practices respectively. Data was analyzed by using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient testing. Results showed that mean scores of perceived self-efficacy and practices regarding treatment failure prevention against the ARV program were at high levels, that is, = 4.10 (SD 0.52) and = 4.35 (SD 0.47) respectively. Perceived self-efficacy was found statistically significant correlated with practices at a high level ($r = 0.81, p < 0.01$). These findings might be applicable to planning for promoting a better care of HIV/AIDS clients attending the ARV program, by ensuring self-efficacy and to supporting suitable practices for efficient care in the future.

Key words: perceived self-efficacy, antiretroviral treatment program, prevention of treatment failure, HIV/AIDS patients