

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย*

Perceived Self-Efficacy and Practice of HIV and AIDS Patient with Controlled and Uncontrolled of Viral Load

เจตนิพัทธ์ มิดขุนทด (Jetnipat Midkhunthod)**

ระพีพรรณ ฉลองสุข (Rapeepun Chalongsuk)***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัส ของคลินิกศูนย์รวมใจโรงพยาบาลตากสิน จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ (2) ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและ (3) ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกราย (259 คน) ที่เข้ารับการรักษาภายในคลินิกศูนย์รวมใจ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2559

ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.44 ± 0.41 และ 4.27 ± 0.40 ตามลำดับ) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

เมื่อการเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ระหว่างกลุ่มที่สามารถควบคุมและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในประเด็นการบอกอาการข้างเคียงชนิดที่ไม่รุนแรง (คะแนนเฉลี่ย 3.75 และ 2.97), อาการข้างเคียงชนิดที่รุนแรง (คะแนนเฉลี่ย 3.42 และ 2.70) และอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง (คะแนนเฉลี่ย 3.86 และ 3.00) ส่วนด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่

* เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย

To publish research results.

** นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร email: nipat_jette@hotmail.com

Major of Consumer Protection in Public Health, Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University email: nipat_jette@hotmail.com

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
email: CHALONGSUK_R@su.ac.th

Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University email: CHALONGSUK_R@su.ac.th

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด (คะแนนเฉลี่ย 3.84 และ 3.17), การใช้ผ้าปิดจมูกกรณีเข้าไปในสถานที่แออัด (คะแนนเฉลี่ย 3.55 และ 2.73) และความสามารถในการเข้าใจผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันต้านทานชนิด CD4 (คะแนนเฉลี่ย 4.36 และ 3.63) ส่วนด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การเตรียมถุงยางอนามัยสำหรับเปลี่ยนกรณีที่ถูกขูดหรือมีเพศสัมพันธ์ซ้ำ (คะแนนเฉลี่ย 4.46 และ 4.10)

เมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาในด้านการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ระหว่างกลุ่มที่สามารถควบคุมและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในประเด็นการรับประทานยาต้านไวรัสคลาดเคลื่อนไม่เกิน 30 นาที (คะแนนเฉลี่ย 4.48 และ 3.90), การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดยาระหว่างการรักษา (คะแนนเฉลี่ย 3.69 และ 3.97), การสังเกตอาการข้างเคียงชนิดที่ไม่รุนแรงด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (คะแนนเฉลี่ย 4.19 และ 3.27), การสังเกตอาการข้างเคียงชนิดที่รุนแรงด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (คะแนนเฉลี่ย 3.58 และ 3.30) และการจัดการอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงด้วยตนเอง (คะแนนเฉลี่ย 3.69 และ 3.20) ส่วนด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การคำนึงถึงการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในการใช้ชีวิตประจำวัน (คะแนนเฉลี่ย 4.63 และ 4.40), การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าไปในสถานที่แออัด (คะแนนเฉลี่ย 3.41 และ 2.43) และความสามารถในการทราบหรือเข้าใจผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันต้านทานชนิด CD4 ของตนเอง (คะแนนเฉลี่ย 4.26 และ 3.67) ส่วนด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่มที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การใช้อุปกรณ์มีคมแยกจากผู้อื่น (คะแนนเฉลี่ย 4.50 และ 4.03)

ข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปปรับปรุงการจัดโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เหมาะสมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมภายใต้ความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรักษาล้มเหลว, โรคเอดส์

Abstract

This research was survey study aiming to compare perceived self-efficacy and practice for prevention of treatment failure between AIDS patients with controlled and uncontrolled of viral load who receiving antiretroviral drugs in SUN-RUAM-JAI clinic, Takhli Hospital in 3 dimension, including (1) effective medical intake (2) prevention of opportunistic infection and (3) prevention of HIV transmission by the developed questionnaire was use to collect data from 259 HIV/AIDS patient of SUN-RUAM-JAI clinic since 1st October 2016.

The results indicated that HIV/AIDS patients had high level of perceived self-efficacy and practice for prevention of treatment failure (4.44 ± 0.41 and 4.27 ± 0.40 respectively) from total score of 5 points.

The comparison of each dimension of self-efficacy between HIV/AIDS there were with control of viral load and these with uncontrolled viral load showed there were statistical significant difference ($p\text{-value} < 0.05$) in effective medical intake dimension; identification of non-severe side effects (mean score 3.72 and 2.97), severe side effects (mean score 3.42 and 2.70) and drug allergy that might occur (mean score 3.86 and 3.00). these were statistical significant difference ($p\text{-value} < 0.05$) in prevention of opportunistic infection dimension; avoiding crowded place (mean score 3.84 and 3.17), wearing face mask in crowded place (mean score 3.55 and 2.73) and understanding in the result of CD4 cell count (mean score 4.36 and 3.63). there were statistical significance difference ($p\text{-value} < 0.05$) in prevention of HIV transmission between AIDS patient dimension; preparing spare condom in case of damaged condom or repeated sex (mean score 4.46 and 4.10).

The comparison of practice for treatment failure prevention between HIV/AIDS patients with control of viral load and those with uncontrolled viral load showed that there were statistical significant difference ($p\text{-value} < 0.05$); effective medical intake dimension; antiretroviral drug intake within 30 minutes (mean score 4.48 and 3.90), continuous antiretroviral drug intake during treatment (mean score 3.69 and 3.97), regular self-observation on non-severe side effects (mean score 4.19 and 3.27), regular self-observation on severe side effects (mean score 3.58 and 3.30) and self-management on non-severe symptoms or side effects (mean score 3.69 and 3.20). these were statistical significant difference ($p\text{-value} < 0.05$) in prevention of opportunistic infection dimension; awareness on preventing opportunistic infection in daily life (mean score 4.63 and 4.40), wearing face mask in crowded place (mean score 3.41 and 2.43) and understanding in the result of CD4 cell count (mean score 4.26 and

3.67). these were statistical significance difference (p -value < 0.05) in prevention of HIV transmission between AIDS patient; using personal edged tool (mean score 4.50 and 4.03).

From results of this study, patient care team should be improve appropriate self-efficacy development program for HIV/AIDS patients for increasing their confidence in practicing with proper knowledge, understanding, and skills.

Keyword : PERCEIVED SELF-EFFICACY, PRACTICE OF HIV AND AIDS PATIENT, HIV/AIDS

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคที่จัดเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน ประเทศไทยพบข้อมูลประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อในแต่ละระดับของการติดตาม (HIV treatment cascade) ผ่านระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (National AIDS program ; NAP plus) ณ ปี พ.ศ. 2557 จำนวนทั้งสิ้น 459,509 ราย จัดเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลการตรวจปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย (viral load) มากกว่า 50 copies/ml (กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี) ขณะรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำนวนทั้งสิ้น 20,083 ราย (กรมควบคุมโรค, 2557: 370) คิดเป็นร้อยละ 11.45 การตรวจพบผู้ติดเชื้อกลุ่มดังกล่าวข้างต้นได้อย่างรวดเร็วจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะล้มเหลวในการรักษาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะล้มเหลวทางไวรัส (virological failure) ที่มักเกิดนำภาวะล้มเหลวด้านภูมิคุ้มกัน (immunological failure) และภาวะล้มเหลวด้านคลินิก (clinical failure) (กรมควบคุมโรค, 2557: 77) โรงพยาบาลตาคีเป็นหนึ่งในหน่วยบริการเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีตามเกณฑ์เป้าหมายขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ดังนั้น การศึกษาความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายขณะที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและด้านการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสตามชุดข้อมูลความรู้มาตรฐานเกี่ยวกับการรักษา (treatment literacy) ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2554: 11-139) น่าที่จะได้ข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้านการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการภายในโรงพยาบาลตาคี โดยการกำหนดมาตรการเชิงรุกที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะล้มเหลวในการรักษาอันนำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่มีประวัติเข้ารับการรักษาที่คลินิกศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากลิณ วันที่ 1 ตุลาคม 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 308 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. สามารถจัดการเกี่ยวกับการรับประทายาต้านไวรัสได้ด้วยตนเอง ซึ่งกรณีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ผู้วิจัยต้องทำการประเมินความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการรับประทายาต้านไวรัสด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่อายุต่ำกว่า 15 ปีที่เข้าเงื่อนไขของการศึกษาต้องสามารถจัดการเกี่ยวกับการรับประทายาต้านไวรัสได้ด้วยตนเอง เช่น ตั้งเวลารับประทายาต้านไวรัสเอง , จัดยาต้านไวรัสเพื่อรับประทายเองหรือสามารถสำรองยาต้านไวรัสติดตัวเพื่อรับประทายด้วยตนเอง กรณีที่อยู่นอกบ้านหรือไปโรงเรียน เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลหรือผู้ปกครอง ทำหน้าที่เพียงพาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มารับยาหรือติดตามการรักษาเท่านั้น

2. ได้รับยาต้านไวรัส สูตร 2NRTI+1NNRTI หรือ 2NRTI+PIs หรือสูตรทางเลือก ซึ่งเป็นสูตรแนะนำที่กำหนดไว้ในแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2557

3. เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องภายในคลินิกศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากลิณ อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้เห็นการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากคลินิกศูนย์รวมใจ เนื่องจากข้อแนะนำตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2557 การตรวจติดตามปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการแนะนำถึงข้อควรปฏิบัติจากทีมผู้ดูแลเรื่องการรับประทายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างน้อย 1 เดือน ก่อนการเจาะเลือดเพื่อให้ผลการตรวจปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายสะท้อนถึงสถานะของโรคในขณะนั้น (กรมควบคุมโรค, 2557: 77)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชและมีปัญหาด้านการสื่อสาร รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถดูแลเรื่องการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีได้ด้วยตนเอง

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ปฏิเสธการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. การสร้างและการประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยจากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะรักษาล้มเหลวในการรักษาได้พัฒนาเพิ่มเติมจากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่งในจังหวัดสงขลาของ คุณจากดี กองผล (จากดี กองผล, 2557: 677-686) มีการประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item – objective congruence : IOC) ของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (ตอนที่ 2) และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษา (ตอนที่ 3) คือ 0.86 และ 0.91 ตามลำดับ

1.2 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาภายในคลินิกโรคติดเชื้อฯ โรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย แล้วทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (ตอนที่ 2) และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษา (ตอนที่ 3) คือ 0.803 และ 0.745 ตามลำดับ

2 เครื่องมือฉบับสมบูรณ์ที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่บันทึกโดยผู้วิจัย โดยการเก็บข้อมูลจากแฟ้มบันทึกประวัติผู้ป่วย ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลตากฟ้า (HOS-xP) และฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (National AIDS Program ; NAP-plus)

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ให้กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาระบุคำตอบด้วยตนเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ค่าใช้จ่ายต่อเดือน สาเหตุของการติดเชื้อฯ การแจ้งผลการติดเชื้อต่อคู่นอน รวมถึงรูปแบบการดูแลการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษาตามแนวทางการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา โดยประเมินในมิติของความมั่นใจในการปฏิบัติตัว

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

โดยคะแนนคำตอบของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (ตอนที่2) และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษา (ตอนที่3) แปลความหมายดังต่อไปนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึง มั่นใจว่าปฏิบัติตาม หรือ ปฏิบัติตามได้ทุกครั้ง/ตลอดไป (100%)

ระดับคะแนน 4 หมายถึง มั่นใจว่าปฏิบัติตาม หรือ ปฏิบัติตามได้ค่อนข้างมาก (80%)

ระดับคะแนน 3 หมายถึง มั่นใจว่าปฏิบัติตาม หรือ ปฏิบัติตามได้บางครั้ง (50%)

ระดับคะแนน 2 หมายถึง มั่นใจว่าปฏิบัติตาม หรือ ปฏิบัติตามได้ค่อนข้างน้อย (20%)

ระดับคะแนน 1 หมายถึง มั่นใจว่าปฏิบัติตามได้น้อย หรือ ไม่ค่อยได้ปฏิบัติตาม (น้อยกว่า 20%)

ระดับคะแนน 0 หมายถึง มั่นใจว่าไม่สามารถปฏิบัติตาม หรือ ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ (0%)

สำหรับการหาความกว้างของอันตรภาคชั้นของคะแนนคำตอบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษา มีการกำหนดใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง ได้ความกว้างของชั้น 1.67 โดยมีวิธีการคำนวณหาความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 0}{3}\end{aligned}$$

โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษาดังนี้

ระดับคะแนน 0 – 1.67 แปลผล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน/การปฏิบัติตัวฯ อยู่ระดับต่ำ

ระดับคะแนน 1.68 – 3.35 แปลผล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน/การปฏิบัติตัวฯ อยู่ระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 3.36 – 5.00 แปลผล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน/การปฏิบัติตัวฯ อยู่ระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมดที่มีประวัติเข้ารับการรักษาที่คลินิกศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากสิน ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 308 ราย

2. เก็บข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยทุกรายจากแฟ้มบันทึกประวัติ ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOSXP) และฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การแพ้ยา ความร่วมมือในการใช้ยาและการจำแนกระยะโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (WHO clinical stage)

3. การเก็บข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษา ด้วยวิธีการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษาในวันที่มาทำการตรวจปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย โดยใช้ผลการตรวจดังกล่าวเป็นข้อมูลที่จะสะท้อนถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย

เอดส์ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาด้านการอ่านหรือการมองเห็นผู้วิจัยจะใช้รูปแบบการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยผู้วิจัยเองตามประเด็นคำถามในแบบสอบถาม ทั้งนี้ การตอบแบบสอบถามจะต้องได้รับการยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยความสมัครใจ อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ

การวิเคราะห์และแปลผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษา สำหรับข้อมูลทั่วไปจะใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับอธิบายค่าเฉลี่ย , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน , ร้อยละ และความถี่ โดยการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส (controlled of viral load) และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส (uncontrolled of viral load) เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น รวมถึงการหาความสัมพันธ์และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะล้มเหลวในการรักษา ซึ่งมีการเก็บข้อมูลที่ทำการศึกษาในระดับช่วง (ordinal scale) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

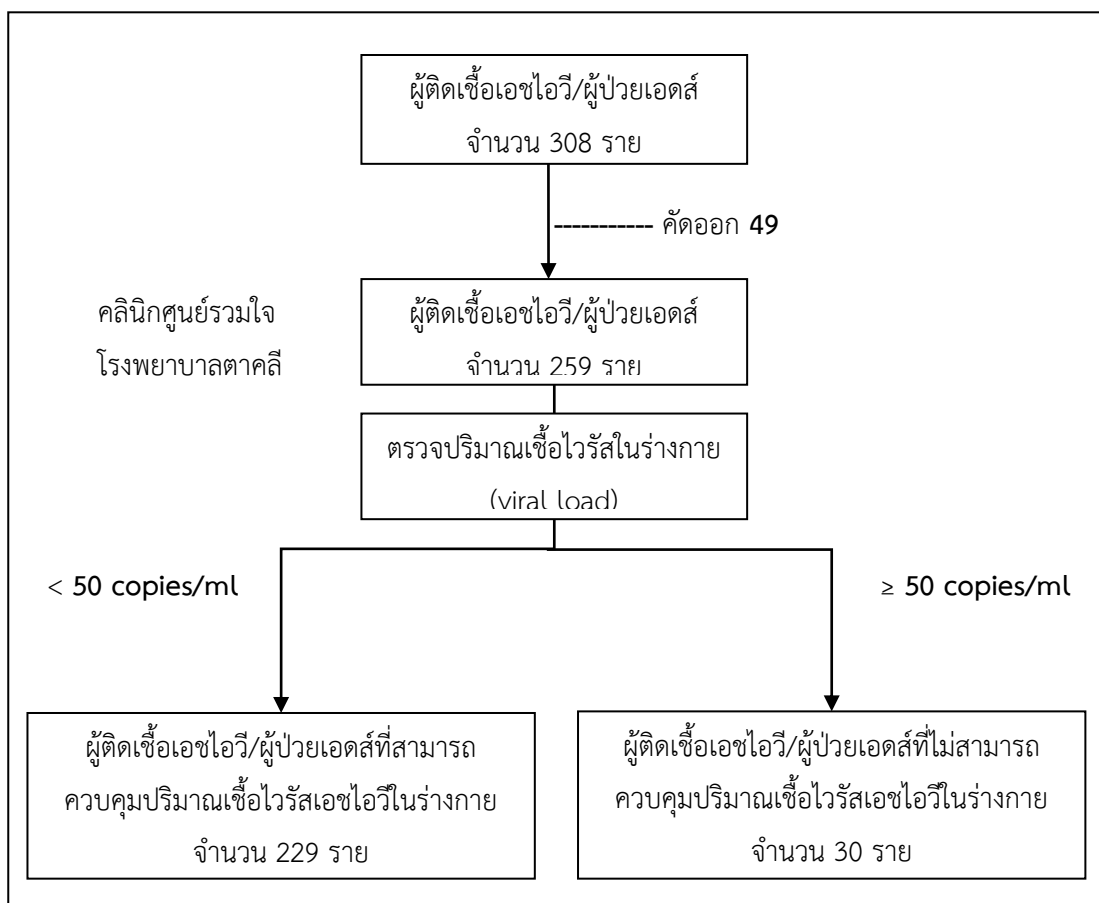
ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรของการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีประวัติเข้ารับการรักษาศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากสิน วันที่ 1 ตุลาคม 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 308 ราย จำแนกออกเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเงื่อนไขของการศึกษาจำนวน 259 ราย และถูกคัดออกจากการศึกษาจำนวน 49 ราย ซึ่งมีสาเหตุมาจาก (1) การปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 28 ราย (2) ไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสได้ด้วยตนเอง จำนวน 9 ราย (3) มีช่วงเวลาที่ได้รับรักษาที่คลินิกศูนย์รวมใจโรงพยาบาลตากสินต่ำกว่า 6 เดือน จำนวน 7 ราย และ(4) ขาดการนัดตรวจติดตามปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายจำนวน 5 ราย

1. ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเงื่อนไขของการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 259 ราย ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มการศึกษา โดยใช้เกณฑ์การควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย ได้แก่ (1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายได้ จำนวน 229 ราย และ (2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายได้ จำนวน 30 ราย รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเกณฑ์เงื่อนไขของการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 259 ราย ประกอบด้วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย โดยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (48.3 : 51.7) ร้อยละ 68.3 มีอายุระหว่าง 31 – 50 ปี มีสิทธิรัฐสวัสดิการ (เช่น บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า, เบิกต้นสังกัด, บัตรผู้สูงอายุ, บัตร อสม.และบุคคลในครอบครัว เป็นต้น) (ร้อยละ 90.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.8) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.4) ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน (ร้อยละ 52.9) สถานภาพทางครอบครัวส่วนใหญ่มีคู่ชีวิต (ร้อยละ 48.3) เศรษฐฐานะของกลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินชีวิตด้วยรายได้ต่อเดือน 6,000 บาท (IQR = 5,000) โดยมีค่าใช้จ่าย 5,000 บาท (IQR = 4,000) และการเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตากคลีไม่เป็นอุปสรรค (ร้อยละ 90.7) ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.4) มีความเครียดหรือความกังวลใจในการดำเนินชีวิต แต่ความเครียดหรือความกังวลใจดังกล่าวอยู่ในระดับที่ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 50.6) อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเอง (ร้อยละ 79.0) แต่สามารถดูแลรักษาการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 77.2) ทั้งนี้ รูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการดื่มเหล้า, สูบบุหรี่, เที่ยวกลางคืนหรือใช้สารเสพติด (ร้อยละ 66.8) โดยแรงบันดาลใจสำคัญของกลุ่มตัวอย่างในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี คือ บุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 63.3) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มที่สามารถควบคุม

และไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายที่จัดเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีปัจจัย เพศ น้ำหนัก ระดับการศึกษา สถานภาพทางครอบครัว อุปสรรคในการมาตรวจรักษา การมีผู้ที่ช่วยดูแล และการมีแรงบันดาลใจในการรักษา ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) แต่อายุมีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) โดยพบว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายส่วนใหญ่มีอายุ 31-50 ปี (ร้อยละ 69.4) ลำดับรองลงมาอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 51 ปี ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายส่วนใหญ่มีอายุ 31-50 ปี (ร้อยละ 60.0) ลำดับรองลงมาอายุ 10-30 ปี นอกจากนี้ยังพบว่ามีความเครียดหรือความกังวลใจต่อการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอีกปัจจัยที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม การศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.037$) โดยพบว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายมีความเครียดหรือความกังวลใจต่อการใช้ชีวิตประจำวันร้อยละ 64.2 ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายมีความเครียดหรือความกังวลใจต่อการใช้ชีวิตประจำวันร้อยละ 83.3

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อ

สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างการศึกษา พบว่าจากกลุ่มตัวอย่าง 259 ราย รับเชื้อมาจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 89.8 จำแนกเป็นการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนต่างเพศร้อยละ 68.0 ลำดับรองลงมา ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเพศเดียวกันร้อยละ 12.0 และการซื้อหรือขายบริการทางเพศร้อยละ 9.8 อีกทั้งยังพบว่านอกจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์แล้วยังพบกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีผ่านช่องทางการสักยันต์ร้อยละ 2.2 เมื่อพิจารณาจากความสามารถในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย พบว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายมีกลุ่มตัวอย่างรับเชื้อมาจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีการรับเชื้อมาจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 88.3 ซึ่งการรับเชื้อของกลุ่มตัวอย่างจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์จัดเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อทั้งกลุ่มที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งกลุ่มที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายมีการเปิดเผยผลการติดเชื้อแก่คู่นอนไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.669$)

1.2 ข้อมูลด้านการรักษา (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ขณะเริ่มต้นการรักษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.1) มีการใช้ยาต้านไวรัสสูตร d4T+3TC+NVP หรือ GPOvir-S เป็นสูตรเริ่มต้นในการรักษา ลำดับรองลงมา ได้แก่ AZT+3TC+NVP หรือ GPOvir-Z (ร้อยละ 18.9) เมื่อพิจารณาจากความสามารถในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย พบว่าทั้งกลุ่มที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีมีการใช้ยาต้านไวรัสสูตร d4T+3TC+NVP หรือ GPOvir-S เป็นสูตรแรกในการรักษา (ร้อยละ 65.5 และ 53.3 ตามลำดับ) และมีการใช้ยาต้านไวรัสสูตร AZT+3TC+NVP หรือ GPOvir-Z ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (18.8 : 20.0) โดยยาต้านไวรัสสูตร AZT+3TC+EFV เป็นสูตรยาที่กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนการใช้แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม (5.7 : 16.7)

สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ครั้งล่าสุด: สูตรยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้สูงที่สุด ได้แก่ สูตร AZT+3TC+NVP หรือ GPOvir-Z (ร้อยละ 43.2) ลำดับรองลงมา ได้แก่ ยาต้านไวรัสสูตร d4T+3TC+NVP หรือ GPOvir-S (ร้อยละ 19.3) และ TDF+3TC+EFV (ร้อยละ 18.5) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากความสามารถในการ

ควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย พบว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.7) มีการใช้ยาต้านไวรัสสูตร AZT+3TC+NVP หรือ GPOvir-Z ในการรักษา ลำดับรองลงมา ได้แก่ d4T+3TC+NVP หรือ GPOvir-S (ร้อยละ 18.8) ขณะที่กลุ่มไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 23.3) ใช้ยาต้านไวรัสสูตร d4T+3TC+NVP หรือ GPOvir-S ในการรักษา ลำดับรองลงมา ได้แก่ TDF+3TC+EFV (ร้อยละ 20.0) ทั้งนี้ การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีกลุ่ม Protease inhibitor (lopinavir/ritonavir) ร่วมในแผนการรักษา ซึ่งเป็นสูตรที่จัดเป็นสูตรยาทางเลือกลำดับสอง (second line drug) มีสัดส่วนที่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม โดยพบว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีมีการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีกลุ่ม Protease inhibitor (lopinavir/ritonavir) ร่วมในแผนการรักษาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ 6.1 และ 26.7 ตามลำดับ)

การบริหารยาต้านไวรัส: กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาทั้งที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.7 และ 80.0 ตามลำดับ) มีแผนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ต้องรับประทานวันละ 2 มื้อ โดยพบว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ 65.9) มีจำนวนยาต้านไวรัสที่รับประทาน 2 เม็ดต่อวัน ขณะที่กลุ่มไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ 46.7) มีจำนวนยาต้านไวรัสที่รับประทานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เม็ดต่อวัน ซึ่งการเปรียบเทียบจำนวนยาต้านไวรัสที่รับประทานต่อวันของ 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.015$)

ความร่วมมือในการใช้ยา: กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.5) มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับร้อยละ 100 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาต้านไวรัสได้ครบตามจำนวนหรือตามมียาที่ได้รับคำแนะนำและได้รับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีการนับเม็ดยาจากเภสัชกร เมื่อพิจารณาจากความสามารถในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย พบว่าทั้งกลุ่มที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับร้อยละ 95 – 100 ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (96.9 : 90.0) ซึ่งการเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาระหว่าง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.060$)

ระดับความรุนแรงของโรค: การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO clinical stage) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.3) มีระดับความรุนแรงของโรกระดับ 1 ลำดับรองลงมา ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรกระดับ 2 (ร้อยละ 37.5) เมื่อพิจารณาจากความสามารถในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย พบว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.3) มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 (WHO clinical stage 1) ขณะที่กลุ่มไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.0) มีความรุนแรงของโรกระดับ 2 (WHO clinical stage 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการควบคุมเชื้อไวรัสในร่างกาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	การควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย จำนวน (ร้อยละ)			chi-square	p-value
	ควบคุมได้ (n = 229 ราย)	ควบคุมไม่ได้ (n = 30 ราย)	รวม (n = 259 ราย)		
ระดับภูมิคุ้มกันต้านทานชนิด CD4 ขณะเริ่มต้นการรักษา (cell/mm ³)				0.924	0.630
0 - 99	64 (28.2)	11 (36.7)	75 (29.2)		
100 - 199	44 (19.4)	5 (16.7)	49 (19.1)		
≥ 200	119 (52.4)	14 (46.7)	133 (51.8)		
รวม	229 (100.0)	30 (100.0)	259 (100.0)		
การคงอยู่ในระบบการรักษา (ปี)				8.010	0.018**
1-5	64 (27.9)	16 (53.3)	80 (30.9)		
6-10	93 (40.6)	8 (26.7)	101 (39.0)		
11-15	72 (31.4)	6 (20.0)	78 (30.1)		
รวม	229 (100.0)	30 (100.0)	259 (100.0)		
ระดับภูมิคุ้มกันต้านทานชนิด CD4 ครั้งล่าสุด (cell/mm ³)				62.084	0.000**
0 - 99	3 (1.3)	10 (33.3)	13 (5.0)		
100 - 199	17 (7.4)	5 (16.7)	22 (8.5)		
≥ 200	209 (91.3)	15 (50.0)	224 (86.5)		
รวม	229 (100.0)	30 (100.0)	259 (100.0)		
สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ขณะเริ่มต้นการรักษา				N/A	N/A
d4T + 3TC + NVP หรือ GPOVir-S	150 (65.5)	16 (53.3)	166 (64.1)		
AZT + 3TC + NVP หรือ GPOVir-Z	43 (18.8)	6 (20.0)	49 (18.9)		
d4T + 3TC + EFV	12 (5.2)	1 (3.3)	13 (5.0)		
AZT + 3TC + EFV	13 (5.7)	5 (16.7)	18 (6.9)		
TDF + 3TC + NVP	1 (0.4)	0 (0)	1 (0.4)		
TDF + 3TC + EFV	10 (4.4)	2 (6.7)	12 (4.6)		
รวม	229 (100.0)	30 (100.0)	259 (100.0)		
สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในแผนการรักษาครั้งล่าสุด				N/A	N/A

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการควบคุมเชื้อไวรัสในร่างกาย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย จำนวน (ร้อยละ)			chi-square	p-value
	ควบคุมได้ (n = 229 ราย)	ควบคุมไม่ได้ (n = 30 ราย)	รวม (n = 259 ราย)		
d4T + 3TC + NVP หรือ GPOVir-S	43 (18.8)	7 (23.3)	50 (19.3)		
AZT + 3TC + NVP หรือ GPOVir-Z	107 (46.7)	5 (16.7)	112 (43.2)		
d4T + 3TC + EFV	6 (2.6)	1 (3.3)	7 (2.7)		
AZT + 3TC + EFV	13 (5.7)	3 (10.0)	16 (6.2)		
TDF + 3TC + NVP	4 (1.7)	0 (0)	4 (1.5)		
TDF + 3TC + EFV	42 (18.3)	6 (20.0)	48 (18.5)		
d4T + 3TC + LPV/RTV	0 (0)	1 (3.3)	1 (0.4)		
AZT + 3TC + LPV/RTV	3 (1.3)	2 (6.7)	5 (1.9)		
TDF + 3TC + LPV/RTV	6 (2.6)	2 (6.7)	8 (3.1)		
TDF + AZT + LPV/RTV	2 (0.9)	3 (10.0)	5 (1.9)		
AZT + 3TC + TDF + LPV/RTV	3 (1.3)	0 (0)	3 (1.2)		
รวม	229 (100.0)	30 (100.0)	259 (100.0)		
จำนวนมียา (ต่อวัน)				0.048	0.826
1 มื้อ	42 (18.3)	6 (20.0)	48 (18.5)		
2 มื้อ	187 (81.7)	24 (80.0)	211 (81.5)		
รวม	229 (100.0)	30 (100.0)	259 (100.0)		
จำนวนเม็ดยา (ต่อวัน)				8.42	0.015**
2 เม็ด	151 (65.9)	12 (40.0)	163 (62.9)		
3 เม็ด	24 (10.5)	4 (13.3)	28 (10.8)		
≥ 4 เม็ด	54 (23.6)	14 (46.7)	68 (26.3)		
รวม	229 (100.0)	30 (100.0)	259 (100.0)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการควบคุมเชื้อไวรัสในร่างกาย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย จำนวน (ร้อยละ)			chi-square	p-value
	ควบคุมได้ (n = 229 ราย)	ควบคุมไม่ได้ (n = 30 ราย)	รวม (n = 259 ราย)		
ประวัติการเปลี่ยนสูตรยาตั้งแต่เริ่มต้นรักษา				0.044	0.834
ไม่พบข้อมูลการเปลี่ยนสูตรยา	72 (31.4)	10 (33.3)	82 (31.7)		
พบข้อมูลการเปลี่ยนสูตรยา	157 (68.6)	20 (66.7)	177 (68.3)		
รวม	229 (100.0)	30 (100.0)	259 (100.0)		
ความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ)				5.639	0.060
90.10 - 94.99	7 (3.1)	3 (10.0)	10 (3.9)		
95.00 - 99.99	74 (32.3)	13 (43.3)	87 (33.6)		
100	148 (64.6)	14 (46.7)	162 (62.5)		
รวม	229 (100.0)	30 (100.0)	259 (100.0)		
ระดับความรุนแรงของโรคจำแนกตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก				N/A	N/A
stage 1 (asymptomatic)	145 (63.3)	6 (20.0)	151 (58.3)		
stage 2 (mild symptoms)	79 (34.5)	18 (60.0)	97 (37.5)		
stage 3 (advanced symptoms)	4 (1.8)	4 (13.3)	8 (3.1)		
stage 4 (severe symptoms)	1 (0.4)	2 (6.7)	3 (1.2)		
รวม	229 (100.0)	30 (100.0)	259 (100.0)		

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value ≤ 0.05 , N/A หมายถึง ไม่สามารถทดสอบทางสถิติได้

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.44 ± 0.41) ดังแสดงตามตารางที่ 2 แต่ยังคงพบว่าการสังเกตอาการข้างเคียงชนิดรุนแรงที่เกิดขึ้นกับร่างกายยังเป็นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80) ในประเด็นดังกล่าวเพียงร้อยละ 52.12 เมื่อจำแนกจากความสามารถในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายพบว่าทั้งกลุ่มที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง (4.46 ± 0.39 และ 4.26 ± 0.50 ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน ซึ่งประเด็นของกลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีความมั่นใจสูง (มากกว่าร้อยละ 80) น้อยที่สุด อันสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่ม

ตัวอย่างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ ได้แก่ การสังเกตอาการข้างเคียงชนิดรุนแรงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย (ร้อยละ 55.02) ส่วนประเด็นที่กลุ่มไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีความมั่นใจสูง (มากกว่าร้อยละ 80) น้อยที่สุด ได้แก่ การสังเกตอาการข้างเคียงชนิดรุนแรงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย (ร้อยละ 30.00) และการใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าไปในสถานที่แออัด (ร้อยละ 30.00)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำแนกตามรายด้าน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (mean $\pm$ SD)		
	กลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสได้ (n=229)	กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสได้ (n=30)	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=259)
ด้านการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ	4.46 $\pm$ 0.46	4.17 $\pm$ 0.62	4.43 $\pm$ 0.49
ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	4.27 $\pm$ 0.47	4.10 $\pm$ 0.40	4.25 $\pm$ 0.47
ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม	4.61 $\pm$ 0.47	4.44 $\pm$ 0.57	4.59 $\pm$ 0.49
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	4.46 $\pm$ 0.39	4.26 $\pm$ 0.50	4.44 $\pm$ 0.41

3. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรักษาล้มเหลว

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรักษาล้มเหลวโดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.27 $\pm$ 0.40) ดังแสดงตามตารางที่ 3 แต่ยังพบว่าการมารับยาต้านไวรัสด้วยตนเองตามวันนัดคลินิกศูนย์รวมใจ การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าไปในสถานที่แออัดและการหลีกเลี่ยงจากการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ เป็นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าประเด็นดังกล่าวข้างต้นกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติตัว (มากกว่าร้อยละ 80) เพียงร้อยละ 65.63 ร้อยละ 57.53 และร้อยละ 57.91 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามความสามารถในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส พบว่าทั้งกลุ่มที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับสูง (4.28 $\pm$ 0.38 และ 4.22 $\pm$ 0.48 ตามลำดับ)เช่นเดียวกัน ซึ่งประเด็นกลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80) น้อยที่สุด ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือสมุนไพรที่แพทย์ไม่ได้สั่งร่วมกับแผนการรักษาปัจจุบัน (ร้อยละ 56.33) ส่วนประเด็นที่กลุ่มไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80) น้อยที่สุด ได้แก่ การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าไปในสถานที่แออัด (ร้อยละ 33.33)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการปฏิบัติตัวจำแนกรายด้าน

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรักษาล้มเหลว	คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน การรักษาล้มเหลว (mean $\pm$ SD)		
	กลุ่มที่สามารถ ควบคุม ปริมาณเชื้อ ไวรัสได้ (n=229)	กลุ่มที่ไม่ สามารถควบคุม ปริมาณ เชื้อไวรัสได้ (n=30)	กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด (n=259)
ด้านการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมี ประสิทธิภาพ	4.17 $\pm$ 0.50	4.11 $\pm$ 0.46	4.17 $\pm$ 0.50
ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	4.24 $\pm$ 0.44	4.06 $\pm$ 0.53	4.22 $\pm$ 0.46
ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม	4.38 $\pm$ 0.54	4.42 $\pm$ 0.61	4.38 $\pm$ 0.55
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรักษาล้มเหลว โดยรวม	4.28 $\pm$ 0.38	4.22 $\pm$ 0.48	4.27 $\pm$ 0.40

4. ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มการศึกษา

การหาความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรักษาล้มเหลวระหว่างกลุ่มที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสโดยใช้สถิติโคสแควร์ ด้วยวิธีการจัดกลุ่มคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรักษาล้มเหลวเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 0 – 1.67) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 3.35) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.36 – 5.00) ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าประเด็นที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มการศึกษา ได้แก่ (1) ด้านการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ; การทราบถึงอาการข้างเคียงชนิดที่ไม่รุนแรง (p-value = 0.003), อาการข้างเคียงชนิดที่รุนแรง (p-value = 0.018) และอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง (p-value = 0.004) (2) ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส; การหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด (p-value = 0.003), การใช้ผ้าปิดจมูกกรณีเข้าไปในสถานที่แออัด (p-value = 0.003) และความสามารถในการเข้าใจผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันต้านทานชนิด CD4 (p-value = 0.001) (3) ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม; ความถูกต้องของการใช้ถุงยางอนามัย (p-value=0.03) ขณะที่ประเด็นที่มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรักษาล้มเหลวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มการศึกษา ได้แก่ (1) ด้านการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ; การรับประทานยาต้านไวรัสคลาดเคลื่อนไม่เกิน 30 นาที (p-value = 0.002), การหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเมื่อไอหวีในระหว่างการรักษา (p-value = 0.029), การสังเกตอาการข้างเคียงชนิดที่ไม่รุนแรงด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (p-value < 0.001), การสังเกตอาการแสดงของอาการข้างเคียงชนิดที่รุนแรงอย่างสม่ำเสมอ (p-value = 0.049) และการจัดการอาการผื่นปฏิกิริยาหรืออาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงด้วยตนเอง (p-value = 0.015) (2) ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส; การคำนึงถึงการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในการ

ใช้ชีวิตประจำวัน ($p\text{-value} = 0.024$), การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าไปในสถานที่แออัด ($p\text{-value} = 0.003$) และความสามารถในการทราบหรือเข้าใจผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ของตนเอง ($p\text{-value} = 0.002$) (3) ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม; การใช้อุปกรณ์ที่มีคมร่วมกับผู้อื่น (เช่น ใบมีดโกน กรรไกรตัดเล็บ ต่างหู เป็นต้น) ($p\text{-value} < 0.001$)

การอภิปรายผล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกล่าวถึงการรับรู้ความสามารถในตนเองของบุคคล ซึ่งนำมาสู่ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติความสามารถจะมีความพยายามและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคจนเกิดความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยที่มีความเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Bandura, 1977 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556: 57-60) ข้อมูลจากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาศูนย์รวมใจ โรงพยาบาลตากสิน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของจากฤดี กองผล (2557) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกด้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการให้สุศึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรมควบคุมโรค. 2554: 1-100) ที่เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องดำเนินการให้สุศึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าทั้งกลุ่มที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำในประเด็นการสังเกตอาการข้างเคียงชนิดที่รุนแรง สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของตนเองขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ทีมสหวิชาชีพต้องตระหนัก ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการสื่อสารข้อมูลของทีมสหวิชาชีพไปยังผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ใช้รูปแบบการบรรยายในประเด็นความรู้ที่ต้องการสื่อสารทำให้มีการดึงดูดความสนใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้น้อย ดังนั้น ควรมีการพัฒนาูปแบบการนำเสนอเพื่อดึงดูดความสนใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เช่น การถ่ายทอดประสบการณ์โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บรรลุเป้าหมายในการรักษาในระดับดีเยี่ยมหรือการสร้างแรงจูงใจในการรักษา เป็นต้น เนื่องจากวิธีการดังกล่าวข้างต้นมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977 อ้างถึงในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556: 57-60) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น

การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจะส่งผลต่อประสิทธิภาพที่ดีในการรักษา โดยเฉพาะในปัจจุบันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรักษาล้มเหลวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตัวในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่มการศึกษา สะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย

เอดส์มีความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง แต่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในประเด็นการมารับยาต้านไวรัสด้วยตนเองตามวันนัดคลินิกศูนย์รวมใจการใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าไปในสถานที่แออัดและการหลีกเลี่ยงจากการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ทั้งสองกลุ่มการศึกษา ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.9) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปโดยไม่มีรูปแบบการจ้างงานและกำหนดเวลาการทำงานที่แน่นอนจึงอาจส่งผลกระทบต่อมาตรฐานการรักษาตามวันนัดของคลินิกศูนย์รวมใจ อีกทั้งยังมีความกังวลว่าจะมีผู้สงสัยในภาวะการเจ็บป่วยของตนเองจึงทำให้หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อมีการเข้าไปในแหล่งชุมชนด้วย ซึ่งทีมสหวิชาชีพควรหามาตรการหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ดียิ่งขึ้น

การสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับร่างกายระหว่างการรักษาทั้งชนิดที่ไม่รุนแรงและรุนแรงมีความสำคัญในแง่ของการลดความรุนแรงของความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าการสังเกตอาการข้างเคียงทั้งชนิดที่ไม่รุนแรงและรุนแรง รวมถึงอาการแพ้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มการศึกษา โดยกลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.86 ร้อยละ 31.88 และร้อยละ 49.78 ตามลำดับ) มีความมั่นใจว่าจะปฏิบัติตามได้ทุกครั้ง (ร้อยละ 100) ขณะที่กลุ่มไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีเพียงร้อยละ 20.00 ร้อยละ 10.00 และร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ที่มีความมั่นใจว่าจะปฏิบัติตามได้ทุกครั้ง (ร้อยละ 100) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ (perception) ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการสังเกตอาการข้างเคียงและความผิดปกติที่เกิดจากการแพ้ยาที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างอันเนื่องมาจากประสบการณ์ในอดีต (เยาวยุ ปิ่นทุพพันธ์, 2540: 100-101) นอกจากนี้การเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่บ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จัดว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากช่วยให้เกิดความตระหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการระมัดระวังการปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าการเข้าใจผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันต้านทานชนิด CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มการศึกษา โดยพบว่าการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.14) มีความมั่นใจว่าจะปฏิบัติตามได้ทุกครั้ง (ร้อยละ 100) ขณะที่พบเพียงร้อยละ 26.67 ในกลุ่มไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการรักษาสะท้อนให้เห็นถึงความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.6) เข้ารับการรักษา 6-10 ปี ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.3) เข้ารับการรักษา 1-5 ปี ซึ่งการอยู่ในระบบการรักษาที่นานกว่าทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้จนมาสู่ความมั่นใจในการเข้าใจผลการตรวจระดับภูมิคุ้มกันต้านทานชนิด CD4 ที่แตกต่างกัน ซึ่งทีมสหวิชาชีพควรให้ความสำคัญเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความระมัดระวังในการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการรับเชื้อเพิ่ม นอกจากนี้ยังพบว่าประเด็นการหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัดและการใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัดเป็น

ประเด็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามได้ทุกครั้ง (ร้อยละ 100) ค่อนข้างน้อย และมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มการศึกษา ซึ่งมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลาของจาตุติ กองผล (2557) ที่พบว่าการใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าไปในสถานที่แออัดเป็นประเด็นที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำที่สุด อาจมีความเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ในปัจจุบันที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มการศึกษา โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ปัจจุบันมากกว่าหรือเท่ากับ 200 cell/mm³ ถึงร้อยละ 91.3 ขณะที่พบเพียงร้อยละ 50.0 ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 อยู่ในระดับสูงจะรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี แข็งแรงและไม่ต้องการให้คนรอบข้างเป็นสิ่งที่สงสัยในภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง โดยจัดเป็นพฤติกรรมความเจ็บป่วยรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับรู้ถึงตนเองติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Mechanic, 1966: 237 อ้างถึงในมัลลิกา มติโก และนิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2555: 162) จึงทำให้ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในประเด็นการหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัดและการใช้ผ้าปิดจมูกที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในประเด็นต่างๆ ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มการศึกษา แต่เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการรักษาล้มเหลวที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ปฏิบัติจริงในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาขณะรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการรับประทานยาโดยมีความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 30 นาทีอย่างสม่ำเสมอทุกครั้ง (ร้อยละ 100) ค่อนข้างน้อยและมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มการศึกษา โดยพบเพียงร้อยละ 51.53 ในกลุ่มที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสและร้อยละ 20.00 ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส สะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีการรับประทานยาคลาดเคลื่อนจากเวลาที่กำหนดเกิน 30 นาที โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย ซึ่งทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการดื้อยาของเชื้อไวรัสเอชไอวี จนนำมาสู่การรักษาล้มเหลวได้ ทั้งนี้ อาจมีความเกี่ยวข้องกับการะงาด้านจำนวนเม็ดยาด้านไวรัสที่รับประทานต่อวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) ต้องรับประทานยาจำนวน 2 เม็ดต่อวัน ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.7) ต้องรับประทานยาจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เม็ดต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาภาวะการรักษาล้มเหลวและสงสัยว่าเกิดภาวะเชื้อดื้อยาด้านไวรัสของเชิดเกียรติ แก้วกลสิกิจ (2552) ที่พบว่า การรับประทานยาต้านไวรัสสูตรรวมภายในเม็ดเดียวทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาได้ง่ายโดยมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งการมีจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวันจำนวนมากอาจทำให้ประสิทธิภาพในการรับประทานยาอย่างตรงเวลาลดลง อย่างไรก็ตาม นอกจากความคลาดเคลื่อนของเวลาในการรับประทานยาแล้วยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการปฏิบัติพฤติกรรมทุกครั้ง (ร้อยละ 100) เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายระหว่างการรักษาด้านไวรัส ได้แก่ อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาทั้งชนิดรุนแรงและไม่รุนแรง ค่อนข้างต่ำและมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มการศึกษา ซึ่งมีความสำคัญในการลดความรุนแรงในการเกิดอาการผิดปกติกับร่างกายจากการที่ผู้ติด

เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว โดยประเด็นการสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาทั้งชนิดรุนแรงและไม่รุนแรงที่มีการปฏิบัติทุกครั้งค่อนข้างน้อยและมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มการศึกษาอาจเนื่องจากระยะเวลาการอยู่ในระบบการรักษาที่แตกต่างกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.6) เข้ารับการรักษา 6-10 ปี ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.3) เข้ารับการรักษา 1-5 ปี ซึ่งการอยู่ในระบบการรักษาที่นานกว่าทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความใส่ใจในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ ที่ดีกว่าเนื่องจากมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตตะวัน จิตระกุล (2555) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ระดับลึกที่พบว่าความรู้และประสบการณ์มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังพบว่าการคำนึงถึงการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะพฤติกรรมปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าไปในสถานที่แออัดเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสยังจัดเป็นปัญหาที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของคลินิกศูนย์รวมใจ เนื่องจากพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการปฏิบัติตัวในประเด็นดังกล่าวแตกต่างกันระหว่างกลุ่มการศึกษา โดยกลุ่มที่สามารถควบคุมและไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวทุกครั้ง (ร้อยละ 100) เพียงร้อยละ 29.26 และร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจาฤติ กองผล (2557) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ผ้าปิดจมูกในระดับต่ำ โดยอาจมีความเกี่ยวข้องกับระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสมีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ปัจจุบันมากกว่าหรือเท่ากับ 200 cell/mm^3 ถึงร้อยละ 91.3 ขณะที่พบในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเพียงร้อยละ 50.0 ซึ่งกลุ่มที่มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 สูง มักคิดว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงจึงละเลยการใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อมีการเข้าไปในสถานที่แออัด อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อาจมีความกังวลว่าการใช้ผ้าปิดจมูกจะทำให้ตนเองเป็นจุดเด่นหรือจุดสนใจจนทำให้มีผู้สงสัยในภาวะเจ็บป่วยของตนเองจึงหลีกเลี่ยงการใช้ผ้าปิดจมูก อย่างไรก็ตามข้อจำกัดที่เกี่ยวกับระดับของการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อความเข้าใจในผลการตรวจภูมิคุ้มกัน CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีความสำคัญต่อความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยประเด็นดังกล่าวมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มการศึกษา ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.3) มีการศึกษาระดับสูงสุดประถมศึกษา ขณะที่กลุ่มไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการศึกษาระดับสูงสุดประถมศึกษาเพียงร้อยละ 36.7 ดังนั้น เพื่อการไปสู่เป้าหมายด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งในแง่ของการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย การป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยทีมสหวิชาชีพไม่ควรละเลยในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องแม้กระทั่งในประเด็นที่มีข้อจำกัดเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการตอบสนองที่ดีในการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี**

ประเทศไทย. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เจ็ดเกียรติ แก้วกลสิกิจ. (2552). “ภาวะการณั้รักษาล้มเหลวและสงสัยว่าเกิดภาวะเชื้อติดต่อยาต้านไวรัส.”

เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2559. เข้าถึงได้จาก <http://dpc9.ddc.moph.go.th/aid>.

จาฤติ กองผล (2557). “การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่งในจังหวัดสงขลา.”

วารสารวิชาการสาธารณสุข 23, 4 (กรกฎาคม-สิงหาคม): 677-686.

จิตตะวัน จิตระกูล (2555). “ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุดรธานี.” เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2560. เข้าถึงได้จาก

https://pharm.kku.ac.th/isan-journal/journal/volumn8-no1/4annual/004-NU_Pages_29-35.pdf

มัลลิกา มัติโก และนิตยา เพ็ญศิริภา. (2555). “แบบแผนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ.” เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาทางการแพทย์หน่วยที่ 1-5. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เยาวภา ปิ่นพูนธ์. (2540). “การรับรู้สิ่งบิโรคด้านสาธารณสุข.” เอกสารการสอนชุดวิชาบิโรคศึกษาด้านสาธารณสุขหน่วยที่ 1-7. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรมควบคุมโรค. (2554). **ชุดความรู้การดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โรคโดยตรง.**

เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2559. เข้าถึงได้จาก

http://www.gfaidscares.com/doc/Treatment%20Literacy%202_4.pdf.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. โครงการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผู้ใหญ่และเด็กในประเทศไทย. (2559). **รายงานผลการดำเนินงานด้านการดูแลรักษา**

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (รวมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล). เข้าถึงเมื่อ 26 กุมภาพันธ์

2559. เข้าถึงได้จาก <http://www.cqihiv.com/Menu1.aspx>

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556) **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาต่างประเทศ

World Health Organization. (2007). WHO CASE DEFINITIONS OF HIV FOR SURVEILLANCE AND REVISED CLINICAL STAGING AND IMMUNOLOGICAL CLASSIFICATION OF HIV-RELATED DISEASE IN ADULTS AND CHILDREN. Accessed 20 September 2016. Available from <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>