



การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา
ด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

**Perceived Self-efficacy and Practices in Preventing Failure of Antiretroviral
Treatment among HIV-Infected/ AIDS Persons**

จารุดี กองผล

Jaruedee Kongphol

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

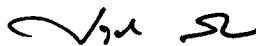
ชื่อวิทยานิพนธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลว
ในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
ผู้เขียน นางสาวจาฤติ กองผล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



(รองศาสตราจารย์ ดร.พจนศิลป์ เพ็งมาก)

คณะกรรมการสอบ

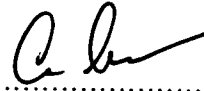


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ ส่วงวัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)



.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พจนศิลป์ เพ็งมาก)



.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)

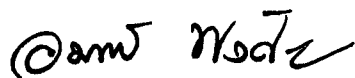


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์)



.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุ์เสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)



(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์คารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
ผู้เขียน	นางสาวจาฤติ กองผล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2554

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐานที่มารับบริการในคลินิกยาต้านรีโทรไวรัสของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 220 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษา ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ความเที่ยงของเครื่องมือในชุดแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.10.$, $SD = 0.52$) การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.35.$, $SD = 0.47$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.81$, $p < 0.01$)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ได้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาเพิ่มขึ้น เพื่อส่งผลให้มีการรักษาที่ดี

Thesis Title	Perceived Self-efficacy and Practices in Preventing Failure of Antiretroviral Treatment among HIV-Infected/ AIDS Persons
Author	Miss Jaruedee Kongphol
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2011

ABSTRACT

This study aimed to identify the levels of perceived self-efficacy and practices in prevention of treatment failure, and to explore the relationships of perceived self-efficacy and practices in prevention of comprised antiretroviral treatment failure among HIV-infected/ AIDS persons. The study sample 220 HIV-infected/ AIDS persons who were on antiretroviral therapy. They were purposively selected using convenience sampling from the antiretroviral clinic of regional hospitals in Songkhla province. The research instrument was a set of questionnaires covering general information, perceived self-efficacy and practices in prevention to treatment failure. The content validity was validated by 3 experts, yielding Cronbach's alpha coefficients of 0.95 and 0.96 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson product moment correlation coefficient.

The results showed a moderate level of perceived self-efficacy in prevention of treatment failure ($\bar{X} = 4.10.$, $SD = 0.52$) and a high level of practices in prevention treatment failure ($\bar{X} = 4.35.$, $SD = 0.47$). Perceived self-efficacy showed a statistically significant positive relationship with practices in prevention of antiretroviral treatment failure; ($r = 0.81$, $p < 0.01$).

The results could guide health care teams to enhance the perceived self-efficacy of HIV-infected/ AIDS persons and increase their practices in preventing failure of antiretroviral treatment.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เฟื่องมาก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำ วิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้กำลังใจ คุณเลเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของ อาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความ ตรงของเครื่องมือ ซึ่งได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.ประณิต ส่งวัฒนา แพทย์หญิงสุกัญญา หังสพฤกษ์ และคุณสิริลักษณ์ จันทรัมย์ ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิจัยที่กรุณาให้ คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาในการศึกษา

ขอขอบพระคุณพี่น้องๆ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลาทุก คน โดยเฉพาะ พยาบาลแผนกห้องคลอด-ห้องผ่าตัด ที่เปิดโอกาสและส่งเสริมให้ผู้วิจัยได้มาศึกษา ในครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านของ คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด สงขลา ที่ได้ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีตลอดการวิจัย และขอขอบพระคุณ ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการ เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่มณฑา กองผล อันเป็นที่รักยิ่ง คอยให้ความ รัก คอยดูแล ห่วงใยและเป็นกำลังใจที่ยิ่งใหญ่เสมอมา ขอขอบคุณญาติพี่น้องที่เป็นส่วนสำคัญส่งเสริมให้ ชีวิต ที่มีคุณค่า ขอขอบคุณเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ รุ่น 16 ทุกคน ที่เป็น กัลยาณมิตรที่ดีเสมอมา

จารุณี กองผล

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(8)
รายการภาพประกอบ.....	(10)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
โรคเอดส์และการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.....	8
ความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลว ในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส.....	27
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วย ยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.....	41
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
	(6)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	54
ผลการวิจัย.....	54
การอภิปรายผลการวิจัย.....	76
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	85
สรุปผลการวิจัย.....	85
ข้อเสนอแนะ.....	86
บรรณานุกรม.....	88
ภาคผนวก.....	100
ก พิธีกษัติธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	101
ข เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	102
ค ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	118
ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	129
ประวัติผู้เขียน.....	130

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล.....	54
2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส.....	56
3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส.....	58
4 ค่าเฉลี่ยมัธยฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพที่ได้รับการตรวจก่อนได้รับยาต้านรีโทรไวรัสและที่ได้รับการตรวจครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านรีโทรไวรัส....	62
5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ.....	62
6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความต่อเนื่องปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
7 จำนวน และร้อยละคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง	66
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าคะแนนโดยรวมและรายด้าน.....	69
9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาจำแนกเป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 5 ข้อและมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 5 ข้อในกลุ่ม.....	70
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนนโดยรวมและรายด้าน.....	72
11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาจำแนกเป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 5 ข้อและมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 5 ข้อในกลุ่มตัวอย่าง.....	73
12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของระดับความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์.....	74
13 จำนวนและร้อยละของความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่ตอบถูก.....	74

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม.....	76
15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้านหลัก.....	117
16 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา.....	118
17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้านหลัก.....	121
18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อ.....	122
19 ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษา.....	125
20 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา และลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา.....	126
21 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส และลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา.....	127

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส.....	6
2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวังในผลลัพธ์.....	28

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยนำยาต้านรีโทรไวรัสมาใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 มีการคิดค้นและพัฒนาสูตรยาเรื่อยมา ตั้งแต่การรับประทานสูตรยาชนิดเดียว (mono therapy) มาจนกระทั่งสูตรยาสามชนิด (triple therapy) ซึ่งเป็นสูตรยาที่มีประสิทธิภาพสูง (high active antiretroviral: HAART) โดยรัฐบาลมอบหมายให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านรีโทรไวรัสระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (National Access to Antiretroviral Program for PHA: NAPHA) (สัญญาชัย, ชีวนันท์ และพรทิพย์, 2547) และนำเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค เริ่มต้นการรักษาด้วยการใช้ยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐาน (สมนึก และคณะ, 2550) ผลการดำเนินงานปี 2553 พบว่ามีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการมากกว่า 850 แห่ง และมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสรวมทั้งสิ้น 370,474 ราย (กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านรีโทรไวรัสส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น เข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง (กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ลดการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (วรพจน์, 2544) ลดอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ปวีณา และคณะ, 2550; Badri et al., 2002) ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราการตาย (Widle et al., 2002) และทำให้คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น (Liu et al., 2006; O'Connell, Saxena & Skevington, 2004) สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (good adherence) จึงจะสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดให้อยู่ในปริมาณที่ต่ำที่สุดในระยะเวลาที่นานที่สุด ช่วยให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น (Paterson et al., 2000) หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาไม่ถูกต้อง และไม่สม่ำเสมอ (poor adherence) ทำให้ยาในกระแสเลือดมีระดับต่ำลงจนไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดได้อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการดื้อยา (สมนึก , 2551; Gross et al., 2006; Little et al., 2002) และนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษา (ปวีณา, 2550; สัญญาชัย, ชีวนันท์ และพรทิพย์, 2546; Moatti, Spire, & Kazatchkine, 2004) จากการศึกษาของเพทเทอร์สัน (Paterson et al., 2000) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานตั้งแต่ร้อยละ 95 มีความล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 22 ผู้ป่วยที่

มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาร้อยละ 80-95 มีความล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 61 หากมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 80 พบความล้มเหลวในการรักษาได้ถึงร้อยละ 81 นั้นแสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเกิดความล้มเหลวได้น้อยถ้ารับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 แต่หากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือรับประทานสม่ำเสมอน้อยกว่าร้อยละ 95 จะยังมีการล้มเหลวในการรักษาได้สูงขึ้น

ความล้มเหลวในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านรีโทรไวรัส คือ การตอบสนองต่อการรักษาที่ต่ำกว่าปกติ ไม่สามารถลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด หรือเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันต้านทานได้ ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (เกียร์ติ, 2541; สมนึก, 2551) และทำให้เข้าสู่ระยะเอดส์เร็วขึ้น (ปวีณา, 2550) หากเกิดความล้มเหลวในการรักษาในขณะที่รักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐานแล้ว ทำให้ต้องเปลี่ยนเป็นสูตรดื้อยาแทน ซึ่งเป็นสูตรที่รับประทานยาก มีจำนวนเม็ดยามากขึ้น ผลข้างเคียงมากขึ้น ราคาขายจะสูงขึ้นกว่าเดิมถึง 10 เท่า ประมาณ 303,794.80 บาท/คน/ปี (เพลินจันทร์, 2546; รัตนา และคณะ, 2547) เพราะยาบางชนิดต้องสั่งซื้อมาจากต่างประเทศ ดังนั้นเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกิดความล้มเหลวในการรักษา รัฐบาลต้องใช้งบประมาณมากกว่า 3,800 ล้านบาทในการสั่งซื้อยา (กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

ปัจจัยเสี่ยงของความล้มเหลวในการรักษาที่สำคัญอย่างหนึ่งเกิดจากการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสไม่สม่ำเสมอ (poor adherence) (Michael & Charles, 2004) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเองสามารถป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสได้ โดยการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม ทั้งจากทางเพศสัมพันธ์ และทางเลือด รวมทั้งมีการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (สัญญาชัย, ชีวันนท์, และพรทิพย์, 2546) จากการศึกษาของเสาวคนธ์ (2549) พบว่าสาเหตุของการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสไม่สม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์เกิดจาก ยุ่งมากจนไม่มีเวลารับประทาน ลืมรับประทานยา ต้องไปทำธุระนอกบ้าน และผลอหับจนเลยเวลารับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของมิลล์และคณะ (Mills et al., 2006) ซึ่งรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับอุปสรรคในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสให้สม่ำเสมอ จำนวน 8 การศึกษา พบว่าเกิดจากการลืม ไม่นั่นใจในการรักษา ผลข้างเคียงของยา จำนวนเม็ดยา คุณภาพชีวิตลดลง ยุ่งกับการทำงาน นอนหลับ และไม่ต้องการเป็นที่สังเกต/ สงสัยจากผู้อื่น

การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้สึกเชื่อมั่นตนเอง (perceived self efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจ และมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรม หรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง จะมีความอดทน พยายามที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามความคาดหวัง (outcome expectation)

มีความมุ่งมั่นยืนหยัดไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (Bandura, 1997) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้สมรรถนะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว ดังเช่นการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการใช้ยาป้องกันวัณโรค พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการรับประทานยาป้องกันวัณโรค ทำให้มีโอกาสที่จะกินยาป้องกันวัณโรคจนครบ 9 เดือน (คุลิต, 2542) การศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดครึ่งกระดูกขา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ (นิภาพร, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ส่วนใหญ่พบว่าการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาเป็นอย่างดี รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายระดับต่ำถึงปานกลาง มีการใช้สมาธิผ่อนคลายความเครียด มีการใช้ถุงยางอนามัยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยร่างกายแข็งแรงขึ้น มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร (เบญจมาภรณ์, 2553; เรณูการ์, 2541; ลัดดา, 2553; เสาวคนธ์, 2549; Arey & Beal, 2002; Tabi & Vogel, 2005) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษาที่ดี น่าจะเกิดจากการมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษาที่ดี ซึ่งจะช่วยจำนวนผู้ป่วยล้มเหลวในการรักษา, ผู้ป่วยคือยาลดงบประมาณของรัฐบาลในการซื้อยาต้านไวรัสสูตรคือยาจากต่างประเทศ

สำหรับงานวิจัยโรคเอดส์ในประเทศไทย ที่ผ่านมาศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัส (เบญจมาภรณ์, 2553; ลัดดา, 2553; สุกจิต, 2547; เสาวคนธ์, 2549; อุมาลี, 2544) แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส และยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสอย่างเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาศึกษาเรื่อง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส โดยเลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ทางภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง (ไพศาล และคณะ, 2545; ชนรักษ์, 2545) และเลือกศึกษาในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีประชากรที่ป่วยด้วยโรคเอดส์มากที่สุดในภาคใต้ (กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ผลการศึกษารั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อันจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา และสามารถรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
2. ศึกษาการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับใด
2. การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับใด
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด

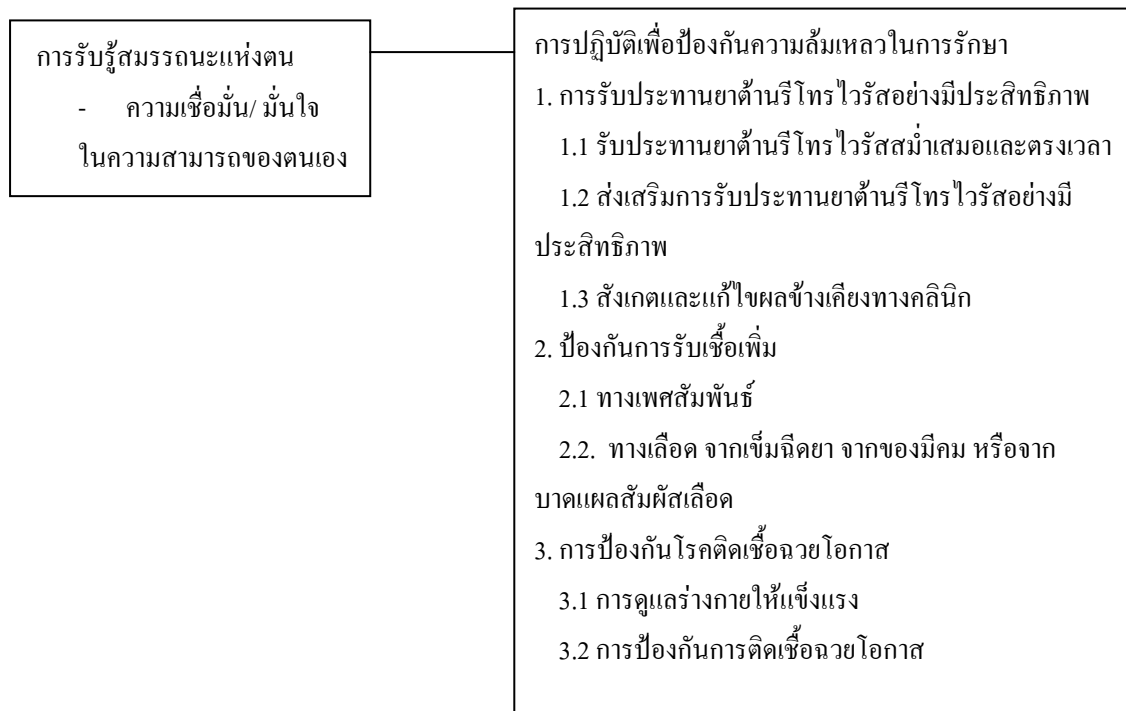
กรอบแนวคิดและทฤษฎีในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceive self efficacy) ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (self efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งกล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ บุคคลนั้นจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมให้ได้ตามผลลัพธ์อย่างที่คาดหวังไว้ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยประเมินในมิติของความมั่นใจ (strength) ซึ่งความมั่นใจจะเป็นพลังให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความล้มเหลวใน

การรักษาให้สำเร็จ (สุวรรณ, 2550) บุคคลที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังไว้ได้สำเร็จแม้จะมีความยากลำบากก็จะไม่ล้มเลิกความตั้งใจในการกระทำ ในขณะที่เดียวกันบุคคลที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่ำจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จได้ต่ำเช่นเดียวกัน

สำหรับกรอบแนวคิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส ได้จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความล้มเหลวในการรักษา (สัจชัย, ชีวนันท์, และพรทิพย์, 2546; สมนึก, 2551) ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และตรงเวลา การส่งเสริมการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ การสังเกตและแก้ไขผลข้างเคียงทางคลินิก 2) การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม ได้แก่ การป้องกันการรับเชื้อเพิ่มจากทางเพศสัมพันธ์ ทางเลือดจากการใช้เข็มฉีดยาหรือของมีคมร่วมกัน และจากบาดแผลสัมผัสเลือด และ 3) การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ การดูแลร่างกายให้แข็งแรง และการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส เป็นการปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่ต้องตัดสินใจและจัดการตนเองตามความเชื่อมั่นและความคาดหวังในผลลัพธ์ เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส ซึ่งความล้มพันซ์ของตัวแปรสามารถแสดงได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

นิยามศัพท์

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่น/ มั่นใจในความสามารถของตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐาน ซึ่งประเมินด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของเบนดูรา (Bandura, 1997) และร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา หมายถึง การกระทำของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการป้องกันการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐาน ประกอบด้วย

1) การรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ 2) การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และ 3) การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งประเมินด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐานอย่างน้อย 6 เดือน ในคลินิกยาต้านรีโทรไวรัสโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

ความสำคัญของการวิจัย

เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ใช้วางแผนส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และกำหนดขอบเขตที่จะศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. โรคเอดส์และการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
 - 1.1 พยาธิสภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.2 การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
 - 1.3 การรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสในประเทศไทย
2. ความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส
 - 2.1 การวินิจฉัยความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส
 - 2.2 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส
 - 2.3 หลักการเฝ้าระวังความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส
 - 2.4 ผลกระทบต่อผู้ป่วยเมื่อมีความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส
3. การรับรู้สมรรถนะและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะ
 - 3.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการรับรู้สมรรถนะและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

1. โรคเอดส์และการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

โรคเอดส์หรือโรคมุมิคุ้มกันบกพร่อง (acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus [HIV]) เข้าสู่ร่างกายไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่งผลให้ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (ปราโมทย์, 2546)

พยาธิวิทยาเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวีแบ่งออกเป็น 2 สายพันธุ์ คือ สายพันธุ์ HIV-1 ที่พบได้ทั่วโลกโดยเฉพาะในแถบแอฟริกากลาง สหรัฐอเมริกา ยุโรป แอฟริกาตะวันตก และเอเชีย ส่วนสายพันธุ์ HIV-2 พบในแถบแอฟริกาตะวันตก (ฟีโลพันซ์, 2541; เขาวรัตน์, ศิริลักษณ์, ชูศรี และราตรี, 2544; สิริ, 2540)

การติดเชื้อเอชไอวี เกิดขึ้นเมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อ โดยโปรตีน จีพี 120 (gp 120) ของไวรัสจับกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย (CD4) ซึ่งเป็นทีโฟร์ลิมโฟไซต์ (T4 lymphocyte) และเมื่อเชื้อเข้าไปในเซลล์ เอ็นไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (reverse transcriptase) เปลี่ยนตัวเองจากสายพันธุ์กรรม หรืออาร์เอ็นเอ ให้กลายเป็น ดีเอ็นเอ และถอดรหัสผ่านขบวนการสังเคราะห์โปรตีน ใช้เอ็นไซม์ โปรเตเอส (protease) ตัดเส้น โปรตีนดีเอ็นเอออกเป็นเส้นสั้นๆ และพัฒนาเป็นโปรตีนให้ทำหน้าที่สมบูรณ์ เพิ่มจำนวนไวรัสและแพร่กระจายออกนอกเซลล์เข้าทำลายเซลล์ ทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย (เกียรติ, 2541) โดยช่องทางในการแพร่กระจายเชื้อในคนมี 3 ช่องทางด้วยกัน คือ 1) การมีเพศสัมพันธ์ 2) การได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี และ 3) การแพร่เชื้อจากมารดาที่ติดเชื้อสู่ทารก (สุชาติ, 2551; มาริษา, 2551) โดยช่องทางที่พบบ่อยและทำให้เกิดการระบาดทั่วโลก คือ การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ฟีโลพันซ์, 2541)

ระยะของโรค

แม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์ในที่สุด แต่ระยะเวลาในการดำเนินโรคแตกต่างกันตามอาการ สามารถแบ่งระยะของโรคได้ 3 ระยะ ดังนี้ (ยอดยิ่ง, 2544; ฟีโลพันซ์, 2541)

ระยะที่หนึ่ง ระยะไม่ปรากฏอาการ (asymptomatic stage) ภายหลังจากติดเชื้อบางรายไม่มีอาการใดเลย แต่บางรายอาจมีอาการหลังได้รับเชื้อ 2-3 สัปดาห์ คล้ายไข้หวัด มีไข้ต่ำๆ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ต่อมทอนซิลอักเสบ ไอ อาการต่างๆ จะหายได้เองภายใน 1-2 สัปดาห์ ต่อมา 6-8 สัปดาห์ตรวจเลือดจะพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ซึ่งการตรวจพบเชื้ออาจนานออกไปถึง 3 เดือน หากร่างกายผู้ติดเชื้อเอชไอวียังสามารถสร้างภูมิคุ้มกันทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลายได้ทัน ร่างกายจะอยู่ในภาวะสมดุล ปริมาณไวรัสในร่างกายจะค่อนข้างต่ำ ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย โดยมากไม่ต่ำกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เมื่อเชื้อเอชไอวีมีปริมาณมากขึ้น ภูมิคุ้มกันจะลดลงอย่างช้าๆ ราว 30 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรต่อปี ผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะเริ่มมีอาการและมีการดำเนินโรคในระยะต่อไป

ระยะที่สอง ระยะที่มีอาการ (symptomatic stage) ในระยะนี้ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในเลือด ร่วมกับมีอาการของโรคหรือกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันอย่างไรอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ติดต่อกันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน อันได้แก่ มีไข้เรื้อรังเกินกว่า 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพักๆ

หรือติดต่อกัน น้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ต่อมาน้ำเหลืองโตเรื้อรังหลายแห่ง ท้องเดินเรื้อรังเกินกว่า 3 เดือน มีฝ้าขาวที่ลิ้นและลำคอ อาจมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ค่อนข้างรุนแรง เช่น เป็นงูสวัด วัณโรคปอดชนิดทิวติงกูมิ ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย หรือมีโรคแทรกซ้อนที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น เกร็ดเลือดต่ำโดยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic thrombocytopenic)

ระยะที่สาม ระยะเป็นเอดส์ หรือระยะเอดส์เต็มขั้น (AIDS or full blown AIDS) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปมาก การแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ถือว่าเข้าสู่ภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมอย่างรุนแรง เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลายชนิดในเวลาเดียวกันได้ง่าย หากมีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมอย่างน้อย 1 อาการจะมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ซึ่งภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (AIDS- defining illness) มีดังนี้

1. ติดเชื้อแบคทีเรียในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 13 ปี หลายชนิด หรือเป็นซ้ำ 2 ครั้งใน 2 ปี
2. คีออคคิไดโอไมโคซิส (coccidiomycosis) ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆนอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
3. ติดเชื้อคริปโตค็อกคัส (cryptococcus) นอกบริเวณปอด
4. คริปโตสปอริไดโอซิส (cryptosporidiosis) และมีอาการระแวงนานมากกว่า 1 เดือน
5. ติดเชื้อเริมเฮอร์ปีซิมเพล็กซ์ (herpes simplex) ที่ทำให้เกิดแผลเยื่อเรื้อรังเกิน 1 เดือน
6. เกิดความผิดปกติของสมอง (HIV/AIDS dementia)
7. ฮิสโตพลาสโมซิส (histoplasmosis) ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆ นอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
8. เกิดกลุ่มอาการน้ำหนักลดจากขบวนการเมตาโบลิซึมสูง (HIV wasting syndrome)
9. ไอโซสปอริโอซิส (isosporiosis) และมีอาการระแวงเกิน 1 เดือน
10. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอน ฮ็อดจกิน (non Hodgkin)
11. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดปฐมภูมิในสมองของผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ
12. ติดเชื้อวัณโรคของบริเวณปอด อย่างน้อย 1 แห่ง
13. โรคติดเชื้อเพนนิซิลิน มาร์นีฟีฟี (penicillin marneffeii) ชนิดแพร่กระจายนอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
14. โรคเนื้อสมองสีขาวถูกทำลาย เนื่องจาก ภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อแพร่ (progressive multifocal leukoencephalopathy)
15. มีการติดเชื้อซาลโมเนลล่า (salmonella) ในกระแสเลือดซ้ำ
16. ติดเชื้อรา (candida) ของหลอดอาหาร หลอดลมและปอด

17. ติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส (cytomegalovirus) ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับม้าม และต่อมน้ำเหลืองในผู้ป่วยอายุมากกว่า 1 เดือน

18. มะเร็งหลอดเลือดที่ผิวหนัง หรืออวัยวะภายในคิโปซี ซาโคมา (kaposi's sarcoma) ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ

19. ลิมฟอยด์ นิวโมเนีย (lymphoid interstitial pneumonia) และ/หรือนิวโมนารี ลิมฟอยด์ ไฮเปอร์พลาเซีย (pulmonary lymphoid hyperplasia) ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 13 ปี

20. ไมโครแบคทีเรียม อะวีอัม คอมเพล็กซ์ (mycobacterium avium complex) หรือโรคติดเชื้อ ไมโครแบคทีเรียม คานซาสีอิ (mycobacterium avium Kansasii) หรือติดเชื้อไมโครแบคทีเรียม อื่นๆ ที่ไม่ใช่วัณโรค โดยเป็นชนิดแพร่กระจาย

21. ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมไซติส คาร์รีนีย (pneumocystis carinii)

22. ติดเชื้อท็อกโซพลาสมา (toxoplasma) ในสมองผู้ป่วยอายุเกิน 1 เดือน

ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะที่หนึ่ง และระยะที่สอง เนื่องจากการรับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสที่มีประสิทธิภาพทำให้ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดลดลง ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ชะลอการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ ทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้ในการรักษาโรคให้หายขาดได้ แต่มีวิธีการรักษาที่ช่วยชะลอการเจริญเติบโตของเชื้อ ทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 วิธีดังนี้

1. การรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส (Antiretroviral [ARV]) เป็นยาที่สังเคราะห์ขึ้นเพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัว และขัดขวางการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวี ในร่างกาย ทำให้มีจำนวนเชื่อน้อยที่สุด และควบคุมให้อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด (วรพจน์, 2544; สัตยชัยและชีวันันท์, 2547) มีผลในการช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายให้มากขึ้น ลดอาการของการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน ป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ (ประพันธ์ และคณะ, 2553; ปราโมทย์, 2541; Kaplan et al., 2002)

2. การให้ยาป้องกันปฐมภูมิ (primary prophylaxis) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อภูมิคุ้มกันด้านทานลดลง โดยพิจารณาให้เมื่อระดับภูมิคุ้มกันด้านทานตั้งแต่ 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรลงมา สามารถหยุดยาได้เมื่อระดับภูมิคุ้มกันด้านทานมากกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ติดต่อกันเป็นเวลามากกว่า หรือเท่ากับ 3 เดือน (สมนึก, 2551) การศึกษาของ ชันตร์ธร

และคณะ (2545) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับยาป้องกันวัณโรค และไม่ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อราอาจมีโอกาสมีการดำเนินเพิ่มขึ้น 1.15 และ 1.08 เท่า

3. การใช้สารเพิ่มภูมิคุ้มกัน (immunotherapeutic agents) เป็นยากระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้ดีขึ้น เช่น ฮอร์โมนไทมิก (thymic hormone) อินเตอร์ฟีรอน (interferon) และทาลิโดไมด์ (thalidomide) ซึ่งยังไม่เป็นที่แพร่หลายนักในประเทศไทย

4. การใช้วัคซีนเอชไอวี (candidate vaccine) โดยมีการพัฒนาวัคซีน 3 ประเภท (พิไลพันธ์, 2541) คือ 1) วัคซีนเพื่อใช้ในการรักษา (therapeutic vaccine) ใช้ป้องกันผู้ที่ติดเชื้อแล้วไม่ให้มีการดำเนินโรคไปสู่การเป็นเอดส์ 2) วัคซีนเพื่อการป้องกัน (preventive vaccine) ใช้กับผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 3) วัคซีนสำหรับเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อ (perinatal vaccine) เพื่อป้องกันมิให้ทารกติดเชื้อ สำหรับในประเทศไทยมีการวิจัยเพื่อพัฒนาวัคซีน (research and development) ตั้งแต่ ปี 2536 โดยมีแผนระดับชาติสำหรับทดสอบและประเมินผลวัคซีนของกระทรวงสาธารณสุข และยังอยู่ในขั้นพัฒนาวัคซีน ส่วนในสหรัฐอเมริกาวัคซีนถูกนำไปใช้ในการรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและผู้ใหญ่ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง (Masur, Kaplan & Holmes, 2002; Suraratdecha & Hecht, 2004)

การรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสในประเทศไทย

ประเทศไทยนำยาต้านรีโทรไวรัสมาใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2535 โดยใช้ในแบบตัวยาเดี่ยว (mono therapy) ภายหลังพบว่ายาเดี่ยวยับยั้งเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ในระยะเวลาด้านๆ ทำให้เชื้อไวรัสเกิดกลายพันธุ์และคือยาได้ง่าย (วรพจน์, 2544) ปี 2540 จึงมีการใช้ยาแบบสองชนิด (dual therapy) โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข และพัฒนา ยารื้อยมา จนกระทั่งเป็นยาต้านรีโทรไวรัสแบบสามชนิดรวมกัน (triple therapy) ภายใต้โครงการแคร์ “Access to care” ในปี 2543 และขยายเป้าหมายการให้บริการมากขึ้นทั่วประเทศในปี 2545 องค์การเภสัชกรรมแห่งประเทศไทยได้ผลิตยาชนิดรวมภายใต้ชื่อ “จีพีโอเวียร์” ในปี พ.ศ. 2547 และพัฒนา ยาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ปรับเปลี่ยนสูตรยาและปรับการให้บริการแบบเต็มรูปแบบ โดยกระทรวงสาธารณสุขขยายความครอบคลุมในการให้บริการด้วยยาต้านรีโทรไวรัสมากยิ่งขึ้น (รัตนา, 2547)

ปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสในประเทศไทยเป็นแบบยาสูตรสามชนิดขึ้นไป เช่น จีพีโอเวียร์ (GPO vir) ซึ่งให้ผลดีในการรักษามากกว่าการใช้ยาเพียง 1-2 ชนิด (มัทนา, 2544; เขาวรัตน์ และคณะ, 2544) มีประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดได้มากกว่า มีผลข้างเคียง น้อย และยืดชีวิตผู้ป่วยได้ยาวนานขึ้น (เกียรติ, 2541)

แนวทางการใช้ยาต้านรีโทรไวรัส

สมาคมเอดส์ระหว่างประเทศ (International AIDS Society) และกรมอนามัยและมนุษยชาติ (Department of Health and Human Services: DHHS, 2007) มีแนวทางการใช้ยาต้านรีโทรไวรัส โดยเริ่มยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการหรือมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีค่าภูมิคุ้มกัน สูงกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 30,000 อนุภาคต่อมิลลิเมตร ให้ชะลอการรักษาออกไป ในประเทศไทยมีแนวทางการเริ่มใช้ยาต้านรีโทรไวรัส โดยมีข้อบ่งชี้ดังนี้ (สมนึก และคณะ, 2550)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเอดส์โดยมีข้อบ่งชี้ (AIDS-defining illness)
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการใดอาการหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) เชื้อราในช่องปาก 2) ตุ่มคันทั่วตัว โดยไม่ทราบสาเหตุ 3) ไข้เรื้อรัง ไม่ทราบสาเหตุ 4) อูจจาระร่วงเรื้อรังที่มีสาเหตุหาสาเหตุได้นานกว่า 14 วันหรือน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ภายใน 3 เดือน
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ แต่มีระดับภูมิคุ้มกันน้อยกว่า 200 เซลล์ ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

สูตรยาต้านรีโทรไวรัสในประเทศไทย

ยาต้านรีโทรไวรัสที่มีในประเทศไทย แบ่งเป็น 5 กลุ่ม (เพลินจันทร์, 2546) คือ

1. ยากลุ่มนิวคลีโอไซด์รีเวิร์สทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (nucleoside reverse transcriptase inhibitors [NRTIs]) เป็นยาที่ยับยั้งที่เอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส (reverse transcriptase) ซึ่งไวรัสใช้ในการเปลี่ยนอาร์เอ็นเอ (RNA) ให้เป็นดีเอ็นเอ (DNA) ยากลุ่มนี้ได้แก่ ซิดอวูดีน (zidovudine: AZT), ดิดานอสีน (didanosine: ddI), สตาวูดีน (stavudine: d4T), ลามิวูดีน (lamivudine: 3TC), อะบาคาเวียร์ (abacavir: ABC), ทีโนโฟเวียร์ (tenofovir: TDF) และเอมไตรซิทาบิน (emtricitabine: FTC) นอกจากนี้ยังมียาในรูปรวม 2 ชนิด เช่น ลาสทาเวียร์ (Lartavir) ประกอบด้วย สตาวูดีน และลามิวูดีน ส่วนซิลาเวียร์ ประกอบด้วย (Zilavir) ซิดอวูดีน และลามิวูดีน
2. ยากลุ่มนอนนิวคลีโอไซด์รีเวิร์สทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors [NNRTIs]) เป็นยาที่ยับยั้งที่เอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตสเช่นกัน แต่สูตรโครงสร้างไม่ใช่นิวคลีโอไซด์ (nucleoside) ยากลุ่มนี้ได้แก่ เนวีราปีน (nevirapine: NVP), อีฟาเวเรนซ์ (efavirenz: EFV) และอีทราวีรีน (etravirine: ETR)
3. ยากลุ่มโปรเตเอส อินฮิบิเตอร์ (protease inhibitors [PIs]) เป็นยาที่ยับยั้งที่เอนไซม์โปรเตเอส (protease) ซึ่งไวรัสใช้ในการประกอบโครงสร้างเป็นไวรัสตัวใหม่ ยากลุ่มนี้ได้แก่ ซาควินาเวียร์ saquinavir: SQV), ซึ่งมีทั้งแคปซูลแข็ง (hard gel capsule) และแคปซูลนิ่ม (soft gel capsule) รีโทนาเวียร์

(ritonavir: RTV), อินดินาเวียร์ (indinavir: IDV), เนลฟินาเวียร์ (nelfinavir: NFV), โลปีนาเวียร์ (lopinavir: LPV), แอมเพอร์นาเวียร์ (amprenavir: APV) อะทาซานาเวียร์ (atazanavir) และดาร์นาเวียร์ (darunavir: DRV)

4. ยากลุ่มฟิวชั่น อินฮิบิเตอร์ (fusion inhibitors [FIs]) เป็นยาที่ยับยั้งที่เอนทรี อินฮิบิเตอร์ (entry inhibitor) ก่อนเข้าสู่เซลล์ของเชื้อไวรัสเอชไอวี ตรงตำแหน่งจีพี 41 (gp 41) ปัจจุบันมีเพียงอีฟูเวอร์ทิด (efavertide: T20)

5. อินทิเกรท อินฮิบิเตอร์ (integrate inhibitors [INSTIs]) ได้แก่ เรลทีกราเวียร์ (raltegravir: RAL)

การเลือกสูตรยาต้านรีโทรไวรัสสูตรแรกหรือสูตรพื้นฐานในปัจจุบัน แนะนำให้ใช้ยากลุ่มนิวคลีโอไซด์ รีเวิร์สทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (NRTIs) เว้นแต่เมื่อเกิดผลข้างเคียงจึงจะเปลี่ยนเป็นยากลุ่ม โปรเตียส อินฮิบิเตอร์ (PIs) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ต้องไม่มีประวัติการแพ้สารใดๆ ที่เป็นส่วนประกอบในยาสูตรพื้นฐาน มีความพร้อมที่จะรับการรักษาและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีปัญหาของตับ โดยควรประเมินสภาวะตับ ความสามารถของตับในการรับยา ถ้าตับมีปัญหาควรได้รับการรักษาก่อนและควรงดสุรา เหล้า เบียร์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคฉี่หนู โรคปอดร่วมด้วย จะพิจารณาเริ่มยาต้านรีโทรไวรัสตามระดับภูมิคุ้มกัน เนื่องจากทำให้ยาพร้อมกันทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาทั้งสองอย่างได้

สูตรของยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐาน

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านรีโทรไวรัสในประเทศไทยปัจจุบัน เริ่มต้นด้วยการใช้ยาสูตรพื้นฐานซึ่งประกอบด้วยยา 2 สูตร (ประพันธ์ และคณะ, 2553) ดังนี้

1. สูตรพื้นฐานกลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย ยากลุ่มนิวคลีโอไซด์ รีเวิร์สทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ 2 ชนิด และกลุ่มนอตนิวคลีโอไซด์ รีเวิร์สทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ 1 ชนิด อันประกอบด้วย

สูตรที่ 1. สตาวูดีน, ลามิวูดีน และเนวิราปีน ซึ่งมีการรวมเม็ดยาเพียง 1 เม็ด คือ จีพีโอ เวียร์ เอส 30 (GPO vir S 30)

สูตรที่ 2. สูตรแพ้ยานเนวิราปีน ประกอบด้วย สตาวูดีน, ลามิวูดีน และอีฟาไวเรนซ์ ซึ่งมีการรวมเม็ดยาเพียง 1 เม็ด คือ จีพีโอ เวียร์ เอส (GPO VIR S)

สูตรที่ 3. สูตรแพ้ยาสตาวูดีน ประกอบด้วย ซิโดวูดีน, ลามิวูดีน และเนวิราปีน ซึ่งมีการรวมเม็ดยาเพียง 1 เม็ด คือ จีพีโอ เวียร์ แซด (GPO VIR Z)

สูตรที่ 4. สูตรแพ้ยานิวราปีน และสตาเวติน ประกอบด้วยซีโควูติน, ลามิวูติน และอีฟาไวเรนซ์

ในกรณีที่มีผลข้างเคียงจากยาสตาเวติน แต่สามารถควบคุมระดับปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิกรัม อาจพิจารณาลดขนาดยาสตาเวตินลง เช่น จาก จีพีโอเวียร์ เอส 40 (GPO vir S40) ลดลงเป็นจีพีโอเวียร์ เอส30 หรือต้องแยกยาออกเป็นสตาเวติน, ลามิวูติน และนิวราปีน และลดสตาเวตินเป็น 15 หรือ 20 มิลลิกรัม รับประทานทุก 12 ชั่วโมง

2. สูตรพื้นฐานกลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย ยากลุ่มนิวคลีโอไซด์รีเวิร์ททรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ 2 ชนิด และกลุ่มโปรตีเอส อินฮิบิเตอร์ 1 ชนิด อันประกอบด้วย

สูตรที่ 1 สูตรแพ้ยซีโควูติน ประกอบด้วย สตาเวติน, ลามิวูติน, อินดีนาเวียร์และริโทนาเวียร์

สูตรที่ 2 สูตรแพ้ยสตาเวติน ประกอบด้วย ซีโควูติน, ลามิวูติน, อินดีนาเวียร์และริโทนาเวียร์

จุดมุ่งหมายหลักของการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส คือ สามารถลดอัตราการตายและคุณภาพชีวิตที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีชีวิตรยืนยาว มีคุณภาพชีวิต มีภูมิคุ้มกันดีขึ้น รวมทั้งช่วยในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสให้มากและนานขึ้น ช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารก ส่วนจุดมุ่งหมายเฉพาะของการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส คือ การยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีในพลาสมาให้ลดลงจนไม่สามารถตรวจวัดได้ หลังจากรับประทานยานาน 12-24 สัปดาห์ โดยปัจจุบันมุ่งเน้นที่ให้ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดต่ำกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิกรัมเนื่องจากเป็นปริมาณที่ไม่ทำให้เชื้อเกิดการดื้อยา ขณะที่เป้าหมายของการรักษาผู้ที่มีอาการแล้ว คือ การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสให้หาย หรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสน้อยที่สุด และเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (เกียร์ติ, 2541; ปราโมทย์, 2541; ปวีณา และคณะ, 2550; สมนึก, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของรูบิโอและคณะ (Rubio et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ 24 สัปดาห์ของการรักษาทำให้ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดเริ่มลดลง มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น การศึกษาของซิงโกลานีและคณะ (Cingolani et al., 2002) ยังพบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ 6 เดือน ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นถึง 62 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

จากการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการยาต้านรีโทรไวรัสในประเทศไทยของ รัตนาและคณะ (2547) พบว่า ผลที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัส คือ 1) อัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสหลังมีการรักษานาน 1 ปี เท่ากับร้อยละ 92 โดยผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 50 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร 2) อัตราการเกิดโรคฉวยโอกาส เท่ากับ 7.6 โดยพบว่าอัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะเพิ่มขึ้นและพบสูงถึงร้อยละ 20-25 ในช่วง 3 เดือนแรกของการรับประทานยาและลดต่ำลงในเวลาต่อมา จนถึงระดับที่ต่ำกว่าร้อยละ 10 หลังการรักษานาน 6 เดือน 3) การเปลี่ยนแปลงของปริมาณภูมิคุ้มกันหลังรับประทาน

ยา 0 และ 6 เดือน เท่ากับร้อยละ 112.29 ค่าเฉลี่ยของ CD4 ที่ 6 และ 12 เดือน เท่ากับร้อยละ 52.86 ส่วนการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังการรักษา พบว่า เมื่อใช้เกณฑ์การเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ขึ้นไป ของน้ำหนักตัวที่ 6 เดือนหลังการรักษา ซึ่งจะพบผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 34.1 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในอัตราดังกล่าว

2. ความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

การล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส คือ การตอบสนองต่อการรักษาที่ด้อยกว่าปกติ (suboptimal response), ไม่สามารถลดปริมาณไวรัสถึงระดับที่นับไม่ได้ (undetectable) หลังจากให้ยานาน 16-24 สัปดาห์ หรือ ลดปริมาณไวรัสได้ระยะหนึ่งแล้วกลับมีปริมาณสูงขึ้นใหม่ โดยเฉพาะถ้ามากกว่า 1,000 รูปแบบต่อมิลลิลิตร หรือมีระดับภูมิคุ้มกันต้านทานลดลงมากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์จากค่าที่เคยขึ้นไปได้สูงสุดเดิมติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง รวมทั้งมีการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (เกียรติ, 2541; สมนึก, 2550) ทั้งนี้เกิดจากการกลายพันธุ์จนเชื่อเกิดการดื้อยาหลายชนิด

การวินิจฉัยความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

การล้มเหลวในการรักษา มีวิธีการวินิจฉัยได้ 3 ประเภท (สมนึก และคณะ, 2550) คือ

1. การล้มเหลวทางไวรัส (virological failure) หมายถึง การที่ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่า 1,000 รูปแบบต่อมิลลิลิตร จากที่เคยมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร ภายหลังจากได้รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างสม่ำเสมอ 6 เดือน สามารถแบ่งการล้มเหลวทางไวรัสได้เป็น 2 ประเภท (สมนึก, 2551) ดังนี้

- 1.1 การตอบสนองของปริมาณไวรัสที่ไม่สมบูรณ์ (incomplete virological response) หมายถึง การตรวจวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด 2 ครั้ง ติดกันได้มากกว่า 400 รูปแบบต่อมิลลิลิตร หลังจากได้รับยาต้านรีโทรไวรัสอย่างน้อย 6 เดือน หรือมากกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร หลัง 1 ปี ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาต้านรีโทรไวรัสสูตรแรก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อแต่ละรายมีปริมาณไวรัสที่จุดตั้งต้นก่อนเริ่มยาไม่เท่ากัน ทำให้ผู้ติดเชื้อบางรายใช้เวลานานกว่าในการที่จะมีปริมาณไวรัสต่ำกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร

- 1.2 การเพิ่มขึ้นของปริมาณไวรัสในกระแสเลือด หลังจากที่ไม่สามารถตรวจวัดได้ (virological rebound) หมายถึง การตรวจพบปริมาณไวรัสได้มากกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร หลังจากที่เคยตรวจวัดไม่ได้หรือเคยมีปริมาณไวรัสต่ำกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร

2. ความล้มเหลวทางภูมิคุ้มกัน (immunological failure) หมายถึง การที่ร่างกายไม่สามารถมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นน้อยกว่าที่ควรจะเป็นหรือลดลง โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัย (สมนึก และคณะ, 2550) คือ 1) มีระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 50 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หลังจากเริ่มยาต้านไวรัสเอ็ดส์มาเป็นเวลา 1 ปี 2) มีปริมาณภูมิคุ้มกันลดลงมากกว่าร้อยละ 30 จากค่าสูงสุด หรือปริมาณภูมิคุ้มกันลดลงมากกว่าร้อยละ 3 3) มีระดับภูมิคุ้มกันลดลงต่ำกว่าก่อนเริ่มรักษา ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วปริมาณภูมิคุ้มกันมักจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณ 150 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ใน 1 ปีแรกหลังการรักษาและมักจะมีการเพิ่มขึ้นมากใน 3 เดือนแรกเนื่องจากมาจากมีการกลับเข้ามาของปริมาณภูมิคุ้มกันในเนื้อเยื่อเข้ามาในกระแสเลือด (Bartlett et al., 2001) แต่อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นหรือไม่เพิ่มขึ้นของปริมาณภูมิคุ้มกัน อาจไม่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนยาแต่อาจจะต้องพิจารณาการตรวจอาการและอาการแสดงอย่างอื่นเพิ่ม

3. ความล้มเหลวทางคลินิก (clinical failure) หมายถึง มีการเกิดขึ้นใหม่หรือการกลับเป็นซ้ำของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี หลังจากเริ่มยาต้านรีโทรไวรัสไปแล้วอย่างน้อย 3 เดือน (สมนึก, 2551) โดยทั่วไปความล้มเหลวทางคลินิกตรวจพบได้ช้าที่สุด (Sungkanuparph et al., 2008) ซึ่งจะต้องผ่านการเกิด ความล้มเหลวทางไวรัส และ ความล้มเหลวทางภูมิคุ้มกันมาก่อนจนระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลงมากและเกิดอาการทางคลินิก โดยความล้มเหลวทั้ง 3 ประเภทนี้อาจเกิดห่างกันด้วยเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี ความล้มเหลวทางคลินิกอาจทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ผู้ป่วยเคยเป็นอยู่เดิมก่อนการรักษา หรือเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสใหม่เกิดขึ้นหลังจากการรับประทายาต้านรีโทรไวรัสไปแล้วนาน 6 เดือน โดยองค์การอนามัยโลกได้แบ่งอาการแสดงทางคลินิกเมื่อมีการล้มเหลวจากการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส 4 ระยะ (WHO, 2006) ดังนี้

ระยะที่ 1 ไม่แสดงอาการ หรือ มีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัวเป็นเวลานาน

ระยะที่ 2 น้ำหนักลดน้อยกว่าร้อยละ 10 โดยไม่ทราบสาเหตุ การกลับเป็นซ้ำของการติดเชื้อทางเดินหายใจ (sinusitis, tonsillitis, otitis media และ pharyngitis) ฝีฝี ติดยาที่เล็บ การกลับเป็นซ้ำของแผลเปื่อยในปาก angular cheilitis, popular pruritic eruption, seborrheic dermatitis

ระยะที่ 3 น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 โดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องร่วงเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.4 องศาเซลเซียส โดยไม่ทราบสาเหตุ

ระยะที่ 4 ผอมแห้ง (HIV wasting syndrome) และมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นในระยะโรคเอดส์

การตรวจความล้มเหลวทางไวรัส ถือว่าเป็นตัวพยากรณ์การตอบสนองต่อความล้มเหลวในการรักษาได้ไว เร็วและดีที่สุด รวมทั้งเชื่อถือได้มากที่สุด โดยไม่ขึ้นกับระดับภูมิคุ้มกัน (เพลินจันท์, 2546; สมนึก, 2551) แต่เนื่องจากการตรวจวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดยังมีค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่ง

โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางการตรวจวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดเพียงปีละ 1 ครั้ง ดังนั้นข้อบ่งชี้ของความล้มเหลวในการรักษาจึงมีการวินิจฉัยจาก การล้มเหลวทางคลินิกและการล้มเหลวทางภูมิคุ้มกันก่อนที่จะมีการตรวจความล้มเหลวทางไวรัส (เพลินจันท์, 2546) ซึ่งผู้ป่วยที่มีความล้มเหลวทางไวรัส โดยมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดอยู่ในช่วง 51-1,000 รูปแบบต่อมิลลิลิตรมีโอกาสเกิดการดื้อยาต้านรีโทรไวรัสได้ง่าย (Cingolani et al., 2002; Ghani et al., 2002; Maggiolo et al., 2000; Polis et al., 2001)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของความล้มเหลว ประกอบด้วย 3 ปัจจัย (สมนึก, 2551) ดังนี้

1. เชื้อเอชไอวี ลักษณะของเชื้อเอชไอวีที่มีความแตกต่างกันตามสายพันธุ์ที่ได้รับตั้งแต่เริ่มติดเชื้อ หรือความแตกต่างของเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นภายหลังการติดเชื้อ จากการกลายพันธุ์โดยธรรมชาติของเชื้อ หรือเชื้อดื้อยา ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสดังนี้

1.1 เชื้อดื้อยา ทั้งการดื้อยาที่มีมาก่อน (pre-existing mutation) และการเกิดเชื้อดื้อยาภายหลังการรับประทานยา (secondary drug resistance หรือ acquired drug resistance) ซึ่งส่งผลให้เป็นสาเหตุสำคัญของความล้มเหลวในการรักษา ความชุกในการแพร่เชื้อดื้อยาเพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศสเปน อเมริกา และออสเตรเลีย (เกียรติ, 2541) โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่เคยได้รับยาต้านรีโทรไวรัสมาก่อนพบมากที่สุด ในแถบอเมริกาเหนือ ยุโรปตะวันออกและบางประเทศในแถบแอฟริกา ประมาณร้อยละ 1.4 - 24.1 (Fox, Fidler & Weber, 2006) ส่วนในประเทศไทย การศึกษาของอภิสารธนารักษ์ และคณะ (Apisamthanak et al., 2008) เกี่ยวกับการดื้อยาตัวหลักหรือดื้อยาปฏิชีวนะในประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสมาก่อน 305 ราย มี 7 ราย เท่ากับร้อยละ 2.3 โดยทั้ง 7 รายมีคู่นอน (sexual partner) ที่กำลังรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสและมีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และพบว่าความชุกของการดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น (Apisamthanak et al., 2008) สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ พบว่ามีการดื้อยาสูงขึ้น (Richman et al., 2004)

1.2 การกลายพันธุ์ (mutation) เนื่องจากไวรัสเอชไอวีมีการแบ่งตัวถึง 10^9 ตัวต่อวัน (พันล้านตัวต่อวัน) (Ho et al., 1995) และทุกครั้งของการแบ่งตัวจะมีเชื้อกลายพันธุ์เกิดขึ้น ในแต่ละวันจะมีเชื้อกลายพันธุ์เกิดขึ้น ประมาณอย่างน้อย 1,000 ตัวหรือปีละหลายแสนตัว (เกียรติ, 2541) โดยที่เซลล์ไม่สามารถป้องกันการกลายพันธุ์ได้ (ฟีไลพันธ์, 2541) ยิ่งระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวีนานเท่าไร ทำให้มีการเพิ่มจำนวนของเชื้อกลายพันธุ์ หากการกลายพันธุ์เกิดขึ้นในตำแหน่งที่ท้าทายฤทธิ์

จะส่งผลให้เชื้อเกิดการดื้อยา ดังนั้นเมื่อมีการกลายพันธุ์เพิ่มขึ้น โอกาสเกิดการดื้อยาก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย (สมนึก, 2551; Mansky & Temin, 1995; Coffin, 1995) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการรักษา (สมนึก, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของวรายและคณะ (Vray et al., 2003) พบว่าการดื้อยาโปรเตียส อินฮิบิเตอร์ อย่างน้อย 5 ตำแหน่ง เกิดจากการได้รับยาติดต่อกันนานอย่างน้อย 30 เดือน

1.3 ปริมาณไวรัสในร่างกายสูง (extremely high baseline viral load) ภูมิคุ้มกันต่ำมาก (host immune failure) หรือมีการระยะเอดส์ พบว่ามีโอกาสถ่ายทอดเชื้อสูงกว่าช่วงที่ไม่แสดงอาการของเอดส์ถึง 20 เท่า ซึ่งทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาได้ง่าย (สมนึก, 2551)

1.4 ภูมิคุ้มกันก่อนเริ่มยาด้านรีโทรไวรัสต่ำ คือ การมีภูมิคุ้มกันก่อนเริ่มยาน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (Sethi et al., 2003) ก่อให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาได้ง่าย

2. ยาด้านรีโทรไวรัส มีการศึกษาและพัฒนาายาด้านรีโทรไวรัสที่มีประสิทธิภาพในการรักษา แต่ยังคงพบว่า ยาด้านรีโทรไวรัสเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการรักษา ดังนี้

2.1 ประสิทธิภาพของสูตรยาด้านรีโทรไวรัสไม่ดีพอ (suboptimal treatment regimen) ทำให้ไม่สามารถลดปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับต่ำสุดได้ แต่กลับมีการเพิ่มอย่างรวดเร็ว อีกทั้งปริมาณภูมิคุ้มกันมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ทำให้เกิดการดื้อยาด้านรีโทรไวรัสได้ง่าย ส่งผลต่อการเกิดความล้มเหลวในการรักษา ซึ่งปัจจุบันใช้ยาด้านรีโทรไวรัสสูตร 3 ชนิดหรือสูตรฮาร์ท (HAART) ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพสูงในการรักษาสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดได้ดีกว่าการใช้ยาเพียง 1 หรือ 2 ชนิด (เกียรติ, 2541)

2.2 ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยา (drug interaction) เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องใช้ยาในการรักษา มากกว่าหนึ่งชนิด ซึ่งยาชนิดหนึ่งอาจมีผลทำให้ยาอีกชนิดหนึ่งมีฤทธิ์เพิ่มมากขึ้น ลดลง หรือต้านฤทธิ์กันได้ (เฉลิมศรี และจุฬากรณ์, 2547) ซึ่งจะมีผลให้ยาด้านรีโทรไวรัสออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่จนไม่สามารถทำให้ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดลดลง ดังนั้นการทราบถึงปฏิกริยาระหว่างกันของยา และการเลือกใช้อย่างถูกต้องโดยการหลีกเลี่ยงใช้ยาอื่นแทน หรือเสริมยาที่สามารถลดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น จะทำให้ลดปัญหาในการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยกลุ่มยาที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาด้านรีโทรไวรัส มี 5 กลุ่ม (เกียรติ, 2541) ได้แก่ 1) กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษา mycobacterium เช่น rifampicin, clarithromycin 2) กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาเชื้อรา เช่น ketoconazole 3) กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาทางจิตเวช เช่น Phenobarbital, phenytoin, carbamazepine 4) กลุ่มยา antihistamine, terfenadine ซึ่งอาจทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) หากไม่ระวังในการใช้ยาอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ 5) กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษากระเพาะอาหาร เช่น cisapride อาจทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะได้เช่นกัน

2.3 ปฏิกริยาจากอาหารซึ่งมีผลต่อยาต้านรีโทรไวรัส อาหารบางชนิดมีส่วนในการดูดซึมยาต้านรีโทรไวรัส เช่น การรับประทานอีฟาไวเรนซ์ร่วมกับอาหารไขมันสูง ทำให้ระดับอีฟาไวเรนซ์เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 50 และอาหารจะลดระดับยาตีดาโนซีนถึงร้อยละ 50 จึงควรรับประทานยาหนึ่งชั่วโมง ก่อนอาหารหรือ 2 ชั่วโมงหลังอาหาร ส่วนอินดินาเวียร์และรีโทนาเวียร์ต้องรับประทานน้ำให้เพียงพอวันละ 2 ลิตรเพื่อช่วยในการดูดซึมยา (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะทางกายภาพ และการปฏิบัติตัวผู้ติดเชื้อแต่ละรายมีความแตกต่างกันซึ่งความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสเกิดจากปัจจัย ดังต่อไปนี้

3.1 การรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสไม่สม่ำเสมอ (poor adherence) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งมีผลทำให้ยาในกระแสเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณไวรัสลงได้ ปริมาณไวรัสเอชไอวีที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดล้มเหลวในการรักษาและการดื้อยาตามมา การให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านรีโทรไวรัสเพียงร้อยละ 70-89 ส่งผลให้เกิดปริมาณ เชื้อไวรัสในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น (Chesney, 2000; Cingolani et al., 2002; Sethi et al., 2003) โดยเฉพาะหากความร่วมมือในการรักษามีเพียงร้อยละ 28-40 จะไม่สามารถควบคุมจำนวนเชื้อเอชไอวีได้ (Bangsberg et al., 2001; Ledergerber et al., 1999) และก่อให้เกิดการดำเนินของโรคที่เร็วลง (Bangsberg et al., 2001) การศึกษาของเบงส์เบิร์กและคณะ (Bangsberg et al., 2003) พบว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดต่ำกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตรจะมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉลี่ยร้อยละ 82 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิลิตร ซึ่งจะมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉลี่ยร้อยละ 58 ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 มีความเสี่ยงในการล้มเหลวในการรักษามากเป็น 1.66 เท่าของผู้ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 95 และความเสี่ยงจากการรักษาล้มเหลวเพิ่มขึ้น 1.08 เท่าของทุกๆ ความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลงร้อยละ 1 (King, Brun & Kempf, 2005) การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดื้อเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งในการเกิดเชื้อไวรัสเอชไอวีดื้อยา (Mayer, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการดื้อยา พบว่า การหยุดรับประทานยาก่อนนอน นีวคลีโอไซด์ รีเวิร์สทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ นานกว่า 48 ชั่วโมงมากกว่า 1 ครั้งทำให้เกิดการดื้อยานีวรีป็นและอีฟาไวเรนซ์ (Parienti et al., 2004) การศึกษาระดับภูมิภาคด้านทานในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความล้มเหลวในการรักษาหรือมีการดื้อยาแล้ว จำนวน 174 ราย พบว่า หากยังคงรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเป็นเวลา 6 เดือน จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันลดลงได้ถึง 13 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (Cingolani et al., 2002)

3.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ เกิดการเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยา และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถรับประทานยาได้

3.3 รับประทานยาผิดวิธี หรือรับประทานยาไม่ถูกต้องจนเป็นเหตุให้ระดับยาในกระแสเลือดต่ำเกินไป เช่น รับประทานอีฟาไวเรนซ์ร่วมกับอาหารไขมันสูง

หลักการเฝ้าระวังความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

การรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีการติดตามผลการรักษาที่ดี เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษา และเฝ้าระวังการเกิดความล้มเหลวในการรักษา อันประกอบด้วย การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษา 4 ประการ (สัญญาชัย, ชีวนันท์ และพรทิพย์, 2547) คือ

1. การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ซึ่งมีความสำคัญมาก เนื่องจากการรับประทานยาอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 95 (สัญญาชัย และคณะ, 2547; Paterson et al., 2000) จึงจะมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด การเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกัน และความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล (durability) (Mannheimer et al., 2002) นั่นคือถ้าผู้ป่วยต้องกินยาวันละ 2 ครั้ง จะขาดยาได้ไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน รับประทานยาตรงตามเวลาทุกครั้ง คลาดเคลื่อนไม่เกิน 30 นาที (สัญญาชัย, ชีวนันท์ และพรทิพย์, 2547; Paterson et al., 2000) จึงจะสามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวัดความสม่ำเสมอและความถูกต้องครบถ้วนในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องประเมินทุกครั้ง que ผู้ป่วยมารับบริการ ในคลินิกยาต้านรีโทรไวรัส มีทั้งการนับจำนวนเม็ดยา การดูตารางการบันทึก หรือจากการสอบถาม โดยควรจะใช้เครื่องมือ หรือวิธีการวัดความสม่ำเสมอหลายวิธีร่วมกัน เพราะไม่มีวิธีวัดแบบไหนที่แม่นยำและดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของซิดาพรและคณะ (2550) เรื่องการประเมินผลการใช้เครื่องมือวัดการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในประเทศไทย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเครื่องมือการวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา 3 ชนิด อันได้แก่ การนับเม็ดยา การสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ โดยเจ้าหน้าที่ และการบันทึกเวลาการรับประทานยาในแบบบันทึกโดยผู้ป่วยเอง แต่มีความแตกต่างกันในเครื่องมือประเมินตนเองของผู้ป่วยโดยใช้ Visual analog scale อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ แต่อย่างไรก็ตามการวัดความสม่ำเสมอ 4 วิธีรวมกับการวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้ผลดีกว่าการวัดความสม่ำเสมอเพียงวิธีเดียวเท่านั้น

2. การติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในอาการข้างเคียงของยาต้านรีโทรไวรัส ถือเป็นประโยชน์ต่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและดูแลตนเองเมื่อมีอาการข้างเคียงเหล่านั้นได้ ผู้ป่วยสามารถช่วยรายงานเมื่อ

มีความผิดปกติเกิดขึ้น รวมทั้งไม่กลัวยาต้านรีโทรไวรัสมากเกินไป จนเป็นเหตุของการหยุดยา โดยอาการข้างเคียงที่พบได้มี 3 ชนิด คือ

2.1 อาการข้างเคียงระยะต้น/ไม่รุนแรง คือ เป็นอาการที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ไม่มีอันตรายถึงชีวิต เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ท้องเสีย ท้องอืด นอนไม่หลับ ฝืนไม่ดี ฝืนแปลกๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในช่วง 2 เดือนแรกของการรับประทานยา

2.2 อาการข้างเคียงระยะต้น/ รุนแรง อาจเสียชีวิตได้ เช่น ชีด ดับอักเสบ ดับอ่อน อักเสบ ชาปลายมือปลายเท้า นิ้วในไต เกิดได้ทุกช่วงของการรับประทานยา มักพบมากในช่วงที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ

2.3 อาการข้างเคียงระยะยาว มักเกิดขึ้นในระยะยาว 3-4 ปี เช่น น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันกระจายตัวผิดปกติ เช่น ลงพุง ไขมันพอกที่ลำคอ หน้าอก แขนขาเล็บ

ผลข้างเคียงตามยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐาน

ยาต้านรีโทรไวรัสแต่ละชนิดมีผลข้างเคียงแตกต่างกันออกไป ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบผลข้างเคียงของยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐานที่พบบ่อย แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้ (ฟิลลิปส์, 2541; Sungkanuparph et al., 2008)

1. ผลข้างเคียงจากการใช้ยากุ่มนิวคลีโอไซด์รีเวิร์สทรานส์คริปเตสอินฮิบิเตอร์ เกิดภาวะกรดสะสมในร่างกาย (lactic acidosis) และตับโตมาจากภาวะต่อมไขมันเสื่อม (steatosis) แม้พบบ่อยแต่มีอัตราตายสูง ผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วยอาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก มีค่าไบคาร์บอเนต (HCO_3) ในเลือดต่ำ ตรวจเลือดมีค่าแลคเตท (lactate) เอนไซม์หัวใจขึ้นสูง เมื่อเอกซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์ พบภาวะตับโต ผู้ป่วยหายเป็นปกติหลังหยุดยา

2. ผลข้างเคียงจากการใช้ยากุ่มนอวนิวคลีโอไซด์รีเวิร์สทรานส์คริปเตส อินฮิบิเตอร์ โดยเฉพาะนิวราปีน อาจทำให้เกิดตับอักเสบ พิษต่อตับ (hepatotoxicity) ได้ถึงร้อยละ 12.5 มักเกิดใน 12 สัปดาห์แรก ถ้าไม่รุนแรงอาจไม่ต้องหยุดยา แต่ถ้าเอนไซม์ตับ (SGOT) สูงกว่า 5 เท่า ควรหยุดยา นอกจากนี้อาจพบผื่นผิวหนัง (rash) พบได้ตั้งแต่อาการผื่นแดง นูน และมีอาการคันเล็กน้อย จนถึงผื่นคันรุนแรงแบบสตีเวน จอห์นสัน ซินโดรม (Steven Johnson syndrome) หรือ ทัอกซิน อีพิเดอร์มอล นิว โคลไลซิส (Toxic Epidermal Necrolysis: TEN)

3. ผลข้างเคียงจากการใช้ยากุ่มโปรตีเอส อินฮิบิเตอร์ หลังจากได้ยากุ่มนี้อาจพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวาน และจะลดลงเป็นปกติเมื่อหยุดยา และอาจมีเลือดออกง่าย โดยเฉพาะในตำแหน่งข้อและเนื้อเยื่ออ่อน บางรายอาจออกในสมองและลำไส้

นอกจากนี้ภาวะไขมันในเลือดสูง มีการกระจายตัวของไขมันผิดปกติ ลำตัวอ้วน ไขมันสะสมในช่องท้อง อ้วนเชิงกราน ต้นคอ แก้มคอบ มีการขยายของเต้านม แม้ว่าภาวะดังกล่าวจะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความมั่นใจของผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสได้ (Carr & Cooper, 2000)

4. การติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ควรประเมินว่าผู้ติดเชื้อมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้นหรือไม่ โดยเฉพาะในผู้ที่มีปริมาณภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งร่างกายไม่สามารถป้องกันหรือควบคุมเชื้อที่ไม่ก่อโรคในคนปกติได้ (เกียรติ, 2540) ทำให้ร่างกายเกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส เช่น เชื้อไมโครแบคทีเรียม อะวีอัม คอมเพล็กซ์ (mycobacterium avium complex [MAC], ไซโตเมกกะโลไวรัส (cytomegalovirus [CMV], นิวโมไซติส คารินิไอ (pneumocystis carii, คริปโตค็อกโคซิส (cryptococcosi) เป็นต้น

5. ติดตามประสิทธิภาพของการรักษา โดยการประเมินอาการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ทั้งทางคลินิกและการตรวจภูมิคุ้มกันทุก 6 เดือน โดยทั่วไปการเพิ่มขึ้นของภูมิคุ้มกัน จะแบ่งเป็น 2 ช่วง ในช่วงแรก เป็นระยะ 2-3 เดือน ของการเริ่มรักษา จะมีการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันอย่างรวดเร็ว ซึ่งไม่ใช้การฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันที่แท้จริง ช่วงที่สอง คือช่วงที่เกิดขึ้นหลังรับประทานยาไปแล้ว 2-3 ปี จะมีการเพิ่มอย่างช้า ส่วนใหญ่เป็นเซลล์ที่เกิดขึ้นใหม่และเกี่ยวข้องกับฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้น

การติดตามประเมินผลการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน คือ การวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด การวัดระดับภูมิคุ้มกัน และการสังเกตอาการล้มเหลวทางคลินิก (สมนึก, 2551) โดยทีมแพทย์ผู้ดูแลตรวจร่างกายเพื่อประเมินอาการแสดงทางคลินิกที่แสดงถึงอาการที่เลวลง เช่น ฝ้าขาวในปาก ใช้หรือต่อมน้ำเหลืองโต รวมทั้งประเมินจากผลทางห้องปฏิบัติการโดยการตรวจวัด ปริมาณไวรัสในกระแสหลังเริ่มสูตรยาต้านไวรัส 6 เดือนในปีแรก และตรวจทุก 12 เดือนในปีถัดมา ถ้ามีปริมาณไวรัสเลือด 51-1,000 รูปแบบต่อมิลลิลิตร ควรติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือดทุก 6 เดือน ถ้ามีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดตั้งแต่ 1,000 รูปแบบต่อมิลลิลิตรขึ้นไป ควรมีการประเมินการดื้อยา โดยการส่งตรวจเชื้อดื้อยา (สมนึก และคณะ, 2550; Sungkanuparph et al., 2008) นอกจากนั้นจะมีการตรวจเลือดทางปฏิบัติการอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การตรวจเม็ดเลือด (Complete blood count [CBC]), น้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar [FBS]), ตรวจเอนไซม์ในตับ (SGPT หรือ Aspartate transaminase [AST], SGOT หรือ Alanine transaminase [ALT]), ตรวจการทำงานของไตจากครีอะตินิน (Creatinin), ตรวจเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte) และตรวจปัสสาวะ (Urinalysis [UA])

ผลกระทบต่อผู้ป่วยเมื่อมีความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

ความล้มเหลวในการรักษาเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีชีวิตที่ยืนยาว ก่อให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

การล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายลดลงเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย และดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ได้เร็วขึ้น การศึกษาของอภิรดี (2540) พบว่าโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่ คือมีไข้ร้อยละ 64.9 รองลงมาคือปวดศีรษะ 57.1 ส่วนอาการแทรกซ้อนอื่นๆ คือ ฝี สิว วัณโรค เชื้อราบริเวณร่างกาย หลอดลมอักเสบ หอบหืด เชื้อราในตา ลมพิษ อ่อนเพลียและเบื่ออาหารร้อยละ 7.3 การศึกษาของสุจิตร์ (2548) ยังพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัสมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการผื่น/คัน ร้อยละ 68.6 และร้อยละ 51.9 มีอาการชาปลายมือปลายเท้า การศึกษาของมยุรี (2546) และ โอซีเมอร์และคณะ (Holzemer et al., 1999) ยังพบว่า อาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากคือ น้ำหนักลด ปวดศีรษะ ไข้ หายใจเหนื่อยหอบ และผื่นคันที่ผิวหนัง ในระยะท้ายๆของโรค พบว่าผู้ป่วยมีอาการหลงๆ ลืมๆ สติปัญญาและการรับรู้เปลี่ยนแปลงไป จากการติดเชื้อของเชื้อหุ้มสมอง จากเชื้อราคริปโตคอกคัสนีโอฟอร์แมน ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่ 4 ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเอดส์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

2. ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการล้มเหลวในการรักษา ทำให้การดำเนินโรคเลวลงเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตสังคม ทำให้เกิดความเครียด ความรู้สึกวิตกกังวล และเกิดการแยกตัว ไม่อยากเข้าสังคม เช่น การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระยะเอดส์ที่มีอาการแสดงทางผิวหนัง มีรอยแผลเป็น ตุ่มคัน หรือผื่นคัน (Wiwanitkit, 2004) ซึ่งผู้ป่วยจะปกปิดตนเองด้วยการสวมเสื้อแขนยาว และแยกตัวไม่อยากเข้าใกล้ใคร สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวคนธ์ (2549) พบว่า ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคน่ารังเกียจ ร้อยละ 70 เมื่อมีการติดเชื้อจะไม่มีใครอยากเข้าใกล้ หรือสัมผัสความน่ารังเกียจ อันเกิดจากอาการของโรคที่ปรากฏอยู่ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ถูกตั้งข้อรังเกียจ และถูกเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน ทำให้รู้สึกสะเทือนใจ เกิดความรู้สึกต่ำต้อยด้อยค่า จึงตัดปัญหาด้วยการปกปิดไม่ให้ผู้อื่นรู้และแยกตัวเองจากสังคม

3. ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ

เนื่องจากการล้มเหลวในการรักษา ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ตามมา ทำให้ร่างกายทรุดโทรมลง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ความรู้สึกเป็นทุกข์ใจส่งผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความวิตกกังวลและเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น เกิดความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า ไร้คุณค่า ชีวิตไม่มีเป้าหมาย (สุชาดา, 2546) และเมื่อต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาจากสูตรพื้นฐานเป็นสูตรดื้อยาซึ่งมีปริมาณมากขึ้น ผลข้างเคียงเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องตรงตามเวลา อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย อ่อนล้า และหยุดรับประทานยาได้

4. ผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ

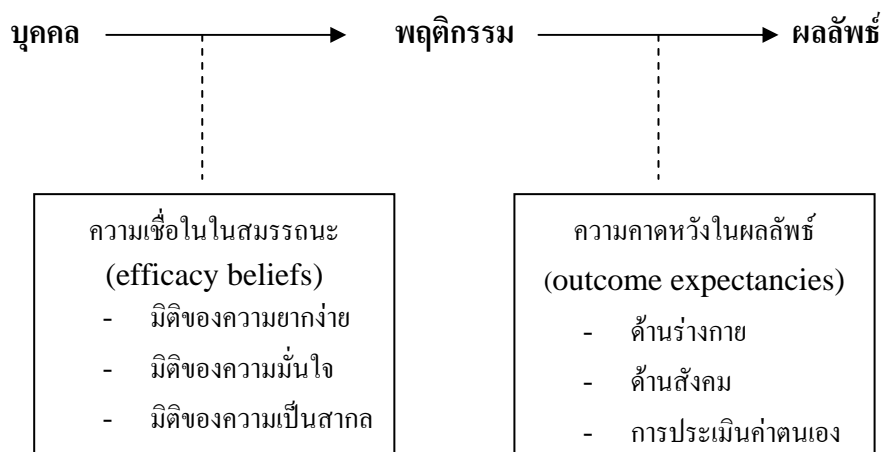
เมื่อเกิดการล้มเหลวในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยและประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น ทั้งจากการเจ็บป่วย ค่าตรวจพิเศษต่างๆ โดยเฉพาะหากมีการดื้อยาค่ายแล้ว ค่ายา ยิ่งจะสูงขึ้นเป็น 10 เท่า (รัตนา, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของชยันตร์ธร (2545) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 781 ราย พบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ติดเชื้อมีอาการสูงกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการเฉลี่ย 244.13 บาทต่อวัน และผู้ป่วยเอดส์ใช้จ่ายมากกว่าผู้ติดเชื้อไม่มีอาการเฉลี่ย 2,228.54 บาทต่อวัน จากการศึกษาของพิไลพันธ์ (2541) พบว่าผู้ป่วยเอดส์แต่รายต้องการเวชภัณฑ์เพื่อรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รายละ 3,000 บาท ถึง 120,000 บาท ต่อปี หากเกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยแล้วยังต้องการใช้จ่ายจำนวนมากและราคาแพง โดยเฉลี่ยจะต้องการเวชภัณฑ์ปีละ 1-3 แสนบาทต่อปี

สรุป ความล้มเหลวจากการรักษาก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณและสังคมเศรษฐกิจเป็นอย่างมากในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ เมื่อเกิดความล้มเหลวในการรักษาส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาสูตรพื้นฐานได้ผล การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์เพิ่มขึ้นได้เร็วขึ้น ทุกช่วงเวลาของความล้มเหลวในการรักษาเต็มไปด้วยความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจของตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติที่จะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายให้กับการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ยา และบุคคลอันเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ ดังนั้นจึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้การรักษาด้วยยาสูตรพื้นฐาน มีประสิทธิภาพสูงสุดรวมทั้งเฝ้าระวังความล้มเหลวการรักษาซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากธรรมชาติของโรค เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตที่ยืนยาวและไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ดื้อยาต่อไป

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นมโนทัศน์หนึ่งตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) โดยอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนาย การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรมและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ แบนดูรา (1997) ได้ให้คำจำกัดความของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีความมั่นใจและรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะก็จะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ แต่ถ้าไม่มั่นใจว่าตนเองจะมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นได้ก็จะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลเกิดจาก (Bandura, 1997) ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่กำหนดได้รวมถึงตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมได้หรือไม่ระดับใด แบนดูราเชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมจริง และมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นด้วยความตั้งใจ อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด แต่ถ้าไม่มั่นใจว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ บุคคลนั้นก็พยายามหลีกเลี่ยงหรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง ซึ่งแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในสมรรถนะและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1997)

นอกจากนี้ยังพบว่า การที่บุคคลจะมีความพยายามในการกระทำกิจกรรมที่ยุ่งยากซับซ้อนอย่างต่อเนื่องมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีหลักการคิดและตัดสินใจ 4 ประการดังนี้ (Bandura, 1997)

1. การเลือกกระทำพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล จะมีการคิดหรือตัดสินใจว่าจะต้องกระทำพฤติกรรมใด หรือกระทำอย่างต่อเนื่องนานเท่าไร การเลือกกระทำพฤติกรรมส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บุคคลจะหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่เชื่อว่าเกินความสามารถที่จะกระทำ ถ้าการประเมินความสามารถแห่งตนสูงเกินไป ก็จะทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ เครียด ผิดหวัง และทำลายความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองลง ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ประเมินความสามารถแห่งตนต่ำเกินไป มักจะเลือกทำงานง่ายๆ ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเอง และมักไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ขาดความพยายามและขาดการพัฒนาความสามารถของตนเองให้ก้าวหน้าต่อไป

2. การใช้ความพยายามและอดทนในการทำงานโดยความสามารถที่บุคคลประเมินนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าจะต้องใช้ความพยายาม และอดทนในการต่อสู้และเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าไร ถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ก็จะยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ ก็มักสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญปัญหาหรือทำงานที่รู้สึกว่ายาก ก็จะท้อถอย ไม่มีความพยายามและเลิกกระทำในที่สุด

3. รูปแบบความคิดและพฤติกรรมทางอารมณ์ การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและพฤติกรรมทางอารมณ์ ระหว่างการกระทำพฤติกรรมจริงกับสิ่งที่คาดหวังเกี่ยวกับการกระทำในอนาคต โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มักรู้สึกว่าการกระทำที่ทํานั้นยากลำบาก และเป็นเหตุการณ์ที่น่ากลัวมากกว่าความเป็นจริง มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและทำลายความสามารถของตนเอง แต่ก็มีโอกาสสร้างความสามารถขึ้นได้จากการเรียนรู้ในกิจกรรมที่ล้มเหลวนี้ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามมากขึ้น จากการศึกษาของ โคลลินส์ (Collins, 1982 as in cited in Bandura, 1997) พบว่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหายาก บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มักจะคิดว่าสาเหตุของความล้มเหลวนี้เกิดจากขาดความพยายาม ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ จะให้เหตุผลว่าเกิดจากการขาดความสามารถของตนเอง

4. บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรมบุคคล ที่มีการรับรู้ความสามารถแตกต่างกัน จะมีการกระทำพฤติกรรมที่ต่างกัน คือ บุคคลที่มองตนเองว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง จะกระทำในสิ่งที่ตนเองสนใจ เลือกทำงานที่ท้าทาย และใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ถ้าพบความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวนี้เป็นตัวกระตุ้นให้ประสบความสำเร็จต่อไป ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคต แต่ไม่พยายามใช้ความสามารถ หลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมที่ยาก เมื่อพบกับอุปสรรคก็จะล้มเลิกการกระทำนั้น จนต้องพบกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

การเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาขึ้นได้จากแหล่งข้อมูล 4 ประการ (Bandura, 1997) ดังนี้

1. ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากบุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยตรงว่าคุณกระทำสำเร็จ ซึ่งจะต้องเป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นหลายๆ ครั้งซ้ำๆ กัน หากบุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าคุณมีความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงในเวลาต่อมา แม้ว่าบางครั้งสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตามแต่จะไม่มีผลกระทบมากนักเพราะบุคคลประเมินว่าการที่ตนเองประสบกับความล้มเหลวนี้อาจมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพยายามไม่เพียงพอหรือใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสมมากกว่าที่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณไม่มีความสามารถ เช่น บุคคลสามารถที่จะปรับเปลี่ยนสถานการณ์ของความล้มเหลวให้ประสบกับความสำเร็จได้โดยการใช้ความพยายามและฝึกทักษะเพื่อที่จะควบคุมเหนือสถานการณ์นั้นๆ แต่หากบุคคลที่เคยประสบกับความล้มเหลวอยู่เสมอๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวัง

เกี่ยวกับความสามารถของตนเองหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของบุคคลควรมีการส่งเสริมให้บุคคลมีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการให้บุคคลรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ เพื่อที่บุคคลจะได้ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การประเมินค่าในสมรรถนะของตน โดยส่วนหนึ่งแล้วบุคคลก็ยังได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการลงมือกระทำกิจกรรมใดๆ แต่เนื่องด้วยบุคคลไม่สามารถที่จะประเมินได้ว่าตนมีความสามารถเพียงพอในทุกๆ กิจกรรม บุคคลจะประเมินค่าในความสามารถของตนจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตน การเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นอาจจะเกิดขึ้นได้ในรูปแบบที่แตกต่างกันไปในแต่ละกิจกรรม การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันบุคคลจะใช้บรรทัดฐานของบุคคลในสังคมหรือบุคคลที่ได้รับความเชื่อถือที่ลงมือกระทำด้วยความมานะพยายามแล้วประสบความสำเร็จมาเป็นมาตรฐานการตัดสินใจในจุดยืนของตนเอง การส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านตัวแบบมี 2 ประเภท คือตัวแบบที่มีชีวิต (self-modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงและตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์หรือสื่อต่างๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง เช่น การ์ตูน และภาพยนตร์ เป็นต้น (Bandura, 1997)

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการพูดคุยให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มกำลังใจและความเชื่อมั่นของบุคคลในการตัดสินใจพิจารณาความสามารถของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพฤติกรรมที่บุคคลรู้สึกยุ่งยากที่จะตัดสินใจในความสามารถของตน แต่หากมีบุคคลสำคัญหรือบุคคลที่ได้รับความเชื่อถือคอยให้คำชี้แนะกล่าวชมเชย หรือพูดให้กำลังใจ จะได้ผลดีกว่าที่จะปล่อยให้บุคคลมีความเคลือบแคลงสงสัยในความสามารถของตนเอง การใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวอาจจะมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ไม่มากนักยังต้องใช้ควบคู่กับแหล่งข้อมูลอื่นด้วย

4. สภาวะทางด้านร่างกาย และอารมณ์ (physical and affective state) สภาพร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรงมีภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่สภาวะร่างกายที่มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติหรือเจ็บป่วย ความเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะที่ไม่สุขสบาย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดต่ำลง สภาวะทางอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน อารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีผลทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่อารมณ์ในทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลงและ

มักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นวิธีการที่จะส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เพิ่มขึ้นสามารถกระทำได้โดยการลดความตึงเครียดและสภาวะทางอารมณ์ที่โตนเอียงไปในทางที่ไม่ดี (Cioffi cited in Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลนั้น สามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการดังกล่าวมาวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีผสมผสานกันก็ได้ (Bandura, 1997)

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมต่างๆ จะแปรผันไปใน 3 มิติ ซึ่งสามารถนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ได้แก่ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเปลี่ยนแปลงไปตามมิติ 3 มิติ อันประกอบด้วย

1) มิติความเป็นสากล (generality) เป็นการอ้างอิงความสามารถของตนที่เคยประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรมในอดีต ไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกันภายใต้สถานการณ์ที่ต่างกัน

2) มิติระดับหรือความยากง่ายของกิจกรรม (level) เป็นระดับความเชื่อในความสามารถของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของตนที่ไม่ยาก แต่เมื่อต้องทำงานที่ยากขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนลดลง

3) มิติความแข็งแกร่งหรือความมั่นใจในการกระทำ (strength) จะเป็นพลังความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ บุคคลที่มีความมั่นใจสูงว่าสามารถทำได้ถึงแม้จะมีความยาก ถ้าหากก็จะไม่ล้มเลิกความตั้งใจในการกระทำ ส่วนบุคคลที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในระดับต่ำเมื่อมีอุปสรรคขัดขวางจะทำให้ขาดความพยายามและล้มเลิกความตั้งใจได้ง่าย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผ่านมามีเครื่องมือที่ใช้ประเมินหลายรูปแบบ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีการปรับและพัฒนาเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในกลุ่มต่างๆ พบว่าการรับรู้สมรรถนะในมิติความมั่นใจดังนี้

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนของนิคาร์ตัน (2543) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของ เลฟและ โอเวน (Lev & Owen, 1996 อ้างตามนิคาร์ตัน) สร้างตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1986 cite in Lev & Owen, 1996 อ้างตามนิคาร์ตัน, 2543) โดยประเมินในมิติด้านความมั่นใจ (strength) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มีความมั่นใจสูงสุด มีความมั่นใจสูง มีความมั่นใจปานกลาง มีความมั่นใจต่ำ และมีความมั่นใจต่ำสุด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื่อเฮชไอวี

ที่มารับบริการในคลินิก โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 62 ราย ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.95

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองของสุพรรณิ (2542) ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self efficacy scale) ของ มาร์ค และคณะ (Mark et al., 1982) สร้างตามแนวคิดของเบนดูรา (Bandura, 1977) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ โดยวัดคะแนนความมั่นใจของมารดาวัยรุ่นถึงความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ โดยที่มารดาวัยรุ่นตัดสินความสามารถของตนเองจากความยากง่ายของพฤติกรรมความเข้มแข็ง และความกลัวหรือความใกล้ชิดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เคยกะทำ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมารดาวัยรุ่นระยะตั้งครรภ์ จำนวน 124 ราย ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษา

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการประเมินความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการจนประสบความสำเร็จ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาตามแนวคิดของเบนดูรานั้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าไม่มีแบบประเมินผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ในเรื่องการป้องกันความล้มเหลวในการรักษาโดยตรง แต่เป็นการศึกษาในประเด็นอื่นๆ เช่น

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนของนิภาพร (2550) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของเบนดูรา (1997) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา ใน 3 มิติ คือ ความยากง่าย ความมั่นใจ และความคุ้นชิน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.96

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังของ เบญจวรรณ (2543) ซึ่งได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา (Bandura, 1986) ในมิติของความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.77

เครื่องมือการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีหลายรูปแบบ มีทั้งแบบวัดทีละมิติ (นิศารัตน์, 2543; สุวรรณ, 2550) หรือวัดรวม 2 หรือ 3 มิติ ในแบบวัดฉบับเดียวกัน (ดุสิต, 2542; นิภาพร, 2550; สุพรรณิ, 2542) ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ใช้และพฤติกรรมที่ต้องการวัด (นิศารัตน์, 2543) สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างข้อคำถามที่สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษา และวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในมิติด้านความมั่นใจ

การปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

ถึงแม้ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของความล้มเหลวในการรักษา ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของ ผู้ติดเชื้อทั้งหมด แต่การปฏิบัติตัวด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความล้มเหลวในการรักษาสามารถ ป้องกันความล้มเหลวในการรักษาได้ ซึ่งสามารถสรุปปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. การรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 การรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสถูกต้อง สม่าเสมอ และตรงเวลา (adherence) ซึ่ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานอย่างน้อยร้อยละ 95 จึงจะสามารถช่วยป้องกันการรักษาล้มเหลว ได้เป็นอย่างดี (เกียรติ, 2548) นั้นหมายความว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง จะ ขาดยาได้ไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน (สมนึก, 2551) โดยรับประทานยาไม่เกิน 30 นาทีจากเวลารับประทานยา ตามปกติ (Liu et al., 2006) ทั้งนี้ผู้ป่วยควรรับประทานตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ เช่น ห้าม รับประทานอีฟาไวเรนซ์ร่วมกับอาหารที่มีไขมันสูง หากรับประทานอินดีนาเวียร์และรีโทนาเวียร์ ต้องรับประทานน้ำให้เพียงพอวันละ 2 ลิตร รวมทั้งการรับประทานที่นอกเหนือจากยาต้านรีโทรไวรัส ต้องอยู่ในความดูแลของ ทีมสุขภาพ เพราะอาจส่งผลกระทบต่อ การเพิ่มหรือลดฤทธิ์ของยาได้ (เฉลิมศรี และจุฬารณี, 2547)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของเสาวคนธ์ (2549) พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสในภาคใต้ มีระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส 95% ขึ้นไปร้อยละ 65.1 โดยเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมากที่สุด คือ ยุ่งจนไม่มีเวลา ร้อยละ 32.4 รองลงมา คือ ลืมรับประทานยา ร้อยละ 24.2 ต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน ร้อยละ 23.2 ไม่ต้องการ ให้เป็นที่สงสัยร้อยละ 16.30 และเพลอหลับไปจนเลยเวลา ร้อยละ 11.60 ส่วนสาเหตุของความเบื่อหน่าย

ในการใช้ยา การเบื่ออาหาร ผลข้างเคียงของยา การขาดผู้ดูแลและไม่สะดวกในการรับบริการจากหน่วยบริการซึ่งเชสเนียร์ (Chesney, 2000) พบว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นเพื่อการประสบความสำเร็จในการรับยาด้านรีโทรไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และตรงเวลา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ควรที่จะหาวิธีการต่างๆ ที่จะช่วยเตือนตนเองไม่ให้ลืมที่จะรับประทานยาตามเวลา เช่น การทำบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการรับประทานยาของตนเอง การทำตารางเวลา การตั้งเวลาเตือน (ภุริชญา, 2547)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยประเมินความสม่ำเสมอ และการตรงเวลาจาก 2 วิธี คือ การนับเม็ดยา และการสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ถึงจำนวนครั้งที่รับประทานยาลดเฉลี่ยไม่เกิน 30 นาที มีวิธีการคำนวณเปอร์เซ็นต์ความสม่ำเสมอ ดังนี้

$$\frac{(\text{จำนวนยาที่ให้ไป} + \text{ยาที่เหลือครั้งก่อน}) - \text{จำนวนยาที่เหลือ}}{\text{จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน} \times \text{จำนวนวันที่ให้ยาไปรับประทาน}} \times 100$$

1.2 การสังเกตอาการทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ ทั้งการเจ็บป่วยและสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งน้ำหนักลด ร่างกายชุ่มพอม (รพิพร, 2542) รวมถึงอาการข้างเคียงของยาด้านรีโทรไวรัส เช่น อาการอ่อนเพลีย ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปลายประสาทอักเสบ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ไข้ ผื่นแพ้ คัน หรือมีอาการข้างเคียงที่รุนแรง เช่น ปากบวม แผลเปื่อย หรือเยื่อบุตาอักเสบ ซึ่งอาการเหล่านี้ควรแจ้งทีมสุขภาพตั้งแต่วะยะแรกๆ ที่สังเกตพบอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะได้เป็นผลประโยชน์ในการตรวจและ รักษา ทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวินิจฉัยและ ปรับ เปลี่ยนสูตรยาใหม่ในผู้ติดเชื้อที่มีการรักษาล้มเหลวในการรักษาอย่างรวดเร็ว (พรทิพย์, 2546)

การศึกษาของชยันตร์ธร และคณะพบว่า (2545) ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 45 กิโลกรัม มีอัตราการดำเนินโรคเร็วกว่าผู้ติดเชื้อที่มีน้ำหนัก 45 กิโลกรัมขึ้นไปถึง 2.57 เท่า และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาได้น้อยกว่าเดิม มีอัตราการติดเชื้อเร็วกว่าผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาได้เท่าเดิมหรือมากกว่าเดิมถึง 2.58 เท่า ผู้ติดเชื้อที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 45 กิโลกรัม มีอัตราการตาย 1.77 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีน้ำหนักตัว 55 หรือมากกว่าการศึกษา ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 364 ราย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถรับรู้ได้ว่า ร่างกายของตนมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ในระดับสูง โดยสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น น้ำหนักของตัวเอง การสังเกตฝ้าขาวในช่องปาก และการมีไข้ โดยจะพยายามสอบถามอาการของตนจากแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ (สุวรรณ และคณะ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของอิริดี (2541) พบว่า มีการสังเกต

สุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น การคลำต่อมน้ำเหลือง ตรวจสอบความผิดปกติตามตัวและผิวหนัง สังเกตอาการซีสต์ผอม/ซังน้ำหนัก สังเกตอาการมีไข้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยการประเมินน้ำหนักของตัวเอง สังเกตฝ้าขาวในช่องปาก คลำต่อมน้ำเหลือง ตรวจสอบความผิดปกติตามผิวหนัง และการมีไข้โดยพยายามสอบถามอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2. ป้องกันการรับและแพร่กระจายเชื้อเพิ่ม (superinfection) โอกาสของการรับและแพร่กระจายเชื้อจะแตกต่างกันตามปริมาณ และลักษณะของเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ เช่น การร่วมเพศโดยใช้ปากผู้ที่ใช้ปากจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ได้รับการร่วมเพศ เนื่องจากปริมาณเชื้อในสารคัดหลั่งบริเวณอวัยวะเพศน้ำอสุจิมียุติปริมาณเชื้อเอชไอวีสูง (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546) หรือโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวีจะสูงมากในช่วงที่มีอาการของเอดส์ถึง 20 เท่า โดยเฉพาะช่วง 2 ปีสุดท้ายของการเสียชีวิต (สมนึก, 2551) ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการรับและแพร่กระจายเชื้อ โดยเฉพาะกับผู้ป่วยระยะเอดส์เพราะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้สูง

2.1 การป้องกันการรับและแพร่กระจายเชื้อเพิ่มทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการแพร่เชื้อเอชไอวีที่พบมากที่สุด ร้อยละ 75 ของการติดเชื้อทั้งหมด การมีเพศสัมพันธ์ 1 ครั้ง มีความเป็นไปได้ที่จะติดเชื้อประมาณ 0.001-0.002 (มาริษา, 2551) โอกาสของการติดเชื้อจากชายสู่หญิงสูงเป็นสองเท่าของการติดเชื้อจากหญิงสู่ชายเมื่อไม่มีการป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัย และโอกาสติดเชื้อประมาณร้อยละ 0.1-0.2 ต่อการมีเพศสัมพันธ์หนึ่งครั้ง (Mastro & Vincenzi, 1996 as cited in ชัยยศ, 2541) หากมีการร่วมเพศด้วยความรุนแรงจะทำให้เกิดแผลขึ้นโดยไม่รู้สึกตัว แม้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้มาก ส่วนการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (rectal intercourse) พบว่ามีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้มากที่สุด เพราะไม่มีน้ำหล่อลื่นทำให้ลักษณะเป็นแผลเชื้อโรคเข้าไปได้ง่าย อีกทั้งผนังของลำไส้มีลิมโฟอิด ทิสซู่ (lymphoid tissue) เหมาะต่อการแพร่กระจายเชื้อ (งามนิตย์, 2540; พิไลพันธ์, 2541) สำหรับเพศสัมพันธ์ทางปากไม่มีวิธีที่ปลอดภัย เพราะปากและคอมมีเยื่อบุปากแผลเล็กมากเป็นช่องทางเข้าของเชื้อเอชไอวีได้ดี การเพื่อป้องกันการรับและแพร่กระจายเชื้อเพิ่มควรปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้

1) หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ โดยการระงับการกระตุ้นและตอบสนองต่อการเร้าอารมณ์ทางเพศ สิ่งช่วยทางเพศทั้งรูป รส กลิ่น (pheromone) และเสียง ซึ่งอาจระงับได้โดยสภาพแวดล้อม ความคิด ความเชื่อทางศาสนา และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (โกวิท, 2547; นางลักษณ, ประทักษ์, มาตาลักษณ, วันทนีย์ และสมบุญ, 2546) การศึกษาในกลุ่มสมรสที่ภรรยาติดเชื้อเอชไอวีแต่สามีไม่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า คู่สมรสจะมีความระมัดระวังการแพร่กระจายเชื้อ โดยงดการมีเพศสัมพันธ์ การลดความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ (วรรณ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson

et al., 2008) ซึ่งศึกษาในกลุ่มชายรักร่วมเพศ 58 การศึกษาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 18,585 ราย พบว่ามี การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการลดความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์

2) มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย คือ เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ให้เชื้อต่างๆ บริเวณอวัยวะเพศชาย/หญิง ช่องปากสัมผัสกับน้ำคัตหลัง ของคู่อุปสรรค ซึ่งก็มีหลายทางเลือก คือ

2.1) การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (masturbation) ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะลด ความต้องการทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้ (นงลักษณ์ และคณะ, 2546)

2.2) สวมถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งรู้จักเลือก ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง คือ เลือกถุงยางอนามัยที่ผลิตใหม่และไม่หมดอายุ คู่วันที่ผลิต (ไม่เกิน 3 ปี) หรือวันหมดอายุที่บริเวณช่อง ซองไม่ชำรุดหรือมีรอยฉีกขาด เลือกใช้ขนาดที่เหมาะสม มีการใช้ถุงยาง อนามัยที่ถูกต้อง คือ ใช้ถุงยางอนามัยขณะที่อวัยวะเพศแข็งตัว ระวังไม่ให้เล็บมือเกี่ยวถุงยางอนามัย บีบปลายถุงยางอนามัยเพื่อไล่อากาศออกจนม้วนขอบ เมื่อสวมถุงยางอนามัยให้ขอบถุงยางอนามัย สูดถึงโคนอวัยวะเพศ หลังเสร็จกิจถอดถุงยางอนามัย โดยใช้กระดาษชำระพันโคนถุงยางก่อนที่จะถอด หากไม่มีกระดาษชำระต้องไม่ให้มือสัมผัสกับด้านนอกของถุงยาง และควรทิ้งถุงยางอนามัยที่ใช้แล้ว ในถังขยะหรือเผา ในกรณีถุงยางอนามัยแต่ให้หยุดร่วมเพศและถอดถุงยางออกทันที (โกวิท, 2547) เมื่อถุงยางแตกขณะกำลังมีเพศสัมพันธ์ ควรเปลี่ยนถุงยางใหม่ทันที ล้างอวัยวะเพศก่อนสวมถุงยางใหม่ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546) ทั้งนี้ต้องไม่มีแผลเปิดบริเวณผิวหนังที่สัมผัสน้ำคัต หลังที่ออกมา

2.3) กิจกรรมทางเพศระหว่างคู่นอน โดยการไม่สอดใส่อวัยวะเพศ ได้แก่ การสัมผัส สว่างกายด้วยความรัก การเฝ้าโลม การสำเร็จความใคร่ให้แก่นัก (small sex)

2.4) งดการร่วมเพศที่ผิดปกติ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทางทวารหนัก และการมีเพศสัมพันธ์ด้วยความรุนแรง การสอดใส่อวัยวะเพศชายทางช่องทวาร สามารถติดเชื้อเอชไอวี จากการสัมผัสน้ำคัตหลังที่เกิดจากบาดแผลฉีกขาดของเยื่อภายในช่องทวารที่มีการเสียดสีระหว่างการสอดใส่ได้ ซึ่งการฉีกขาดของเยื่อทวารนี้ไม่จำเป็นต้องมีเลือดออกมากจนสังเกตได้ หรือไม่ จำเป็นต้องรู้สึกเจ็บปวดแต่หากเปรียบเทียบความเสียดสีของผู้สอดใส่อวัยวะเพศ (ผู้กระทำ active) เข้า ไปทางช่องทวารมีความเสียดสีน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการสอดใส่ (ผู้ถูกกระทำ passive) สำหรับผู้ที่ถูกสอด ใส่ทางช่องทวาร สามารถติดเชื้อได้จากการสัมผัสน้ำอสุจิ และน้ำหล่อลื่น ผ่านทางเยื่อภายในช่อง ทวาร ส่วนผู้ที่ใช้ปากกับอวัยวะเพศชาย/ อวัยวะเพศหญิง โดยการใช้ลิ้นและปาก เลีย อม ดูดอวัยวะ เพศชาย/ หญิง จะสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยเชื้อเอชไอวีจะผ่านเข้าทางเยื่อภายในช่องปากได้ สำหรับผู้ที่เป็นฝ่ายรับบริการถูกใช้ปากจะปลอดภัยจากการติดเชื้อเนื่องจากปริมาณเชื้อในน้ำลายมี

น้อยมาก ไม่สามารถจะทำให้อีกฝ่ายติดเชื่อได้ ดังนั้นในบางประเทศจึงเป็นทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเสนอให้แก่ผู้ที่ติดเชื่อ กรณีที่คู่เพศสัมพันธ์ของตนไม่ติดเชื่อเอชไอวี ผู้ติดเชื่อสามารถใช้ปากให้แก่คู่เพศสัมพันธ์ของตนได้ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546)

2.5) งดการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างมีประจำเดือนเพราะเป็นช่วงที่มีการรับและแพร่กระจาย เชื้อเอชไอวีได้ง่ายกว่าปกติ ทั้งจากน้ำเมือกใหม่ (mucus plug) (ฟีโลพันธ์, 2541) และจากเลือด (โกวิท, 2547)

สำหรับบุคคลใดที่มีการใช้เพศสัมพันธ์อย่างผิดวิธี (sexual abuse) หรือร่วมเพศอย่างผิดปกติ โดยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (sexual addiction) อาจแก้ไขโดยการศึกษาศาสนา พบนักเทศน์บัพัตหรือจิตบัพัต และพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเทศน์บัพัต หรือจิตแพทย์ เพื่อรับยาต้านฮอว์โมนลดความต้องการทางเพศ (โกวิท, 2547)

การศึกษาพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มสมรสที่ติดเชื่อเอชไอวีพบว่าเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ และทำให้เชื้อเกิดการดื้อยา (นันทรัตน์, 2541) การศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ของเวลเลอร์ และเดวิสเบตตี (Weller & Davis-Beaty, 2008) พบว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีคู่ครองจำนวน 30 ราย พบว่ายังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครองตามปกติ ร้อยละ 90 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 73.3 เหตุผลของการใช้ถุงยาง ร้อยละ 70.4 เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนเหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยาง ร้อยละ 66.7 เพราะคู่ครองไม่ยอมใช้ (รจนา, 2550) การศึกษาในกลุ่มสมรสที่ภรรยาติดเชื่อเอชไอวีแต่สามีไม่ติดเชื่อเอชไอวี พบว่า คู่สมรสมีความระมัดระวังในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น โดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (วรรณ, 2551) การศึกษาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 191 ราย อภิรดี (2541) พบว่า มีการป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ร้อยละ 84.4 โดยมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ แต่ขาดการระมัดระวังไม่ใช้สารคัดหลั่งเปื้อนบริเวณมือก่อนถอดถุงยางอนามัย และการตรวจสอบรอยร้าวหรือรอยฉีกขาดของถุงยาง ส่วนผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่ติดยาเสพติดชนิดฉีด ไม่มีการใช้ถุงยางในการร่วมเพศเลย ร้อยละ 30.6 ร้อยละ 33.6 ใช้ปากในการร่วมเพศ

ดังนั้นผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยการงดการมีเพศสัมพันธ์ ลดความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังมีการใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกต้อง ส่วนผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากไม่คิดว่าการรับเชื้อเพิ่มจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้

ให้เชื้อเกิดการกลายพันธุ์ และเป็นที่มาของการล้มเหลวในการรักษา ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเสพติชชนิดชนิดมีความเสี่ยงสูงในการได้รับและแพร่กระจายเชื้อเพิ่ม

2.6) การป้องกันการรับเชื้อเพิ่มทางเลือด จากเข็มฉีดยา หรือจากการการที่บาดแผลสัมผัสเลือดจากของมีคม เช่น ใ้ใบมีดโกน ใ้แปรงสีฟัน ใ้เครื่องมือตกแต่งเล็บร่วมกัน และมีการสักตามร่างกาย ซึ่งล้วนมีโอกาสในรับและแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น โดยการใช้เข็มร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหนึ่งครั้งทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 0.3 (เกียรติ, 2551) สำหรับการรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดซึ่งเป็นช่องทางติดต่อและการแพร่เชื้อคือยานั้น มีโอกาสเป็นไปได้น้อยมากเนื่องจากในปัจจุบัน มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเลือดผู้บริจาค ทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อจากการรับเลือดลดลง (พิไลพันธ์, 2541) การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีทางเลือดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี 191 ราย พบว่ามีการป้องกันการแพร่เชื้อในระดับสูง ร้อยละ 89.0 โดยไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นร้อยละ 92.5 การศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเสพติชชนิดชนิดเข้าเส้น พบว่ามีการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นร้อยละ 43.4 ยังมีการไม่ทำความสะอาดเข็มและกระบอกฉีดยาก่อนใช้ ร้อยละ 13.2 เคยสัมผัสเลือดของบุคคลอื่นในขณะที่ตนเองมีบาดแผลร้อยละ 27.9 มีใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับบุคคลอื่น เช่น ใบมีดโกน ร้อยละ 36.1 เคยสักกรุปรอยต่างๆบนร่างกาย ร้อยละ 33.6 เคยรักษาโรคต่างๆด้วยวิธีการฝังเข็ม 13.1 (งามนิตย์, 2540) การศึกษาของสุวรรณ และคณะ (2543) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากเลือด โดยการแยกซักเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือดหรือน้ำเหลืองจากแผล เป็นสิ่งที่ต้องกระทำในชีวิตประจำวัน

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีการป้องกันการรับและแพร่กระจายเชื้อเพิ่มทางเลือด โดยการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน มีการทำลายสิ่งคัดหลั่งที่เปื้อนเสื้อผ้าโดยการแยกซัก ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้ป้องกันการรับและแพร่กระจายเชื้อเพิ่มทางเลือดยังมีการใช้ของมีคมที่สัมผัสเลือดและใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

3) การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมโรคติดเชื้อ ในสหรัฐอเมริกา (Public Health Service [USPHS] & The Infectious Diseases Society of America) มีการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยการให้วัคซีนและการป้องกันการกลับเป็นโดยการให้ยา (Masur, Kaplan & Holmes, 2002) การไม่ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้มีอัตราการตายเพิ่มขึ้น 1.16 เท่า (ชยันตร์ธร และคณะ, 2545) สำหรับในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคฉวยโอกาส โดยใช้ยาป้องกันปฐมภูมิ ตามระดับภูมิคุ้มกันเพื่อช่วยในการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในขณะที่เดียวกันผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

โดยการเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันต้านทานให้กับร่างกายและ หลีกเลี่ยงการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งสามารถสรุปจากการทบทวนวรรณกรรม ได้ดังนี้ (พิไลพันธ์, 2541)

3.1) การดูแลร่างกายให้แข็งแรง อันประกอบด้วย

3.1.1) การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรค โดยอาหารต้องสุก สะอาด และปรุงเสร็จใหม่ๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้สารเคมีเจือปน และควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 6-8 แก้ว (จุฬา, 2550) การศึกษาของพิทยาภรณ์ (2546) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในระดับน้อยมาก $r = 0.027$

3.1.2) การออกกำลังกายและการพักผ่อน การออกกำลังกายควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ไม่ควรออกกำลังกายหักโหมจนเกินไป (จุฬา, 2550) การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมจะช่วยให้อวัยวะแข็งแรง กระตุ้นการทำงานของอวัยวะในร่างกายเกือบทุกระบบทำให้ร่างกายแข็งแรง ปริมาณภูมิคุ้มกันต้านทานเพิ่มขึ้น (Nieman, 1996 อ้างตามจุฬา, 2550) ส่วนการพักผ่อนทั้งพักผ่อนร่างกายและ จิตใจ เช่น การนอนหลับให้เพียงพอ ควรนอนหลับอย่างต่อเนื่องคืนละ 6-8 ชั่วโมง (บำเพ็ญจิต, 2540)

3.3.3) การผ่อนคลายความเครียด ความเครียดจะส่งผลให้มีการลดจำนวนของภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกาย (Gray, 1996) ดังนั้นจึงควรเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ การระบายความรู้สึก การมองโลกในแง่ดี (จุฬา, 2550)

3.3.4) หลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด ทั้งบุหรี่ ชา กาแฟ และแอลกอฮอล์ เพราะทำลายภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกาย (จุฬา, 2550) การดื่มแอลกอฮอล์จะกดการทำงานของลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) จึงทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกายลดลง (ไปรมายณ์, 2544) การศึกษาของโพล, เอ็ทรู, ทีพอท, เบอ์เทอร์ลอท และนอลพัส (Pol, Artru, Thepot, Berthelot, & Nalpas, 1996) พบว่า หลังผู้ติดเชื้อเอชไอวีหยุดดื่มสุราประมาณ 5-10 วัน ระดับภูมิคุ้มกันต้านทานเพิ่มขึ้น 9 รายใน 11 ราย โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 41 การศึกษาของอภิตี (2541) พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ยังมีการดื่ม ชา กาแฟ หรือแอลกอฮอล์ เหล้า ยาสูบ และยังมีการใช้ยากระตุ้นประสาทต่างๆ

3.3.5) การรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นการล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร หรือการสร้างสุขนิสัยที่ดีในเรื่องการขับถ่าย โดยการถ่ายอุจจาระในส้วม กำจัดขยะมูลฝอย แมลงวัน แมลงสาบ และไม่นำอุจจาระไปทำปุ๋ยรดผักเพื่อป้องกันแพร่เชื้อ ไอโซสปอร์เรียมซิส (isosporiasis)

3.2) การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรคในขณะที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ หรือหลีกเลี่ยงการสัมผัสโรคติดต่อต่างๆ เช่น หลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรคในระบบทางเดินหายใจ ควรอยู่ในสถานที่ปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก หลีกเลี่ยงการอยู่ร่วมกับผู้ที่มีปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (จามจู้รี, 2543) หรือใช้ผ้าปิดจมูกทุกครั้งที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ การหลีกเลี่ยงการเลี้ยงสัตว์ และการใช้มูลสัตว์ เนื่องจากแมว หรือสัตว์ตระกูลแมว มีเชื้อที่ก่อโรคโปลิโอ แต่หากต้องเลี้ยงแมวก็ไม่ควรให้กินเนื้อสด กำจัดอุจจาระแมว และทำความสะอาดบริเวณที่แมวถ่ายอุจจาระเป็นต้น หลีกเลี่ยงการเลี้ยงนกพิราบ เพราะมีเชื้อรา คริปโตค็อกคัส นีโอฟอร์แมน (cryptococcosis neoforman) (ประพันธ์ และคณะ, 2547) การศึกษาของสุวรรณและคณะ (2543) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีคิดว่า การหลีกเลี่ยงอยู่ในที่ที่มีคนแออัด การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ต้องทำในชีวิตประจำวัน

เครื่องมือประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส ส่วนใหญ่จะประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่ยังคงขาดการประเมิน การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองอย่างสม่ำเสมอ การป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เช่น แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของงานนิศย์ (2540) สอบถามการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยา การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น การสักทึบรอยต่างๆ บนร่างกาย การรักษาโรคด้วยวิธีการฝังเข็ม การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-11 (1 คะแนน) คะแนน 12-18 (2 คะแนน) คะแนน 19-39 (3 คะแนน) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ชนิดติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาเอดส์ด้วยเมทธาโดนในคลินิกเมทธาโดน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย จำนวน 122 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.77

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการล้มเหลวในการรักษา (สัญญาชัย, ชีวันนันท และพรทิพย์, 2546; สมนึก, 2551) เพื่อปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษา

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

1. เพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ที่พบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทำให้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของทั้งสองเพศแตกต่างกันด้วย ทั้งความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงในการได้รับเชื้อเพิ่ม การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าเพศหญิงมีการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ส่วนเพศชายจะดูแลในเรื่องของการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารได้ดีกว่าเพศหญิง (ปทุมพรรณ, 2535; สุนทรา, 2538 อ้างตาม กาญจนนา, 2541) แต่การศึกษาของกนกเลขนา (2540) และไปรมาษณ์ (2544) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. ความรุนแรงของโรค ผู้ติดเชื้อที่มีอาการของโรครุนแรงขึ้นทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (อรุณี, 2541) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกเลขนา (2540) และไปรมาษณ์ (2544) ที่พบว่าการแสดงอาการของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะพฤติกรรมที่จะป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยมักจะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีโรคมีความรุนแรงของอาการมากถึงชีวิต (Kastrissios et al., 1998) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโรคมักจะไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยมักจะไม่รู้สึกรู้ว่ามีอาการจำเป็นต้องรับประทานยา (Kynngass, 2000)

3. การเปิดเผยการติดเชื้อ ผู้ที่มีการเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีจะมีการรับประทานยาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยการติดเชื้อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่เปิดเผยการติดเชื้อ จะได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมจากครอบครัว สังคม และเครือข่ายองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ได้มากกว่าผู้ที่ปกปิดสภาพการติดเชื้อ มีการเข้าถึงการรักษา มีโอกาสเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้ติดเชื้อ มีการแสวงหาความรู้จากบุคลากรที่ให้การปรึกษา และแสวงหาความรู้จากสื่อต่างๆ ทำให้มีการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อ (ระวีวรรณ, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรดี (2541) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เปิดเผยการติดเชื้อให้กับบุคคลในครอบครัวรับทราบ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีการดูแลตนเองของอยู่ในระดับดี โดยชีเวอร์ (Cheever, 1999) กล่าวว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสต่อหน้าผู้อื่นโดยไม่หลบซ่อน จะเป็นปัจจัยที่ทำนายว่าสามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ แต่ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนไม่น้อยที่ยังปกปิดผลเลือด เบรินสตันและคณะ (Bernstein et al., 2008) ศึกษาการเปิดเผยผลเลือดกับทีมสุขภาพของชายรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอชไอวีในสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 452 ราย มีการเปิดเผยผลเลือดเพียง 277 ราย หรือร้อยละ

61 ทุกรายที่ได้เปิดเผยผลเลือดจะมีความกลัวและมีความเศร้าลดลง ร้อยละ 39 ที่ยังปกปิดผลเลือดให้เหตุผลว่า เพราะยังรู้สึกเสียใจ และยังมีความกลัว การศึกษาของซีโรวิท เมกโดเวล และราฟสกี (Serovich, McDowell & Grafsky, 2008) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเคยมีประสบการณ์ หรือมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จะรู้สึกเสียใจน้อยกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์หรือมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เลย

4. ฐานะทางเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและมีรายได้ต่ำ เมื่อเจ็บป่วยจะไม่สามารถทำงานและทำให้ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ ทั้งการรักษาเมื่อเจ็บป่วยและการซื้อเครื่องอุปโภคบริโภคมาบำรุงดูแลสุขภาพ (มณีบุษ, 2542)

5. การรับรู้เรื่องโรคและการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบว่าติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ระหว่างมากกว่า 1-3 ปี (อรุณี, 2541) และมีการรับรู้เรื่องโรคเอดส์จากประสบการณ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากสื่อต่างๆ และจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งการรับรู้ทางด้านลบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะรับรู้ว่าเป็นโรคที่มีลักษณะน่าเกลียด ทุกข์ทรมาน เป็นที่รังเกียจของคนในสังคม ทำให้เกิดความเครียด ส่วนการรับรู้ทางด้านบวก จะรับรู้ว่าเป็นโรคที่ติดต่อได้อย่างไร มีวิธีการดูแลตนเองได้อย่างไรให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น มีวิธีการป้องกันการรับและแพร่กระจายเชื้ออย่างไร ทำให้มีความพยายามหาความรู้ด้านบวกเพื่อเสริมให้เกิดกำลังใจ (วรรณ, 2540) การศึกษาของจามจรี (2543) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดสงขลา มีการรับรู้สุขภาพ 4 ระยะด้วยกันคือ ระยะที่ 1 เป็นระยะที่รับรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกทำให้ตั้งตัวไม่ทันที่จะยอมรับการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้น ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่รับรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีไประยะหนึ่ง ทำให้มีเวลาที่จะคิดและเริ่มมองหาหนทางที่จะทำให้ตนเองหายจากโรคเอดส์ ระยะที่ 3 เป็นระยะที่เริ่มตระหนักและยอมรับว่าไม่มียาที่สามารถรักษาโรคได้จริงๆ เริ่มรับรู้ว่าการดูแลตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อได้ยาวนานขึ้น ส่วนระยะที่ 4 เป็นระยะที่ยอมรับการติดเชื้อและมีความมั่นใจว่าสามารถดูแลตนเองให้มีชีวิตยืนยาวได้แม้ว่าตนเองจะมีความเจ็บป่วยและอาจจะตายได้ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสก็ตามแต่หากระยะการรับรู้ยังอยู่ในระยะที่ 1 อาจนำไปสู่การล้มเหลวในการรักษาได้ง่าย เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างแท้จริง หรือไม่มีการป้องกันการล้มเหลวในการรักษา

สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จะเห็นได้ว่าโรคเอดส์เป็นกลุ่มอาการของโรค ซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งมีช่องทางแพร่กระจายเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์ ทางเลือด และจากมารดาสู่ทารก การใช้ยาต้านรีโทรไวรัสถึงแม้จะไม่สามารถทำให้หายขาดจากโรคได้ แต่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีชีวิตที่ยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันหากเกิดการล้มเหลวในการรักษาเกิดขึ้น ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุจากตัวเชื้อเองหรือ จากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยก็ตาม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อ ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ตลอดจนปัญหาทางด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (health economic) เพราะจะทำให้ผู้ป่วยที่ล้มเหลวในการรักษาเกิดการดื้อยา ต้องเปลี่ยนยาเป็นยาสูตรที่มีราคาแพงขึ้น มีความยุ่งยากในการรับประทานยา ผลข้างเคียงมากขึ้น และหากยังคงมีการล้มเหลวในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ และนำมาซึ่งการเสียชีวิต (Little et al., 2002) หากมีการแพร่เชื้อของผู้ที่มีความล้มเหลวในการรักษา นั้นเท่ากับมีการแพร่เชื้อดื้อยา บุคคลที่ได้รับเชื้อดื้อยา ไม่สามารถรับการรักษาได้ด้วยยาสูตรพื้นฐานได้ เกิดความยุ่งยากในการต้องใช้ยาสูตรและมีโอกาสเกิดความล้มเหลวในการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ดังนั้นการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ถือเป็นปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย อาจกล่าวได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสจะสามารถมีชีวิตที่ยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีซึ่งจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษา และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยยาต้านรีโทรไวรัสในคลินิกยาต้านรีโทรไวรัสในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

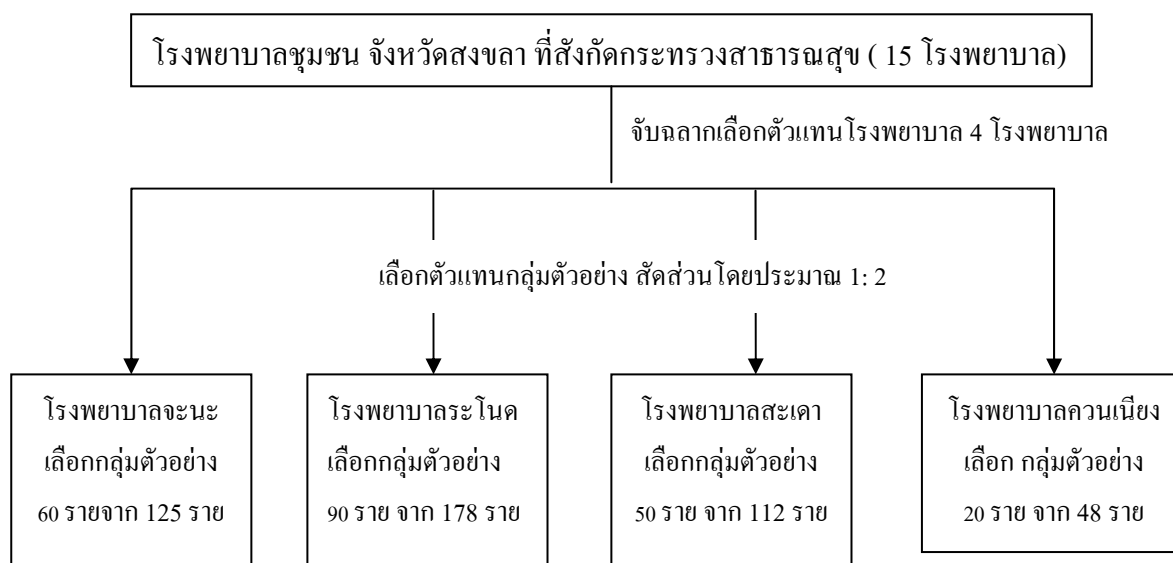
กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาดูแลด้วยยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐาน ที่คลินิกยาต้านรีโทรไวรัสในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลคัดเลือกโดยการแบ่งกลุ่ม ดังนี้

1. จับสลากเลือกตัวแทนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา ในจำนวน 15 โรงพยาบาล ด้วยสัดส่วน 1: 3 เพื่อจัดให้ประชากรในแต่ละกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด และจัดหน่วยประชากรที่ต่างชั้นกันให้มีความแตกต่างกันมากที่สุด (จิราพร, 2547) เพื่อช่วยให้สามารถเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจากทุกประเภทของประชากร (ชิตชนก, 2535) ซึ่งจะได้ตัวแทนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา ได้แก่ โรงพยาบาลระโนด โรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลจะนะ และโรงพยาบาลควนเนียง

2. เลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลจากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการยาต้านรีโทรไวรัส และรับยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐานด้วยสัดส่วน 1: 2 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลจะนะ 50 ราย โรงพยาบาลระโนด 90 ราย โรงพยาบาลสะเดา 40 ราย และโรงพยาบาลควนเนียง 20 ราย สามารถสรุปการเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ ดังภาพ 3



ภาพ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ใ้ได้รับยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
2. มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารสามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้
5. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีหัวข้อคล้ายคลึงกันกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า มิงานวิจัยของเสาวคนธ์ (2549) มีค่า $r = 0.20$, $p < 0.05$ นำค่า r ของงานวิจัยที่เคยศึกษามำกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตาราง และคำนวณหาอำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่า $\alpha = 0.05$, power = 0.80 และกำหนดค่า $r = 0.20$ จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 197 ราย (Polit & Hungler, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 220 ราย

เมื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแล้วทำการเลือกตัวอย่างตามความสะดวก (convenient sampling) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าโครงการยาต้านรีโทรไวรัส และรับยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐาน จากตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาในการเดินทางมา รับการรักษา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาในการรับยาต้านรีโทรไวรัส ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงระยะเวลาได้รับยาต้านไวรัส ประสิทธิภาพการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส สาเหตุของการเริ่มรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส และผู้ให้คำแนะนำในการรับยาด้าน อาการข้างเคียงของยาต้านรีโทรไวรัสและการจัดการ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

1.2 ข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ อันประกอบด้วย ระดับภูมิคุ้มกัน ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด น้ำหนักตัว ความถูกต้องและสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา สูตรยาต้านรีโทรไวรัส สูตรยาต้านรีโทรไวรัสที่เคยใช้ โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความมั่นใจ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ด้านการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม
- 3) ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างตามกรอบแนวคิดแบบคูรา (Bandura, 1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับหัวข้อที่ต้องการศึกษา (เกียรติ, 2541; สมนึก, 2551; สัญชัย, ชีวันนัท และพรทิพย์, 2546) มีข้อความทั้งหมด 25 ข้อ เป็นข้อความปลายปิด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้มากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้มาก

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ปานกลาง
 คะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้น้อย
 คะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้เลย
 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส ดังนี้

- 1) การรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม
- 3) การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับหัวข้อที่ต้องการศึกษาตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส (เกียรติ, 2541; สมนึก, 2551; สัญชัย, ชีวนันท์, และพรทิพย์, 2546) จำนวน 25 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

- คะแนน 5 หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง
 คะแนน 4 หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านปฏิบัติบ่อยครั้ง
 คะแนน 3 หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านปฏิบัติบางครั้ง
 คะแนน 2 หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านปฏิบัติบางครั้ง
 คะแนน 1 หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่ได้ปฏิบัติ

การแปลความหมายของคะแนน

ในการแปลผลระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งรายข้อ รายด้าน และโดยรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยกำหนดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546)

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}}$$

$$\frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของค่าคะแนนที่ได้ ดังนี้

1.00 – 2.33 คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
2.34 – 3.67 คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
3.68 – 5.00 คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพิ่มเติม ประกอบด้วย การสอบถามความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดทั้งหมด ให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ ประกอบด้วย ข้อคำถามในทิศทางบวก ข้อ 2, 3, 4, 6, 9 และ 10 มีข้อคำถามในทิศทางลบ ข้อ 1, 5, 7 และ 8

มีเกณฑ์กำหนดการให้คะแนนดังนี้

ระดับคำตอบ	คะแนนข้อความทิศทางบวก	คะแนนข้อความทิศทางลบ
ตอบถูก	1	0
ตอบผิด	0	1
ตอบไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ	0	0

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา โดยการจัดอันดับแบบอิงเกณฑ์คำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546) คำนวณได้จากสูตร

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}}$$

$$\frac{10 - 0}{3} = 3.33$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลผลความหมาย ของระดับคะแนนความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ โดยรวมและรายด้านได้ ดังนี้

0.00 – 3.33	หมายถึง	ระดับน้อย
3.34 – 6.37	หมายถึง	ระดับปานกลาง
6.38 – 10.00	หมายถึง	ระดับมาก

การแปลผลความสัมพันธ์

ในการแปลผลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ทิศทางความสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ (บุญใจ, 2547)

1. ทิศทางความสัมพันธ์ (direction of relationship)

ทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปร ซึ่งพิจารณาได้จากเครื่องหมาย + และ - ที่อยู่หน้าค่าสหสัมพันธ์

1.1. ทิศทางความสัมพันธ์ทางบวก (positive correlation) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีทิศทางความสัมพันธ์ทางบวก หมายความว่า เมื่อตัวแปรต้น (X) มีค่าเพิ่มขึ้น ตัวแปรตาม (Y) จะมีค่าเพิ่มขึ้น เมื่อตัวแปร X มีค่าลดลง ตัวแปร Y จะมีค่าลดลง

1.2. ทิศทางความสัมพันธ์ทางลบ (negative correlation) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีทิศทางความสัมพันธ์ทางลบ หมายความว่า เมื่อตัวแปรต้น (X) มีค่าเพิ่มขึ้น ตัวแปรตาม (Y) จะมีค่าลดลง เมื่อตัวแปร X มีค่าลดลง ตัวแปร Y จะมีค่าเพิ่มขึ้น

2. ระดับความสัมพันธ์ (degree of relationship) ในการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร สามารถพิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หรือค่า r (ชูศรี, 2546) ดังนี้

$r = \pm 1.00$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > 0.70$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง 0.30-0.70	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r < 0.30$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุศาสตร์ พยาบาลปฏิบัติการในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน และผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ภาคผนวก ง) เพื่อตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ ความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับกรอบแนวคิดในการสร้างแบบสอบถาม ความชัดเจนของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมภายใต้การให้คำปรึกษาของ อาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงและนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับการแก้ไข เรียบร้อยแล้ว ไปทดลองเก็บข้อมูล (try out) กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ในพื้นที่ใกล้เคียง หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้

ภายหลังก้นำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ไปทดลองใช้ แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลตาม ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระโนด โรงพยาบาลจะนะ และโรงพยาบาล

สะดวก เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งขออนุญาตดูเพิ่มประวัติผู้ป่วย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัย ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกยาค้าน ไวรัสเอดส์ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด ให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ใช้เวลาคนละ 30 - 45 นาที กรณีที่กลุ่มตัวอย่างบางรายมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อความที่ไม่เข้าใจได้ทันที

2.3 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความคำถามและข้อความคำตอบที่ละเอียดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำเครื่องหมายลงในแบบสัมภาษณ์เอง

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามอีกครั้ง แล้วจึงนำไปประมวลผล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับการรักษา ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้อาจปกปิดเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้รหัสแทน ชื่อ - สกุล และจะนำข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมด มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนโดยรวม และรายด้าน
3. วิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนโดยรวม รายด้าน และรายข้อ
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของยาต้านรีโทรไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาต้านรีโทรไวรัสในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ภายหลังจากการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐานมากกว่า 6 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2553 ซึ่งนำเสนอผลวิจัยและอภิปรายผล ด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษา

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 39 ปี และ อายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.7 กลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 42.3 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประมาณ 5,001-10,000 บาท/เดือน โดยรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ร้อยละ 33.6 ส่วนใหญ่ร้อยละ 99.1 ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล และร้อยละ 84.1 พักอาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกับโรงพยาบาลที่มารับยา

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ($N = 220$)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	104	47.3
หญิง	116	52.7
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 39.84$, $SD = 7.26$, $Max = 59$, $Min = 18$)		
18-30 ปี	14	6.4
31-40 ปี	111	50.4
41-50 ปี	80	36.4
51-60 ปี	15	6.8
ศาสนา		
พุทธ	193	87.7
คริสต์	3	1.4
อิสลาม	24	10.9
สถานภาพสมรส		
โสด	29	13.2
คู่	122	55.4
หม้าย	56	25.5
หย่า / แยก	13	5.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	2.7
ประถมศึกษา	120	54.6
มัธยมศึกษา	83	37.7
อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร	7	3.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	1.8

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
แม่บ้าน	38	17.4
นักเรียน/ นักศึกษา	6	2.7
เกษตรกร (เจ้าของสวน)	35	16.0
รับจ้าง/ ลูกจ้างใช้แรงงาน	93	42.5
ค้าขาย	22	10.0
ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ	1	0.5
พนักงานบริษัทหรือหน่วยงานเอกชน	8	3.7
ประมง	8	3.7
ธุรกิจส่วนตัว	2	0.9
ว่างงาน	6	2.7
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) (\bar{X} = 7,641.55, SD = 6,862.55 , Median = 6,000, Max = 70,000, Min = 1,000)		
1,000 – 5,000 บาท/เดือน	87	39.5
5,001 – 10,000 บาท/ เดือน	108	49.1
10,001 – 15,000 บาท/เดือน	11	5.0
มากกว่า 15,000 บาท/เดือน	14	6.4
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ และ เหลือเก็บ	33	15.0
เพียงพอ แต่ ไม่เหลือเก็บ	66	30.0
ไม่เพียงพอ แต่ ไม่มีหนี้สิน	47	21.4
ไม่เพียงพอ และ มีหนี้สิน	74	33.6
ค่าใช้จ่ายในการรักษา (ค่าตรวจและค่ายา)		
ใช้สิทธิ์บัตรทอง	218	99.0
ประกันสังคม	1	0.5
โครงการ NAPHA	1	0.5

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่		
ในอำเภอเดียวกับ โรงพยาบาลที่รับยา	185	84.1
คนละอำเภอกับ โรงพยาบาลที่รับยา แต่อยู่ในจังหวัดสงขลา	24	10.9
นอกจังหวัดสงขลา แต่อยู่ในภาคใต้ตอนล่าง (พัทลุง, สตูล, ยะลา, ปัตตานี, นราธิวาส)	2	0.9
นอกจังหวัดสงขลา แต่อยู่ในภาคใต้ตอนกลาง (นครศรีธรรมราช, สุราษฎร์ธานี, ตรัง)	5	2.3
นอกจังหวัดสงขลา และไม่ได้อยู่ในภาคใต้	4	1.8

1.2. ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งทราบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน – 5 ปี (ร้อยละ 49.1) เหตุผลที่มาตรวจเลือดเพื่อให้ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี พบมากที่สุดคือ มีอาการของโรคร้อยละ 43.2 สาเหตุของการติดเชื้อส่วนใหญ่มาจากเพศสัมพันธ์ต่างเพศ ร้อยละ 77.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกผลเลือดกับครอบครัว หรือคู่สมรสแล้วถึงร้อยละ 93.2

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส (N = 220)

ข้อมูลการติดเชื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่ามีการติดเชื้อ (ปี) ($\bar{X} = 6.4$, $SD = 3.7$, Max = 20, Min = 0.5 ปี)		
6 เดือน – 5 ปี	108	49.1
5 – 10 ปี	88	40
10 ปี ขึ้นไป	24	10.9

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลการติดเชื้อ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของการมาตรวจเลือดเพื่อให้ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี		
มีอาการของการติดเชื้อเอชไอวี	95	43.2
คู่นอนติดเชื้อ	68	30.9
ตั้งครรภ์	33	15.0
ตรวจเลือดก่อนผ่าตัด/ตรวจพบโดยบังเอิญ	14	6.4
มีมากกว่า 1 สาเหตุ	10	4.5
สาเหตุของการติดเชื้อ		
การมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ	170	77.3
การใช้เข็มฉีดยา/ สารเสพติด	17	7.7
การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน	10	4.5
ไม่แน่ใจ/มีมากกว่า 1 ช่องทาง	23	10.5
ผู้ป่วยบอกผลเลือดกับครอบครัว หรือคู่สมรสแล้ว		
บอก	205	93.2
ไม่บอก	15	6.8

1.3. ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

กลุ่มตัวอย่างได้รับยาต้านรีโทรไวรัสมาเป็นระยะเวลา 6 เดือน- 5 ปี ร้อยละ 57.3 ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.4) รับประทานยาต้านรีโทรไวรัส สูตร d4T+3TC+NVP/ GPO VIR/ Lastavir+NVP ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.7 ไม่ได้อยู่ในระยะที่ต้องรับประทานยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เหตุผลในการรับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสพบมากที่สุด เพราะคิดว่าจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงร้อยละ 31.7 กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยารั้งแรกจากทีมแพทย์/ พยาบาล ร้อยละ 62.7 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลการเกี่ยวกับยาต้านรีโทรไวรัสจากโรงพยาบาลที่รับยา ร้อยละ 97.3 ร้อยละ 91.8 รับประทานอย่างต่อเนื่องไม่เคยหยุดยา ส่วนร้อยละ 8.2 ที่เคยหยุดรับประทานยา หยุดด้วยสาเหตุ เพราะทำงานไม่มีเวลารับประทานยามากที่สุด (ร้อยละ 33.3) ระยะเวลาที่หยุดยา ส่วนใหญ่น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 83.3 โดยเหตุผลที่เริ่มยารั้งใหม่พบมากที่สุดร้อยละ 37.1 คือ คิดว่าช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง

เคยเปลี่ยนสูตรยา (ร้อยละ 54.5) ด้วยสาเหตุที่พบบ่อยคือ กล้ามเนื้อลีบ/ แก้มตอบ/ ไขมันย้ายที่ ร้อยละ 39.2 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.8) มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการข้างเคียงระยะต้น/ ไม่รุนแรง พบมากที่สุดคือ มีผื่นตามร่างกาย ร้อยละ 35.6 ส่วนอาการข้างเคียงระยะต้น/ รุนแรง พบมากที่สุดคือ ผื่นแพ้รุนแรง ร้อยละ 48.9 และอาการข้างเคียงระยะยาว พบมากที่สุดคือ อาการแก้มตอบ/ แขนขาลีบ/ ก้นลีบ ร้อยละ 35.9 การแก้ไขเมื่อมีอาการข้างเคียงของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่ ปรึกษาเจ้าหน้าที่ในคลินิกยาต้านรีโทรไวรัส ร้อยละ 77

ตาราง 3

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส (N = 220)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของการได้รับยาต้านรีโทรไวรัส (ปี)		
(\bar{X} = 4.87 , SD = 2.87 , Max = 18 , Min = 0.5)		
6 เดือน – 5 ปี	126	57.3
5 – 10 ปี	86	39.1
10 – 18 ปี	8	3.6
ยาต้านรีโทรไวรัสที่ผู้ป่วยรับประทาน		
สูตรที่ 1		
d4T+3TC+NVP/ GPO VIR/ Lastavir+NVP	113	51.4
d4T+3TC+EFV/ Lastavir + EFV	25	11.4
AZT+3TC+NVP/ Zilavir + NVP	58	26.4
AZT+3TC + EFV / Zilavir + EFV	17	7.7
สูตรที่ 2		
d4T+3TC+LPV/ RTV/ Lastavir + LPV/ RTV	3	0.9
AZT+3TC+LPV/RTV/ Zilavir + LPV/ RTV	7	3.2

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสใน 6 เดือนที่ผ่านมา		
ได้รับ	27	12.3
ไม่ได้รับ	193	87.7
เหตุผลในการรับการรักษาด้านรีโทรไวรัส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คิดว่าจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง	151	31.7
คิดว่าจะทำให้อาการของโรคทุเลาลง	140	29.4
คิดว่าจะทำให้อายุยืนยาวขึ้น	131	27.5
คิดว่าจะทำให้โรคหายขาด	26	5.5
คิดว่าจะไม่ติดเชื้อ	14	2.9
คิดว่าสามารถทำให้มีบุตรได้อีก	14	2.9
ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส		
ครั้งแรก	170	62.7
ทีมแพทย์/ พยาบาล	48	17.7
เพื่อนผู้ติดเชื้อ	27	10.0
ญาติ	14	5.2
คู่อีก	9	3.3
อ่านจากบอร์ด/ แผ่นพับของโรงพยาบาล	3	1.1
อ่านหนังสือ		
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกินยาต้านรีโทรไวรัส	214	97.3
ได้รับ	6	2.7
ไม่เคยได้รับ		
ประวัติการหยุดยาด้านรีโทรไวรัส	202	91.8
ไม่เคย	18	8.2
เคย		

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของการหยุดยา (n=18)		
ทำงานไม่มีเวลารับประทานยา	6	33.3
เบื่อการรับประทานยา	5	27.8
ไม่มียา	4	22.2
ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาได้	2	11.1
คิดว่าอาการดีขึ้นแล้วไม่ต้องกินยา	1	5.6
ระยะเวลาที่หยุดยา (เดือน) (n=18)		
น้อยกว่า 6 เดือน	15	83.3
6 เดือน – 12 เดือน	3	16.7
เหตุผลในการมารับยาครั้งใหม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คิดว่าจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง	18	100
คิดว่าจะทำให้อาการของโรคทุเลาลง	13	37.1
คิดว่าทำให้อายุยืนยาวขึ้น	8	22.8
คิดว่าจะทำให้โรคหายขาด	1	2.9
ญาตินำมารักษา	1	2.9
ประวัติการเปลี่ยนสูตรยาระหว่างที่รักษา		
ไม่เคยเปลี่ยน	100	45.5
เคยเปลี่ยน	120	54.5
สาเหตุของการเปลี่ยนสูตรยา (n=120)		
ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาได้	20	16.7
มีอาการกล้ามเนื้อลึบ/ แก้มตบ/ ไขมันย้ายที่	47	39.2
มีร่างกายซีด	43	35.8
ภูมิคุ้มกันไม่เพิ่มขึ้นจากเดิม	10	8.3
การมีอาการข้างเคียงของยาต้านรีโทรไวรัส		
ไม่มี	106	48.2
มี	114	51.8

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
อาการข้างเคียงระยะต้น/ไม่รุนแรง (ตอบได้มากกว่า 1)		
ผื่นตามร่างกาย	47	35.6
วิงเวียน/ ปวดศีรษะ	32	24.2
ชาตามร่างกาย	30	22.7
คลื่นไส้/ อาเจียน	12	9.1
ผื่นร้าย	7	5.3
นอนไม่หลับ	4	3.0
อาการข้างเคียงระยะต้น/ รุนแรง (ตอบได้มากกว่า 1)		
ผื่นแพ้รุนแรง	22	48.9
คลื่นไส้/ อาเจียนอย่างรุนแรง	12	26.7
ซีดอย่างรุนแรง	8	17.8
ตาและตัวเหลือง/ ตับอักเสบ	3	6.7
อาการข้างเคียงระยะยาว (ตอบได้มากกว่า 1)		
แก้มคอบ/ แขนขาตีบ/ก้นตึงขาอ่อนแรง	55	35.9
ซีด	42	27.5
ชา/ ปวดขา/ ปวดน่อง	40	26.1
ไขมันในเลือดสูง	16	10.5
การแก้ไขเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาต้านรีโทรไวรัสเอดส์		
ปรึกษาเจ้าหน้าที่ในคลินิกยาด้านไวรัสเอดส์	94	77.0
ดูแลตนเอง	13	10.7
ปรึกษาผู้คิดเชื้อ	10	8.2
หยุดกินยาด้านไวรัสเอดส์เอง	3	2.5
ปรึกษาหมอที่บ้าน	2	1.6

1.4. ข้อมูลบ่งชี้ภาวะสุขภาพ

การศึกษายังพบว่า ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ก่อนเริ่มยามีค่าเฉลี่ย 134.96 (SD = 9.09) ส่วนใหญ่ ≤ 200 cell/mm³ ร้อยละ 90.5 ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านรีโทรไวรัสมีค่าเฉลี่ย 223.36 (SD = 15.06) ส่วนใหญ่ > 200 cell/mm³ ร้อยละ 91.8 ($\bar{X} = 223.36$, SD = 15.06) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 92.7 โดยก่อนรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 49.04 กิโลกรัม (SD = 8.82) หลังได้รับยาต้านรีโทรไวรัส น้ำหนักครั้งล่าสุดเฉลี่ย 54.14 กิโลกรัม (SD = 0.61) น้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 92.7 ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ส่วนใหญ่ < 50 copies/ml ร้อยละ 97.3

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ยมัธยฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพที่ได้รับการตรวจก่อนได้รับยาต้านรีโทรไวรัสและที่ได้รับการตรวจครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านรีโทรไวรัส ($N = 220$)

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ	ผลการตรวจก่อนได้รับยาต้านรีโทรไวรัส		ผลการตรวจครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านรีโทรไวรัส	
	Mean (SD)	Median (range)	Mean (SD)	Median (range)
ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) cell/mm ³	134.96 (9.09)	92.17 (1-1247)	223.36 (15.06)	482.85 (49-1323)
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	49.04 (0.59)	8.82 (30-73)	54.14 (0.61)	9.04 (30-84)

ตาราง 5

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ ($N = 220$)

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ก่อนรับประทานยา ($\bar{X} = 92.17$, SD = 134.96, Median = 55, Max = 1,246, Min = 1)		
≤ 200 cell/mm ³	199	90.5
> 200 cell/mm ³	21	9.5

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับภูมิคุ้มกันต้านทาน (CD4) ครั้งต่ำสุด (X = 482.85, SD = 223.36, Median = 464, Max = 1,323, Min = 49)		
≤ 200 cell/mm ³	18	8.2
> 200 cell/mm ³	202	91.8
ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดครั้งต่ำสุด		
< 50 copies/ml	214	97.3
$\geq 50 - 1000$ copies/ml	4	1.8
> 1001 copies/ml	2	0.9
การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหลังได้รับยา		
เท่าเดิม/เพิ่มขึ้น/ ลดลงแต่ไม่ $< 10\%$ ของน้ำหนักตัว	204	92.7
ลดลง $\leq 10\%$ ของน้ำหนักตัวเดิม	16	75.3

1.5. ข้อมูลเกี่ยวกับ ความต่อเนื่อง ปัญหาและอุปสรรค ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาสม่ำเสมอ $\geq 95\%$ ร้อยละ 95 และจากประเมินผลการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสด้วยตนเอง พบว่า รับประทานได้ดีมาก ร้อยละ 98.2 และพบว่า ตนเอง เป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้รับประทานยาได้ดี ร้อยละ 61.6 ร้อยละ 61.4 มารับยาเองตลอด ส่วนร้อยละ 38.6 เคยให้บุคคลอื่นมารับยาแทน คือ สามี/ ภรรยา/ แฟน/ คนรัก มารับยาแทนมากที่สุด ร้อยละ 20.0 สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถมารับยาด้วยตนเองได้ คือ ยุ่ง/ติดงาน ร้อยละ 43.7 ผลการตรวจเลือดและการตรวจร่างกายพบว่า ดี ร้อยละ 86.4 โดยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีผลเลือดหรือผลการตรวจร่างกายผิดปกติไป ร้อยละ 88.2 และหากผลเลือดหรือผลการตรวจร่างกายผิดปกติไป มีวิธีการดูแลตนเอง โดย การออกกำลังกาย ร้อยละ 25

ตาราง 6

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความต่อเนื่อง ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทาน ยาต้านรีโทรไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง (N = 220)

ข้อมูลเกี่ยวกับความต่อเนื่อง ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา	จำนวน	ร้อยละ
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		
≥ ร้อยละ 95	209	95
< ร้อยละ 95	11	5
การประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาของตนเอง		
รับประทานยาได้ดีมาก	216	98.2
รับประทานยาได้ดีปานกลาง	3	1.4
รับประทานยาไม่ดี	1	0.5
บุคคลที่ช่วยส่งเสริมให้รับประทานยาได้ดี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ตนเอง	135	61.6
ครอบครัว	80	36.5
แพทย์/พยาบาล	41	18.7
การมารับยาด้วยตนเอง		
มารับยาเองตลอด	135	61.4
เคยให้คนอื่นมารับยาแทน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	85	38.6
ญาติ/สมาชิกในครอบครัว	20	21.7
เพื่อนสนิท	10	10.9
คนรู้จัก/แกนนำ	16	17.4
สามี/ภรรยา/แฟน/คนรัก	46	20.0
สาเหตุทำให้ไม่สามารถมารับยาด้วยตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยุ่ง/ติดงาน	45	43.7
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	21	20.4
อายุไม่ยอมให้คนอื่นเห็น/ กลัวคนอื่นรู้	20	19.7
ไม่มีรถ หรือยานพาหนะ ที่สะดวกในการเดินทาง	16	15.1
เบื่อหน่าย	9	8.7

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สามารถมารับยาเองได้ตามคำฟัง	8	7.8
ระยะทางไกล	4	3.9
ไม่สะดวกในการรับบริการที่คลินิก	4	3.9
ผลการตรวจเลือดและการตรวจร่างกาย		
ดี	190	86.4
ปานกลาง	21	9.5
ไม่ดี	9	4.1
ระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีผลเลือดหรือผลการตรวจร่างกายผิดปกติ		
มี	26	11.8
ไม่มี	194	88.2
การดูแลตนเองเมื่อร่างกายผิดปกติ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ออกกำลังกาย	14	25
พักผ่อนเพิ่มมากขึ้น	9	16.1
รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	8	14.3
ไม่เครียด/ ไม่คิดมาก	7	12.5
รับประทานยาให้ตรงเวลา	6	10.7
รับประทานยาบำรุง/ อาหารเสริม	2	3.6
ควบคุมอาหาร ลดน้ำตาล/ ลดไขมัน	2	3.6
หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1	1.8

1.6. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นานๆครั้ง/ ไม่ดื่มเลย ร้อยละ 93.2 สูบบุหรี่นานๆครั้ง/ ไม่สูบเลย ร้อยละ 80.3 ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.6 ไม่ใช้สารเสพติด ส่วน ร้อยละ 7.4 ยังคงใช้สารเสพติด โดยสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ เฮโรอีน ร้อยละ 2.8 การศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 73.6 โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ร้อยละ 79.6 ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดพบมากที่สุด คือ เดือนละ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 52

ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งร้อยละ 76.3 ส่วนความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์พบมากที่สุด คือ เดือนละ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 52.0 ประมาณครึ่งหนึ่งไม่ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 50) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ร้อยละ 8.9 มีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์พบมากที่สุด เดือนละ 1-3 ครั้ง ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางทุกครั้ง ร้อยละ 73.4 ส่วนใหญ่บุคคลในกลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ด้วยคือ สามี/ภรรยา/ คู่นอนประจำ ร้อยละ 88.3 และพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 47.5) ส่วนใหญ่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ร้อยละ 83.1 และพบมีการคุมกำเนิดมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 66.8) ส่วนใหญ่คุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 74.4

ตาราง 7

จำนวน และร้อยละคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (N = 220)

ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มห้ำหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ดื่มน้อย	15	6.8
ดื่มนานๆครั้ง / ไม่ดื่ม	205	93.2
การสูบบุหรี่		
สูบทุกวัน	43	19.7
สูบนานๆครั้ง / ไม่สูบ	175	80.3
การใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้	201	92.6
ใช้	16	7.4
เฮโรอีน	6	2.8
กัญชา	5	2.3
ยาไอซ์	4	1.9
ยาบ้า	1	0.5
การมีเพศสัมพันธ์		
ไม่มี	58	26.4
มี	162	73.6

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ทางช่องคลอด	152	79.6
ทางปาก	22	11.5
ทางทวารหนัก	17	8.9
ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด		
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	19	12.7
เดือนละ 1-3 ครั้ง	78	52.0
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	31	20.7
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	15	10.0
สัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง	2	1.3
วันละ 1 ครั้ง	5	3.3
การใช้ถุงยางอนามัย		
ใช้ทุกครั้ง	116	76.3
ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	34	22.4
ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	2	1.3
ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก		
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	4	16.0
เดือนละ 1-3 ครั้ง	13	52.0
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	4	16.0
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	2	8.0
วันละ 1 ครั้ง	1	4.0
วันละ 2-3 ครั้ง	1	4.0
การใช้ถุงยางอนามัย		
ใช้ทุกครั้ง	4	18.2
ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	7	30.8
ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	11	50.0

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก		
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	2	16.7
เดือนละ 1-3 ครั้ง	5	41.7
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2	16.7
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	2	16.7
วันละ 1 ครั้ง	1	8.2
การใช้ถุงยางอนามัย		
ใช้ทุกครั้ง	11	73.4
ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง	2	13.3
ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	2	13.3
บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ (n = 162)		
สามี/ภรรยา / คู่นอนประจำ	143	88.3
เพื่อนหญิง/ เพื่อนชายคนใหม่	11	6.8
ผู้หญิงหรือผู้ชายขายบริการ	8	4.9
การติดเชื้อเอชไอวีของบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ (n = 162)		
ไม่ติดเชื้อ	38	23.5
ไม่แน่ใจ/ ไม่ตรวจ/ ไม่ถาม	47	29.0
ติดเชื้อ	77	47.5
กินยาต้านรีโทรไวรัส	64	83.1
ไม่ได้กินยาต้านรีโทรไวรัส	13	16.9
การคุมกำเนิด		
ไม่คุมกำเนิด	11	5.0
คุมกำเนิด	147	66.8
คุมกำเนิดโดยวิธีธรรมชาติ/ นับวันปลอดภัย	8	4.8
ถุงยางอนามัย	125	74.4
ยาเม็ดคุมกำเนิด/ ยาฉีด/ ยาคุมกำเนิด/ ยาฝัง/ ใส่ห่วง	23	13.7
ทำหมัน	12	7.1

1.7 การล้มเหลวในการรักษา

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 2.7 (6 ราย) โดยแบ่งเป็นความล้มเหลวทางภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 2.3 (5 ราย) ความล้มเหลวทางไวรัส ร้อยละ 0.4 (1 ราย) และกลุ่มตัวอย่างไม่มีความล้มเหลวทางคลินิก

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษา

2.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา

จากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.52$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.13$, $SD = 0.58$) รองลงมาเป็นด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.74$)

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนนโดยรวมและรายด้าน ($N = 220$)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	4.10	0.52	ปานกลาง
ด้านการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ	4.13	0.58	ปานกลาง
ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม	4.09	0.74	ปานกลาง
ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	3.70	0.75	ปานกลาง

2.1.1 ผลการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษา เป็นรายข้อ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 5 ข้อ ได้แก่ การไม่ใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นเลือดร่วมกับผู้อื่น ($\bar{X} = 4.59, SD = 0.94$) การดูแลให้ได้รับประทานยาครบทุกมื้อ แม้ว่าต้องเดินทางไกล ($\bar{X} = 4.56, SD = 0.66$) การรับประทานยาถูกต้องทุกมื้อ ($\bar{X} = 4.55, SD = 0.64$) การรับประทานยาได้ครบทุกมื้อ ($\bar{X} = 4.54, SD = 0.72$) และการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ($\bar{X} = 4.53, SD = 1.01$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาต่ำที่สุด 5 ข้อ คือ การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด ($\bar{X} = 2.99, SD = 1.38$) การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรืองดการมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{X} = 3.25, SD = 1.53$) การหลีกเลี่ยงไม่เข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด ($\bar{X} = 3.39, SD = 1.30$) การออกกำลังกายได้เป็นประจำ ครั้งละ 30-45 นาที/ครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ($\bar{X} = 3.47, SD = 0.80$) และการรับประทานวิตามินและอาหารเสริมทดแทนในกรณีร่างกายอ่อนแอ ($\bar{X} = 3.50, SD = 1.36$) ตามลำดับ

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาจำแนกเป็นรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 5 ข้อ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด 5 ข้อในกลุ่มตัวอย่าง ($N = 220$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ
ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด			
1. การไม่ใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นเลือดร่วมกับผู้อื่น	4.59	0.94	สูง
2. การดูแลให้ได้รับประทานยาครบทุกมื้อ แม้ว่าต้องเดินทางไกล	4.56	0.66	สูง
3. การรับประทานยาถูกต้องทุกมื้อ	4.55	0.64	สูง
4. การรับประทานยาได้ครบทุกมื้อ	4.54	0.72	สูง
5. การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก	4.53	1.01	สูง

ตาราง 9 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ
ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด			
1. การไม่ใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นเลือดร่วมกับผู้อื่น	4.59	0.94	สูง
2. การดูแลให้ได้รับประทานยาครบทุกมื้อ แม้ว่าต้องเดินทางไกล	4.56	0.66	สูง
3. การรับประทานยาถูกต้องทุกมื้อ	4.55	0.64	สูง
4. การรับประทานยาได้ครบทุกมื้อ	4.54	0.72	สูง
5. การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก	4.53	1.01	สูง
ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด			
1. การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด	2.99	1.38	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือ งดการมีเพศสัมพันธ์	3.25	1.53	ปานกลาง
3. หลีกเลี่ยง ไม่เข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด	3.39	1.30	ปานกลาง
4. การออกกำลังกายได้เป็นประจำ ครั้งละ 30-45 นาที/ ครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	3.47	0.80	ปานกลาง
5. การรับประทานวิตามินและอาหารเสริมทดแทนในกรณีร่างกายอ่อนแอ	3.50	1.36	ปานกลาง

2.2. การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา

จากการศึกษาการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.47$) ยกเว้นด้านการป้องกันโรคติดเชื้ออวยโอกาสอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.67$) ดังตาราง 10

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าคะแนนโดยรวมและรายด้าน (N = 220)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาโดยรวม	4.35	0.47	สูง
ด้านการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ	4.52	0.48	สูง
ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม	4.50	0.55	สูง
ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	4.04	0.67	ปานกลาง

2.2.1. การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาเป็นรายข้อ

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 5 ข้อ ได้แก่ การรับประทานยาถูกต้องทุกมื้อ ($\bar{X} = 4.85$, SD = 0.38) การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล ($\bar{X} = 4.85$, SD = 0.44) การรับประทานยาถูกต้องทั้ง สี ชนิด และครบถ้วนทุกครั้งที่ได้รับประทาน ($\bar{X} = 4.85$, SD = 0.58) การดูแลให้ได้รับประทานยาครบทุกมื้อ แม้จะต้องเดินทางไกล ($\bar{X} = 4.83$, SD = 0.49) และการรับประทานยาได้ครบทุกมื้อ ($\bar{X} = 4.84$, SD = 0.56) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาน้อยที่สุด 5 ข้อคือ การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด ($\bar{X} = 3.17$, SD = 1.53) การไม่สูบบุหรี่ ($\bar{X} = 3.59$, SD = 1.40) การออกกำลังกายได้เป็นประจำ ครั้งละ 30-45 นาที/ ครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ($\bar{X} = 3.63$, SD = 1.25) การทำจิตใจให้สงบด้วย ทำสมาธิ, สวดมนต์ หรือทำละหมาด ($\bar{X} = 3.74$, SD = 1.38) และการรับประทานวิตามินและอาหารเสริมทดแทนในกรณีร่างกายอ่อนแอ ($\bar{X} = 3.75$, SD = 1.37) ตามลำดับ (ตาราง 11)

ตาราง 11

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาจำแนก เป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 5 ข้อ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 5 ข้อ ในกลุ่มตัวอย่าง (N = 220)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	โดยรวม		
	\bar{X}	SD	ระดับ
ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด			
1. การรับประทานยาถูกต้องทุกมื้อ	4.85	0.38	สูง
2. การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล	4.85	0.44	สูง
3. การรับประทานยาถูกต้องทั้ง สี ชนิด และ ครบถ้วนทุกครั้งที่ได้รับประทาน	4.85	0.58	สูง
4. การดูแลให้ได้รับประทานยาครบทุกมื้อ แม้ว่าต้องเดินทางไกล	4.83	0.49	สูง
5. การรับประทานยาได้ครบทุกมื้อ	4.84	0.56	สูง
ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด			
1. การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด	3.17	1.53	ปานกลาง
2. การไม่สูบบุหรี่	3.59	1.40	ปานกลาง
3. การออกกำลังกายได้เป็นประจำ ครั้งละ 30-45 นาที/ ครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	3.63	1.25	ปานกลาง
4. การทำจิตใจให้สงบด้วย ทำสมาธิ, สวดมนต์ หรือทำละหมาด	3.74	1.38	ปานกลาง
5. การรับประทานวิตามินและอาหารเสริมทดแทนในกรณีร่างกายอ่อนแอ	3.75	1.37	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

คะแนนความรู้โดยรวมพบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.8 ($\bar{X} = 6.46$, $SD = 1.82$) ส่วนความรู้ในระดับปานกลาง และระดับน้อย พบร้อยละ 35 และร้อยละ 8.2 ตามลำดับ (ตาราง 12) ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ ในกรณีที่ท่านและคู่นอน ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันทั้งคู่ ต้องใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก และการได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ทั้งจากเพศสัมพันธ์ และทางเข็มฉีดยา จะทำให้เชื้อกลายพันธุ์และเกิดการดื้อยาได้ง่าย ตอบถูกร้อยละ 84.1 ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด คือ หากต้องการปรับเวลาในการกินยา ทำได้โดยการปรับเวลาให้เร็วขึ้น หรือช้าลงมือละ 30 นาที โดยตอบถูกร้อยละ 38.2 (ตาราง 13)

ตาราง 12

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและร้อยละของระดับความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (N=220)

ความรู้	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความรู้	ระดับความรู้ (ร้อยละ)		
				น้อย	ปานกลาง	มาก
การรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสโดยรวม	6.47	1.82	มาก	8.2	35.0	56.8

ตาราง 13

จำนวนและร้อยละของความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ตอบถูก (N = 220)

ข้อคำถามความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
1. การกินยาต้านรีโทรไวรัสเอดส์ จะกินก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ โดยคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 30 นาที	127	57.7
2. หากลืมกินยา 1 มื้อวิธีแก้ไขคือกินยาทันทีและกินยามื้อต่อไปให้ตรงเวลา	179	81.4
3. หากต้องการปรับเวลาในการกินยา ทำได้โดยการปรับเวลาให้เร็วขึ้นหรือช้าลงมือละ 30 นาที	84	38.2

ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อคำถามความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส	จำนวน	ร้อยละ
4. หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ไม่รุนแรง แก้ไขได้โดยการกินอาหารน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง	90	40.9
5. หากมีไข้สูง / ตัวเหลือง/ ซีด เกิดขึ้นขณะรับประทานยา แก้ไขได้โดยมารับการรักษาที่ รพ.ทันที	124	56.4
6. ปริมาณเชื้อไวรัสที่มากกว่า 2000 รูปแบบ/มิลลิเมตร เป็นสัญญาณเตือนว่าเชื้อคือยา	118	53.6
7. หากพบว่าภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ร่างกายมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย	157	71.4
8. ในกรณีที่ท่านและคู่นอน ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันทั้งคู่ ต้องใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก	185	84.1
9. หากถุงยางอนามัยแตกขณะมีเพศสัมพันธ์ ต้องเปลี่ยนถุงยางอนามัยใหม่ทันที หรือใส่ถุงยางอนามัยซ้อนทันที	172	78.2
10. การได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ทั้งจากเพศสัมพันธ์ และทางเข็มฉีดยา จะทำให้เชื้อกลายพันธุ์และเกิดการคือยาได้ง่าย	185	84.1

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษา

ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัว (N = 220) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.81, p < 0.01$) (ตาราง 14)

ตาราง 14

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม ($N = 220$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	1	2
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.00	
การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	0.81*	1.00

* $p < 0.01$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส โดยผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการศึกษาลักษณะกลุ่มตัวอย่างและวัตถุประสงค์ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 220 ราย พบ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.7 ทั้งนี้เพราะเพศหญิงมีโอกาสตรวจพบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีได้ตั้งแต่ที่ตนเองตั้งครรภ์ (ร้อยละ 15.0) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยมักให้ความสำคัญกับการสุขภาพและรูปลักษณ์ จึงค้นพบว่าตนเองติดเชื้อได้เร็วกว่าเพศชาย และเมื่อต้องเข้ารับการรักษา เพศหญิงมักให้ความร่วมมือในการรักษาจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 39 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน และหารายได้เข้าสู่ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36- 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.34

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 87.7) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 55.5 มี สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ (2553) ที่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัสส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.6 และประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด ร้อยละ 54.5 สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ (2552) ซึ่งพบว่าอาชีพส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มารับยาต้านรีโทรไวรัส คือ อาชีพรับจ้าง ซึ่งมีความสอดคล้องกับรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทย ซึ่งรายงานว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่มาอาชีพรับจ้าง (สำนักกระบาด กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และร้อยละ 42.3 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประมาณ 5,001-10,000 บาท/เดือน โดยรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน ร้อยละ 33.6 กลุ่มตัวอย่างไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลดีคือ ทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงยาได้มากขึ้นดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัส มากถึง 370,474 ราย (กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) แต่ขณะเดียวกันอาจส่งผลที่ไม่ดี คือ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เห็นคุณค่าของการได้รับยา ขาดการดูแลและ เก็บรักษาอย่างดี เนื่องจากไม่ต้องจ่ายเงินค่ายา บางครั้งจะพบผู้ป่วยลืมยา ทำยาสูญหาย ซึ่งยาเหล่านี้แท้จริงเป็นเงิน งบประมาณของประเทศชาติ การศึกษาพบว่าร้อยละ 84.1 กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกับ โรงพยาบาลที่มารับยา ทั้งนี้เป็นผลจากการกำหนดขอบเขตของสิทธิบัตรในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวคนธ์ (2549) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการศึกษาใน ระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท และ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในการรักษา การศึกษาของเบญจมาภรณ์ (2553) ยัง พบว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ มีอาชีพรับจ้างใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น สิทธิในการรักษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน – 5 ปี (ร้อยละ 49.1) ซึ่งเป็นระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่มีอาการของโรคเอดส์ (ยอดยิ่ง, 2544; พิไลพันธุ์, 2541) ดังจะเห็น ได้ว่าร้อยละ 43.2 มาตรฐานเอดส์เพราะมีอาการของโรค สาเหตุของการติดเชื้อร้อยละ 77.3 มาจากการมี เพศสัมพันธ์กับต่างเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ (2553) ที่พบว่าสาเหตุของการติดเชื้อ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกผลเลือดกับครอบครัว หรือคู่ สมรสแล้วร้อยละ 93.2 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาสม่ำเสมอ และปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน ความล้มเหลวในการรักษาได้ในระดับสูง เป็นผลมาจากการเปิดเผยผลเลือดให้กับคนในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่เป็นที่รักเป็นกำลังใจในการมีชีวิต ทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติตัวที่ดีตามมาสอดคล้อง กับการศึกษาของธัญ (2545) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยการติดเชื้อของตนเองกับ

บุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องจะได้รับความเห็นใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง ครอบครัวจะคอยให้คำปรึกษา รับฟังปัญหาความทุกข์ร้อนต่างๆ ตลอดจนเสริมสร้างกำลังใจและให้ความสบายใจได้เป็นอย่างดี

กลุ่มตัวอย่างได้รับยาต้านรีโทรไวรัสมาแล้วเป็นระยะเวลา 6 เดือน- 5 ปี ร้อยละ 57.3 โดยส่วนใหญ่รับประทานยาสูตรที่ 1 d4T+3TC+NVP/ GPO VIR/ Lastavir+NVP ร้อยละ 51.4 ซึ่งเป็นสูตรพื้นฐานที่ทีมผู้ดูแลรักษา เริ่มต้นใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ประพันธ์ และคณะ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ (2551) ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสในรพ. หางดง ส่วนใหญ่รับประทานยาสูตรสูตร GPO-vir S30 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.8 ไม่เคยหยุดรับประทานยา ส่วนที่เคยหยุดรับประทานยาเพราะสาเหตุทำงานไม่มีเวลารับประทานยาร้อยละ 33.3 และร้อยละ 27.8 ระยะเวลาที่หยุดยา ส่วนใหญ่น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 83.3 เหตุผลที่เริ่มยาครั้งใหม่หลังจากเคยหยุดยามาแล้วเพราะ คิดว่าช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง ร้อยละ 37.1 การศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 เคยเปลี่ยนสูตรยา ด้วยสาเหตุ กล้ามเนื้อลึบ/ แก้มตบ/ ไขมันย้ายที่ ร้อยละ 39.2 ร้อยละ 51.8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการข้างเคียงระยะต้น/ ไม่รุนแรง คือ มีผื่นตามร่างกาย ร้อยละ 35.6 ส่วนอาการข้างเคียงระยะต้น/ รุนแรง ส่วนใหญ่ คือ ผื่นแพ้รุนแรง ร้อยละ 48.9 ส่วนอาการข้างเคียงระยะยาว ส่วนใหญ่พบอาการแก้มตบ/ แขนขาลึบ/ ก้นลึบ ร้อยละ 35.9 การแก้ไขเมื่อมีอาการข้างเคียงของกลุ่มตัวอย่าง คือ ปรึกษาเจ้าหน้าที่ในคลินิกยาต้านรีโทรไวรัส ร้อยละ 77 ซึ่งจากอาการข้างเคียงดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งเคยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยผู้ที่มีอาการระยะต้น/ ไม่รุนแรง ใช้วิธีการรักษาตามอาการและสามารถใช้ยาสูตรเดิมได้ต่อไป ส่วนในรายที่มีอาการข้างเคียงระยะต้น/ รุนแรง โดยเฉพาะผื่นแพ้ที่รุนแรง แพทย์จะปรับเปลี่ยนยาเพื่อให้ได้ยาต้านรีโทรไวรัสที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ส่วนอาการข้างเคียงระยะยาว ที่อาจพบมากขึ้นเรื่อยๆ ตามเวลาที่ใช้ยา เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและ ทีมสุขภาพต้องเฝ้าระวัง โดยการสังเกตอาการซิด/ แก้มตบ/ แขนขาลึบ/ ซา/ ปวดขาและปวดน่อง ร่วมกับตรวจไขมันในเลือด ซึ่งถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าวต้องเปลี่ยนสูตรยาทันที (ประพันธ์ และคณะ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ (2553) ซึ่งพบอาการข้างเคียงในการรับประทานยามากที่สุดคือ มีผื่นขึ้นตามร่างกายและแก้มตบ/ แขนขาลึบ/ ก้นลึบ

กลุ่มตัวอย่าง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส ≥ 95 % ร้อยละ 95 สอดคล้องกับการศึกษาของของเสาว์คนธ์ (2549) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่รับประทานยาสม่ำเสมอ ≥ 95 % ซึ่งความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาไม่ก่อให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาและไม่ก่อให้เกิดการคื้อยาในอนาคต (สมนึก, 2551)

การศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่ารับประทานยาต้านรีโทรไวรัสได้ดีมาก (ร้อยละ 98.2) และพบว่า ตนเอง เป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้รับประทานยาได้ดี (ร้อยละ 61.6) ร้อยละ 61.2 มารับยาเองตลอด ส่วนร้อยละ 38.8 เคยให้บุคคลอื่นมารับยาแทน โดยมีญาติ/ สมาชิกในครอบครัว มารับยาแทนมากที่สุด ร้อยละ 31 สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถมารับยาด้วยตนเองได้ คือ ยุ่ง/ติดงาน ร้อยละ 43.7 ผลการตรวจเลือดและการตรวจร่างกาย พบว่า ดี ร้อยละ 86.4 โดยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีผลเลือดหรือผลการตรวจร่างกายผิดปกติไป ร้อยละ 88.2 และหากผลเลือดหรือผลการตรวจร่างกายผิดปกติไป มีวิธีการดูแลตนเอง โดย การออกกำลังกาย ร้อยละ 25 สอดคล้องกับการศึกษาของเสาว์คนธ์ (2549) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่รับประทานยาสม่ำเสมอไม่เคยขาดแม้แต่เม็ดเดียว ส่วนเหตุผลที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น ยุ่งจนไม่มีเวลารับประทานยา ลืมรับประทานยา ต้องไปทำธุระนอกบ้าน อธิบายได้ว่าการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลที่จะเห็นความสำคัญ และตระหนักต่อสุขภาพของตนและส่งผลต่อการปฏิบัติ (ศุภรินทร์; 2548, เสาว์คนธ์; 2549, Chesney, 2000)

กลุ่มตัวอย่าง มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ก่อนเริ่มยา ส่วนใหญ่ ≤ 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ร้อยละ 90.5 ($\bar{X} = 134.96$, $SD = 9.09$, $Median = 92.17$) ปัจจุบันระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ส่วนใหญ่ > 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ร้อยละ 91.8 ($\bar{X} = 223$, $SD = 15.06$, $Median = 482.85$) ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ส่วนใหญ่ ≤ 50 รูปแบบ/ มิลลิตร ร้อยละ 97.3 น้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างยังคงเท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 92.7 โดยน้ำหนักตัวเฉลี่ย คือ 54.14 ซึ่งเป็นน้ำหนักไม่เกิดความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคที่รวดเร็ว (ชยันตร์ธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ (2553) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวหลังได้รับยาเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยของระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น มีระดับปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ≤ 50 รูปแบบ/ มิลลิตร

การศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 73.6 โดยมีส่วนใหญ่มีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการใส่ถุงยางอนามัย ร้อยละ 74.4 สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ (2553) ประนอม, ประณีต และพัชรียา (2550) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยการใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง การศึกษายังพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ร้อยละ 79.6 ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 76.3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ร้อยละ 11.5 เกือบครึ่งหนึ่งไม่ใช้ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 50) กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ร้อยละ 8.9 ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางทุกครั้ง ร้อยละ 73.4 บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ด้วย คือ สามี/ ภรรยา/ คู่นอนประจำ ร้อยละ 88.8 ครึ่งหนึ่งติดเชื้อ

เอชไอวีด้วย (ร้อยละ 47.5) และส่วนใหญ่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 83.1) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างดื่มเหล้าหรือดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นานๆ ครั้ง-ไม่ดื่มเลย ร้อยละ 93.3 สูบบุหรี่ นานๆ ครั้ง-ไม่สูบเลย ร้อยละ 80.3 ร้อยละ 92.6 ไม่ใช้สารเสพติด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงใช้สารเสพติด ร้อยละ 7.4 ใช้สารเสพติดประเภท เฮโรอีน ร้อยละ 2.8 มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ (2553) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 0.52$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่น/ มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาให้สำเร็จ ทั้งในด้านการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส อย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคอื่นๆ พบว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลางเช่นกัน (นิภาพร, 2550) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่น/ มั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อมั่น/ มั่นใจของบุคคลผันแปรตามสถานการณ์ที่เผชิญกระทำ (Bandura, 1997) กล่าวคือ ถ้ากลุ่มตัวอย่างเคยผ่านประสบการณ์ และประเมินได้ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอ ก็จะส่งผลให้มีความเชื่อมั่น/ มั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น จะเห็นจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่มในระดับสูง ทั้งนี้เพราะกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเคยพร่องในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ จนตนเองติดเชื้อเอชไอวี และเพราะการติดเชื้อดังกล่าวเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการเพิ่มพูนความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จึงทำให้มีความเชื่อมั่น/ มั่นใจในการป้องกันการรับเชื้อเพิ่มได้ในระดับสูง ส่วนในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์ เช่น ไม่เคยมีประสบการณ์ปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยา หรือ ไม่เคยให้ผู้อื่นมารับยาแทน จึงไม่มั่นใจและไม่คุ้นชินกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับรองลงมา

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากที่สุดในด้านการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 4.13$, $SD = 0.58$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนมากที่สุด 5 ข้อคือ 1) การไม่ใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นเลือดร่วมกับผู้อื่น 2) การดูแลให้ได้รับประทานยาครบทุกมื้อ แม้ว่าต้องเดินทางไกล 3) การรับประทานยาถูกต้องทุกมื้อ 4) การรับประทานยาได้ครบทุกมื้อ และ 5) การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาเหล่านี้ เกิดขึ้นได้ในกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติด

ติด โดยเฉพาะจากเข็มฉีดยา นิยมการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดมากกว่าทางทวารหนัก รวมทั้งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสเป็นอย่างดี ($\bar{X} = 6.46$, $SD = 1.82$) เนื่องจากเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสจากทีมสุขภาพ ส่วนค่าคะแนนที่กลุ่มตัวอย่างมีน้อย 5 ข้อ 1) การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด 2) การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือ งดการมีเพศสัมพันธ์ 3) หลีกเลี่ยง ไม่เข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด 4) การออกกำลังกายได้เป็นประจำ ครั้งละ 30-45 นาที/ ครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และ 5) การรับประทานวิตามินและอาหารเสริมทดแทนในกรณีร่างกายอ่อนแอ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีอายุเฉลี่ย 39 ปี และส่วนใหญ่ยังคงมีเพศสัมพันธ์ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา อาจจะทำให้ยาก โดยเฉพาะในหญิงไทย ด้วยแล้ว การต่อรองเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศยังมีน้อยดังนั้นการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือ งดการมีเพศสัมพันธ์ เพศหญิงมักรับรู้ว่าเป็นสิทธิ์ของเพศชายมากกว่า ส่วนการหลีกเลี่ยง ไม่เข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าเป็นสิทธิ์ของตนเองมีโอกาสหลีกเลี่ยงได้น้อย เนื่องจากตนเองร่างกายแข็งแรง ยังคงทำงานร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังรับรู้ว่าเป็นความสามารถที่จะออกกำลังกายเป็นประจำ ครั้งละ 30 – 45 นาที/ ครั้ง ได้น้อยเนื่องจากตนเองต้องทำงานหนักอยู่แล้ว (กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.3) จึงไม่ให้ความสำคัญในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของไปรมายต์ (2544) ที่พบว่า การออกกำลังกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังอยู่ในระดับพอใช้หรือมีการออกกำลังกายน้อย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ ช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันทำหน้าที่ได้ดี และสามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ (ดารณี และเพียงใจ, 2546) ช่วยให้การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะเอดส์ช้าลง (Mustafa et al., 1999) และจากการศึกษาของพรชัย (2545) พบว่า การออกกำลังกายที่นิยมกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือการเดินเร็ว และวิ่ง หรือทำงานบ้าน จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพในการให้คำแนะนำ เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักและ เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายที่เหมาะสมและเพียงพอ

การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา

จากผลการศึกษาการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.47$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ติดเชื้อมาเป็นระยะเวลานาน (เฉลี่ย 6.7 ปี) มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสในระดับมาก ($\bar{X} = 6.46$, $SD = 1.82$) มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ จึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการรักษาที่ดีขึ้น มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา จึงเป็นผลให้ชีวิตยืนยาวขึ้นตามมา

สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ (2553) และถัดมา (2553) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดีในกลุ่มที่รับยาต้านรีโทรไวรัสมาเป็นระยะเวลา 6-24 เดือน และจะมีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดีมากในกลุ่มที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสในระยะนานกว่า คือ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้านการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด (\bar{X} = 4.52, SD = 0.48) โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนมากที่สุด 5 ข้อคือ 1) การรับประทานยาถูกต้องทุกมื้อ 2) การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล 3) การรับประทานยาถูกต้องทั้ง สี ชนิด และครบถ้วนทุกครั้งที่ได้รับประทาน 4) การดูแลให้ได้รับประทานยาครบทุกมื้อ แม้ว่าต้องเดินทางไกล และ 5) การรับประทานยาได้ครบทุกมื้อ อภิปรายได้ว่าเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นอย่างดี ทิมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลได้เน้นย้ำเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่องตรงเวลา มีการซักถามการจัดการให้ได้รับยาครบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องเดินทางไกล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของนิภารัตน์ (2550) ที่พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลในคลินิกยาต้านรีโทรไวรัสอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ และวิธีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ลืมหรือขาดยา โดยเน้นความสำคัญของการรับประทานยาครบถ้วน ต่อเนื่องและสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต ส่วนค่าคะแนนที่กลุ่มตัวอย่างมีน้อย 5 ข้อ 1) การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด 2) การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือ งดการมีเพศสัมพันธ์ 3) หลีกเลี่ยงไม่เข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด 4) การออกกำลังกายได้เป็นประจำ ครั้งละ 30-45 นาที/ ครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และ 5) การรับประทานวิตามินและอาหารเสริมทดแทนในกรณีร่างกายอ่อนแอ อภิปรายได้ว่าเพราะ กลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในระยะเจ็บป่วย หรือระยะเอดส์ มีระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยเฉลี่ยมีภูมิคุ้มกัน 223.36 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (SD = 15.06), มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดต่ำกว่า 50 รูปแบบต่อมิลลิตร, มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยเฉลี่ยมีน้ำหนัก 54.14 กิโลกรัม ถือได้ว่า ส่วนใหญ่ไม่เกิดความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส จึงมีสุขภาพแข็งแรง ใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไป จึงมักไม่ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก หรือหลีกเลี่ยง เมื่อต้องเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด เพราะอาจจะกลัวว่าจะเป็นจุดเด่น ทำให้บุคคลอื่นสงสัยเรื่องการติดเชื้อของตนเอง ทั้งที่การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก เป็นการลดการรับและการแพร่กระจายเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่เหมาะสมเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด จึงเป็นงานที่ทำหายสำหรับทิมสุขภาพในการสร้างวัฒนธรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระบบทางเดินหายใจโดยการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ (2553) ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัดได้ และยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนติดเชื้อ

ในระบบทางเดินหายใจได้ รวมทั้งยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงที่อาจแพร่เชื้อโรคมารูตนเองได้ เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่หรือห่าน ซึ่งการศึกษาของสคูดาร์ตัน (2541) พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากต้องทำงานนอกบ้านร่วมกับผู้ร่วมงานคนอื่น การศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายน้อย เนื่องจาก ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทำงานรับจ้าง ซึ่งเป็นงานหนัก เหนื่อย จึงคิดว่าเพียงพอแล้วกับการออกกำลังกาย ซึ่งแท้ที่จริงแล้ว การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ จะมีประโยชน์ในการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับประทานวิตามินและอาหารเสริมทดแทนในกรณีร่างกายอ่อนแอ เนื่องจากวิตามินและอาหารเสริมทดแทนส่วนใหญ่มีราคาสูง กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอและยังมีหนี้สิน จึงรักษาโรคด้วยยาที่ทางโรงพยาบาลจัดให้เท่านั้น ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพที่จะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาวิตามินเมื่อร่างกายอ่อนแอ พร้อมทั้งแนะนำอาหารทางเลือก/ อาหารเสริมที่มีในท้องถิ่นให้ผู้ป่วยเลือกรับประทาน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.81, p < 0.01$) แสดงว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาสูง มีความมั่นใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษาให้ได้ ซึ่งเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และสม่ำเสมอ ภายใต้อำนาจของทีมสุขภาพ จึงส่งผลให้การรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสมีประสิทธิภาพดีสูงสุด ไม่เกิดความล้มเหลวในการรักษา หรือการดื้อยา ดังจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการล้มเหลวในการรักษาเพียงร้อยละ 2.7 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการกระทำ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ แต่หากบุคคลใดรับรู้ว่าคุณเองไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ ก็จะหลีกเลี่ยงหรือไม่พยายามจะกระทำพฤติกรรมนั้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ดังเช่น การศึกษาของคูลิต (2542) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการรับประทานยาป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และอรอนงค์ (2551) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ เบญจวรรณ (2543) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบแผลเปิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนนิภาพร (2550) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกัน

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสในระดับสูง ก็จะมี ความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันความล้มเหลวที่ดีตามมา ทั้งด้านการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์จะปฏิบัติได้ดียังมีองค์ประกอบอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกิจกรรมที่ยาก หรือยังไม่เคยมีประสบการณ์ เช่น การปรับเปลี่ยนเวลาการรับประทานยาเมื่อต้องมีการเปลี่ยนเวลา หรือการจัดการกับผลข้างเคียงของยา เป็นต้น โดยการให้กำลังใจจากญาติ บุคคลในครอบครัว และทีมสุขภาพ รวมทั้งการได้เข้าร่วมฟังประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อนที่ติดเชื้อด้วยกัน ซึ่งกิจกรรมเพิ่มพูนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพราะทุกระยะของการใช้ชีวิตร่วมกับเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันไปตามการเจ็บป่วย ดังนั้นความส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา และลดการเกิดเชื้อดื้อยาในอนาคต

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาต้านรีโทรไวรัสในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 ราย จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเคยได้รับยาต้านรีโทรไวรัสสูตรพื้นฐานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารสามารถสื่อความหมายได้เข้าใจกัน ได้ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา 3) แบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษา 4) แบบสอบถามความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งได้ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง
2. การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ข้อจำกัดทางการวิจัย

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ยังอยู่ในระยะปกปิด ยังไม่เปิดเผยการรักษา ไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมการวิจัย จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม ไม่สบตาและหลบหน้า จึงทำให้ขาดข้อมูลการวิจัยในกลุ่มที่ยังไม่เปิดเผยตัว
2. แม้กลุ่มตัวอย่าง จะเข้าร่วมการวิจัย แต่ยังพบว่าข้อมูลบางอย่างผู้ป่วยบางรายไม่ขอตอบ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ ซึ่งในการนี้ผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยใช้วิธีถามจำนวน โดยการประมาณไม่ระบุเฉพาะเจาะจง จึงทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามเหล่านั้น
3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา บางรายมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา จึงมีอุปสรรคในการทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง จึงอาจได้ข้อมูลที่แท้จริงในข้อคำถาม ที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่กล้าตอบ ซึ่งผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยเปลี่ยนแบบสอบถาม เป็นแบบสัมภาษณ์

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ มีข้อเสนอแนะ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาที่ดีขึ้น บุคลากรทีมสุขภาพต้องส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับรู้สมรรถนะแห่งตนให้มากที่สุด ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการประเมินความรู้ การปฏิบัติการเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เห็นถึงแนวโน้มของการเกิดความล้มเหลวในการรักษา เพื่อนำไปสู่การหาวิธีการป้องกันการติดเชื้อ ที่อาจจะเกิดขึ้น

ด้านการบริหารพยาบาล

1. ควรจัดให้พยาบาลเฉพาะทาง ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากเป็น การดูแลรักษาเฉพาะโรค ร่วมกับการอาศัยประสบการณ์ และบุคลิกลักษณะ ที่เป็นผู้มีความรู้เฉพาะโรค และเป็นบุคคลที่มีบุคลิกลักษณะที่เป็นที่ไว้วางใจของผู้ป่วย

2. ควรจัดทำมาตรฐานการพยาบาลหรือคู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัส เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรจัดให้มีการเรียนการสอนเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัส การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ คือยา เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบุคคล

ด้านการวิจัยการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะ โดยวิธีการต่างๆ อย่างเป็นรูปแบบ และศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพของการพัฒนาในแต่ละวิธี เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาต่อไป

2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านรีโทรไวรัส เพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการในระยะยาว

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วย ที่ล้มเหลวและไม่ล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส

บรรณานุกรม

- กนกเลขา แก้วสว่าง. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นร้อน การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 รายการในประเทศไทย*: เอกสารเพื่อการพัฒนาภูมิปัญญาของสังคมไทยในเรื่องสิทธิบัตรยา.
- กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2554). *การดำเนินงานโครงการ NAPA*. วันที่ค้นข้อมูล 15 มีนาคม 2554, จาก, <http://dpc9.ddc.moph.go.th/napha9/sudya.html>
- กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2553). *จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกรายภาคเขตและจังหวัดประเทศไทย กันยายน พ.ศ. 2547-3 กรกฎาคม พ.ศ. 2553*. วันที่ค้นข้อมูล 15 มีนาคม 2554, จาก, <http://boe.moph.go.th>
- กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เกียรติ รักรุ่งธรรม. (บรรณาธิการ). (2541). *การดำเนินโรคโดยธรรมชาติของการติดเชื้อ HIV. ใน การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ เอดส์: การวิจัยทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- โกวิท คำพิทักษ์. (2547). *เพศวิทยา*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- งามนิตย์ ราชกิจ. (2540). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จามจรี แซ่หลู่. (2543). *การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิราพร ชมพิกุล. (2547). *ชีวิตที่ดีสำหรับการวิจัย*. ภาควิชาคณิตศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วิทยาเขตหาดใหญ่: สงขลา.

- จุฬา ช่วยเมือง. (2550). *ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชยันตร์ธร ปทุมานนท์, ชไมพร ทวีชศรี, เฉลิมศักดิ์ สุวิชัย, วราภรณ์ ศิริสว่าง, เกรียง ไกรศรีธนาวิบูลย์, สุรัชย์ ปิยวรวงศ์, และสมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์. (2545). *คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่าย และปัจจัยที่กำหนดการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์*. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ชิดชนก เชิงเขาว์. (2535). *การวิจัยเบื้องต้นทางการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). โครงการตำรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชัยยศ คุณานุสนธิ์. (2541). *ระบาดวิทยาของ HIV/AIDS และผลกระทบต่อประเทศไทย. ใน เกียรติรักษา รุ่งธรรม (บรรณาธิการ), การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ เอดส์: การวิจัยทางคลินิก* (หน้า 1-6). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, และ จุฬารักษ์ สมรูป. (2547). *คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.
- ดารณี จามจรี, และเพ็ญใจ มีไพฑูรย์ (บรรณาธิการ). (2546). *การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ดุสิต สวัสดิ์. (2542). *การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีในการใช้ยาป้องกันโรค*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- เบญจมาภรณ์ ชุมแสง. (2553). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). *วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ. (บรรณาธิการ). (2547). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งชาติ.
- ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ. (บรรณาธิการ). (2553). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ประนอม หนูเพชร, ประณีต ส่งวัฒนา, และพัชรียา ไชยลังกา. (2550). กระบวนการให้บริการตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาล : ศึกษากรณีจังหวัดสงขลา *วารสารโรคเอดส์, 19*, 206-219.
- ปราโมทย์ ชีรพงษ์. (2546). *เอดส์ การรักษา ยา และ วัคซีน*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที.ซี.เอเซีย จำกัด.
- ปวีณา สนธิสมบัติ. (2550). Refining Antiretroviral Drug Resistance: Basis and Clinical Application. ใน ปวีณา สนธิสมบัติ, อารมณีย์ เจษฎาญาณเมธา, สุรกิจ นาทีสุวรรณ และศิริดา มาพันธ์ (บรรณาธิการ), *การประชุมวิชาการครั้งที่ 3 เรื่อง Contemporary Review in Pharmacotherapy 2007* (หน้า 123). พะเยา: กอบคำการพิมพ์.
- ไพรมายณ์ บินทจิดต์. (2544). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พรรชัย เรือนสิทธิ์. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พิทยาภรณ์ แก้วทิพย์. (2546). *การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ไพไลพันธ์ พุชวัฒน์. (บรรณาธิการ). (2541). *เอชไอวีและจุดชีพวยโอกาส*. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย.
- เพลินจันทร์ เศรษฐโชติศักดิ์. (2546). ยาด้านไวรัสเอดส์. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน, 2*(3), 35-44.
- ไพศาล วรสถิตย์, บุญทิน จิตรัสบาย, อภิญา ดวงแก้ว, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, อรพรรณ แสงวรรณลอย, เศรษฐพร ชโนสุวรรณกักร. (2545). ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย ประจำปี 2544 (รอบที่ 19). *วารสารโรคเอดส์, 14*(1), 1-20.

- ชนรักษ์ พลิพัฒน์. (2545). ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2547. *วารสารโรคเอดส์*, 17(1), 1-12.
- ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล, โอภาส การ์ยกวินพงศ์, พลสินธุ์ นาควิเชียร, และสมบัติ แทนประเสริฐสุข. (2550). ผลการใช้เครื่องมือวัดการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในประเทศไทย 2548. *วารสารโรคเอดส์*, 19, 141-154.
- นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์, ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, มาดาลักษณ์ ออรุ่งโรจน์, วันทนีย์ วาสีกะสิน และ สมบูรณ์ เกียรตินันท์. (2546). *เพศศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- นิภาพร โชติรัตน์. (2550). *การรับรู้ความสามารถของตน การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพ และ สมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิภารัตน์ สนทราพรพล. (2550). *ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิตารัตน์ เขตวรรณ. (2543). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นันทรัตน์ ภูประดิษฐ์. (2541). *การดูแลตนเองและการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดาและเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มณีนุช ธรรมวัฒน์. (2542). *ความเข้มแข็งของตนเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- มยุรี บุญทัด. (2546). *ประสบการณ์การมีอาหาร วิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- มัทนา หาญวิชย์. (2544). *การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์. ใน นลินี อัสวโกที, สุรภี เทียนกริม และสมบัติ ลีลาสุภาศิริ (บรรณาธิการ), โรคติดเชื้อที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิง จำกัด.

- มาริษา เขมะพันธุ์มนัส. (13 ตุลาคม 2551). *ชีววิทยาของเชื้อเอชไอวีและภูมิคุ้มกันวิทยาของการติดเชื้อเอชไอวี*. เอกสารนำเสนอในการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภูริชญา บุรินทร์กุล. (2547). *การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ยอดยิ่ง เทพธรรานนท์. (2544). *กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม:เอชไอวี*. สมุทรสาคร: ศูนย์วิจัยแบคทีเรียและไวรัส มหาชัย.
- เขาวรัตน์ อินทอง, ศิริลักษณ์ โปธิกุล, ชุศรี ปัญจวงค์, และราตรี ศิริศรีตรีรักษ์. (บรรณาธิการ). (2544). *คู่มือการพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: เจ เอส การพิมพ์.
- รจนา ญาณปริษาชาญ. (2550). *แบบแผนความสัมพันธ์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หลังรับยาต้านไวรัส*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รพีพร ส่ง่าผล. (2542). *การดูแลสุขภาพตนเองและสุขภาพบุตรของหญิงที่ได้รับเชื้อเอดส์ สาขาการส่งเสริมสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. (2545). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. 27 รพีพร 2542
- รัตนา พันธุ์พานิช และคณะ.(2547). *โครงการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ภาควิชาเวชศาสตร์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- เรณุการ์ ทองคำรอด. (2541). *ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่
- ลัดดา พลพุทธา. (2553). *พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- วรรณิ์ ดันตศิริวัฒน์. (2544). ยาต้านเชื้อไวรัสเอชวี. ในนลินี อัสวโกตี, สุรภี เทียนกริม และสมบัติ
 ธิลาสุภาศรี (บรรณาธิการ), *โรคติดเชื้อที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญ*. กรุงเทพมหานคร:
 บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วรรณิ์ ดันตัน. (2551). *ประสบการณ์การดูแลสุขภาพหลังแต่งงานครั้งใหม่ของกลุ่มสมรสที่ติดเชื้อ
 เอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศุภรินทร์ หาญวงษ์. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส
 และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อ
 เอชไอวี/เอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สมนึก สังฆานภาพ. (2551). *การคือยาต้านเอชไอวี: หลักการพื้นฐานและการใช้ทางคลินิก*.
 กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สมนึก สังฆานภาพ, กุลกัญญา โชคไพบุลย์กิจ, ฉนวนศักดิ์ อเนกชนานนท์, นรินทร์ หิรัญสุททธิกุล,
 ฤดีวิไล สามาโกเศศ, ธิดาพร จิรวัฒนะไพศาล. (บรรณาธิการ). (2550). *แนวทางการดูแล
 รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549-2550*.
 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สิริ เชี่ยวชาญวิทย์. (2540). *Coloratlas of HIV infection*. กรุงเทพมหานคร: พี บีฟอเรนซ์ บুকส์
 เซ็นเตอร์.
- สิริลักษณ์ นานาวิชิต. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมือ
 อุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
 เอดส์ในโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหา
 บัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์, เชียงใหม่.
- สุดจิตร แก้วมณี. (2547). *อาการและการจัดการกับอาการของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ใน
 โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุดารัตน์ วรรณสาร. (2541). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 ในโรงพยาบาลนครพิงค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
 ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- สุชาดา คงแก้ว. (2546). *ปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุชาดา เหลืองอาภาพงศ์. (13 ตุลาคม 2551). *ทบทวนความรู้เกี่ยวกับจุดชีววิทยาและภูมิคุ้มกัน: ความรู้วิชาการเกี่ยวกับเอดส์และการจัดการดูแลรักษา*. เอกสารนำเสนอในการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุพรรณิ กัณหดิลก. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุวรรณ บุญยະลีพรรณ และคณะ. (2543). *ความสามารถในการดูแลของบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องพึ่งพาและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ขอนแก่น.
- สุวรรณ บุญยະลีพรรณ. (2550). [*การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : A Causal Model of the Health Behavior of AIDS Patients Receiving Antiretroviral Therapy*]. ข้อมูลดั้งเดิมที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สัญญาชัย ชาสมบัติ, ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, และพรทิพย์ ยุกदानนท์. (บรรณาธิการ). (2547). *แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พ.ศ. 2546 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ร.ส.พ. กรุงเทพฯ.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือการให้การปรึกษาเรื่อง เอดส์*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อุมาลี แซ่หลี่. (2544). *ความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- อรุณี หลายพสุ. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อรอนงค์ สาระท่า. (2551). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์* โรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, กรุงเทพมหานคร.
- อภิรดี เหมะวนิช. (2541). *การดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Apisarntharak, A., Jirayasethpong, T., Sa-ngansilp, C., Kamudamas, A., et al. (2008). Antiretroviral drug resistance among antiretroviral-naïve persons with recent HIV infection in Thailand. *HIV medicine*, 9,322-5.
- Arey, D. B., & Beal, W. M., (2002). The Role of exercise in the prevention and treatment of wasting in acquired immune deficiency syndrome. *Journal of The Association of Nurses in AIDS Care*, 13(1), 29-49.
- Badri, M., Wilson D, Wood R. (2002). Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study. *Lancet*; 359, 2059-64.
- Bandura, A., (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bangsberg, D. R., Perry, S., Charleboris, E. D., Clark, R.A., Roberston, M., Zolopa, A. R., et al. (2001). Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS*, 15(4), 1181-3.
- Bangsberg, D. R., Charleboris, E. D., Grant, R. M., et al.(2003). High levels of adherence do not prevent accumulation of HIV drug resistance mutations. *AIDS*, 17, 1925-32.
- Bernsterin, K.T., Liu, K.L., Koulin, B., Karpati, A., Murrill, C., (2008). Same-sex attraction disclosure to health care providers among New York city men who have sex with men: implications for HIV testing approaches. *Archives of Internal Medicine*, 168(13), 1458-64.

- Carr, D.B., & Cooper, D.A., (2000). Adverse effects of antiretroviral therapy. *Lancet*, 356(9239), 1423-30.
- Cingolani, A., Antinori, A., Rizzo, M. G., Murri, R., Ammassari, A., Baldini, F. et al., (2002). Usefulness of monitoring HIV drug resistance and adherence in individuals failing highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 15, 16(3), 369-79.
- Cheever, L., (1999). Forum for Collaborative HIV Research. What do we know about adherence levels in different populations? Adherence to HIV therapy: Building a bridge to success. Retrieved May, 2009, from <http://www.gwhealthpolicy.org>. Washington
- Coffin, J. M. (1995). HIV population dynamics in vivo: implications for genetic variation, pathogenesis, and therapy. *Science*; 267, 483-9.
- Department of Health and Human Services (DHHS) and Henry J. Kaiser family Foundation. (2006, December 1). *Guideline for the use of antiretroviral agent in HIV-infected adults and adolescents: The panel on clinic practices for treatment of HIV infection*. Retrieved October 10, 2007, from <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AultandAdolecentGL.pdf>
- Fox, J. M., Fidler, S, Weber. (2006). Resistance to HIV drugs in UK may be lower in some areas. *British Medical Journal*; 332,179-80.
- Gross, R., Yip, B., Re, V. L., et al. (2006). A simple, dynamic measure of antiretroviral therapy adherence predicts failure to maintain HIV-1 suppression. *Journal of Infectious Diseases*, 194, 1108-14.
- Ghani, A. C., Ferguson, N. M., Fraser, C., et al. (2002). Viral replication under combination antiretroviral therapy: a comparison of four different regimen. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 30, 167-76.
- Holzemer, W. L., Henry, S. B., Nokes, K. M., Corless, B. I., Powell-Cope G. M., Turner, J. G., et al. (1999). Validation of the sign and symptom check-list for persons with HIV Disease. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1041-1049.
- Johnson, V.A., Brun-vezinet, F., Clotet, B., Gunthard, H.F., Kuritzkes, D.R., Pillay, D., et al., (2008). Update of the Drug Resistance Mutation in HIV-1: December 2010. *International AIDS Society-USA*, 18(8), 155-163.

- Kaplan, E.J., Masur, H., & Holmes, K. (2002). *Guidelines for prevention opportunistic infection among HIV- infected person 2002*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 51, 1-51.
- King, M. S., Brun, S. C., & Kempf, D. J., (2005). Relationship between adherence and the development of resistance in antiretroviral-naive, HIV-1-infected patients receiving lopinavir/ritonavir or nelfinavir. *Journal Infected Disease*, 191, 2046-52.
- Ledergerber, B., Egger, M., Opravil, M., et al. (1999). Clinical progression and virologic failure on highly active antiretroviral therapy in HIV-1 patient: a prospective cohort study. Swiss HIV Cohort Study. *Lancet*; 353, 863-8.
- Little, S. J, Holte, S., Routy. J. P., et al.(2002). Antiretroviral drug resistance among patients recently infected with HIV. *The New England Journal of Medicine*, 347, 385-94.
- Liu, C., Ostrow, D., Detels, R., Hu, Z., Johnson, L., Kingsley, L., et al. (2006). Impacts of HIV infection and HAART use on quality of life. *Quality Life Research*, 15(6), 941-9.
- Maggiolo, F., Migliorino, M., Pirali, A., et al. (2000). Duration of viral suppression in patients on stable therapy for HIV-1 infection in predicted by plasma HIV RNA level after 1 month of treatment. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 25, 36-43.
- Mansky, L. M., & Temin, H. M. (1995). Lower in vivo mutation rate of human immunodeficiency virus type 1 than that predicted from the fidelity of purified reverse transcriptase. *Journal Viral*, 69, 5087-94.
- Masur, H., Kaplan, J. E., & Holmes, K. K., (2002). Guideline for Preventing Opportunistic among HIV-Infection Persons. *Annals of Internal Medicine*, 137, 5-2.
- Mills, E. J., Nachega, J. B., Bangsberg, D. R., Singh. S., Rachlis, B., Wu, P., Wilson, K., et al. (2006). Adherence to HARRT: systamic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *Public Library of Science Medicine*, 3(11), e38.
- Moatti, J. P., Spire, B., & Kazatchkine, M., (2004). Drug resistance and adherence to HIV/ AIDS antiretroviral treatment: Against a double standard between the north and the south. *AIDS*, 18(3), S55-S61.
- Mustafa, T., & et al. (1999). Association between exercise and HIV disease progression in a cohort of homosexual men. *Association of Educational Psychologists*, 9,127-131.

- O'Connell, K., Saxena, S., & Skevington, S., (2004). Assessment among people living with HIV and AIDS: results from the field test. *AIDS Care*, *16*, 882-889.
- Pariante, N., Pernas, M., de la Rose, R., et al. (2004). Long-term suppression of plasma viremia with highly active antiretroviral therapy despite virus evolution and very limited selection of drug-resistance genotypes. *Journal of Medical Virology*, *73*, 350-61.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., Waqener, M. M., & Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcome in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, *133*(1), 21-30.
- Polis, M. A., Sidorov, I. A., Yoder, C., et al. (2001). Correlation between reduction in plasma HIV-1 RNA concentration 1 week after start of antiretroviral treatment and longer-term efficacy. *Lancet*, *358*, 1760-5.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and method* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Sethi, A. K., Celentano, D. D., Gange, S. J., et al. (2003). Association between adherence to antiretroviral therapy and human immunodeficiency virus drug resistance. *Clinical Infectious Diseases*, *37*, 1112-8.
- Sungkanuparph, S., Anekthananon, T., Hiransuthikul, N., Bowonwatanuwong, C., Supparatpinyo, K., Mootsikapun, P. et al., (2008). Guideline for Antiretroviral Therapy in HIV-1 Infected Adults and Adolescent: The Recommendations of the Thai AIDS Society (TAS) 2008. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *91*(12), 1925-36.
- Suraratdecha, C., Ainsworth, M., & Hecht, R. (2005). Estimating the demand for a preventive HIV vaccine. *Vaccine Initiatives*. Mexico. Retrieved May, 2009, from <http://www.javi.org./viewfile.cfm?fid=10825>
- Tabi, M., & Vogel, R.L. (2006). Nutrition counseling: An intervention for HIV-positive patients. *Journal complication*, 676-682.
- Vray, M., Meynard, J.L., Dalban, C., Morand-Joubert, L., Clavel, F., Brun-Vézinet, F. et al. (2003). Predictors of virological response to a change in the antiretroviral treatment regimen in HIV-1-infected patients enrolled in a randomized trial comparing genotyping, phenotyping and standard of care (Narval trial, ANRS 088). *Journal Antiviral Therapy*, *8*(5), 427-34.

- Widle PJ, Malamba S, Mwcbaze R, et al. (2002). *Assessment of a pilot antiretroviral drug therapy program in Uganda: patient response, survival, and drug resistance. Lancet, 360, 34-40.*
- Wiwanitkit V. (2004). Prevalence of dermatological disorders in Thai HIV- infected patients correlated with different CD4 lymphocyte count statuses: a note on 120 cases. *In Dermatol, 43, 265-8.*
- World Health Organization. Antiretroviral therapy for HIV infection in Adults and Adolescents in Resource-limited setting: Towards Universal access 2006. [revised unknown; cited 2007 Dec 1]. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guideline/artadultguideline>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวจาฤติ กองผล นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านรีโทรไวรัสต่อไป จึงขอความกรุณาให้ท่านช่วยตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้ ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 40 นาที ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสัมภาษณ์ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลจากทีมสุขภาพแต่อย่างใด และถ้าท่านตอบแบบสัมภาษณ์แล้วไม่พอใจ หรือคิดว่าจะมีผลกระทบต่อท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการตอบแบบสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ และใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อสอบถามดิฉันได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดิฉันยินดีที่จะตอบคำถามหรือข้อสงสัยของท่าน ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้

นางสาวจาฤติ กองผล

ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยได้ทั้งแบบลายลักษณ์อักษร และไม่มีลายลักษณ์อักษร และหากท่านมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมวิจัยแบบมีลายลักษณ์อักษร ท่านสามารถลงนามในข้อความข้างล่างนี้ได้

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก ข

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรื่อง : การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับยาต้านรีโทรไวรัส

วันที่...../...../ 2553

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านรีโทรไวรัสเอดส์ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และใช้เฉพาะการวิจัย ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ โดยการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของท่าน ทั้งนี้ท่านสามารถถอนตัวจากการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตรงกับความเป็นจริงของท่านให้มากที่สุด แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสเอดส์

ตอนที่ 3 : ข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ

ตอนที่ 4 : แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส

และพฤติกรรมเสี่ยง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสเอดส์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

ตอนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี (ปีบริบูรณ์) (ว.ค.ป. เกิด.....)

3. ศาสนา

1. พุทธ 2. คริสต์
3. อิสลาม 4. อื่น ๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษา 4. อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
5. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า 6. อื่นๆ (ระบุ).....

5. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. คู่
3. หม้าย 4. หย่า / แยก

6. อาชีพหลัก

1. แม่บ้าน 2. นักเรียน/นักศึกษา
3. เกษตรกร (เจ้าของสวน) 4. รับจ้าง/ ลูกจ้างใช้แรงงาน
5. ค้าขาย 6. ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ
7. พนักงานบริษัทหรือหน่วยงานเอกชน 8. ว่างาน
9. อื่น ๆ.....

7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บาทต่อเดือน

7.1. รายได้ของท่านเป็นอย่างไร

1. เพียงพอ และ เหลือเก็บ
2. เพียงพอ แต่ ไม่เหลือเก็บ
3. ไม่เพียงพอ แต่ ไม่มีหนี้สิน
4. ไม่เพียงพอ และ มีหนี้สิน

8. ค่าใช้จ่ายในการรักษา (ค่าตรวจและค่ายา)

1. ใช้สิทธิบัตรทอง
2. ใช้สิทธิเบิกราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ
- 2.1. ใช้สิทธิจ่ายตรง 2.2. จ่ายเงินก่อน เบิกทีหลัง
3. ประกันสังคม
4. เสียค่าใช้จ่ายเองหรือญาติจ่ายเอง
5. อื่น ๆ ระบุ.....

9. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่ที่ใด ?

1. ในอำเภอเดียวกับ โรงพยาบาลที่ท่านรับยา
2. คนละอำเภอ กับ โรงพยาบาลที่ท่านรับยา แต่อยู่ในจังหวัดสงขลา
3. นอกจังหวัดสงขลา แต่อยู่ในภาคใต้ตอนล่าง (พัทลุง, สตูล, ยะลา, ปัตตานี, นราธิวาส)
4. นอกจังหวัดสงขลา แต่อยู่ในภาคใต้ตอนกลาง (นครศรีธรรมราช, สุราษฎร์ธานี, ตรัง)
5. นอกจังหวัดสงขลา แต่อยู่ในภาคใต้ตอนบน (ระนอง, พังงา, กระบี่, ชุมพร, ภูเก็ต)
6. นอกจังหวัดสงขลา และไม่ได้อยู่ในภาคใด

10. ท่านมารับยาในแต่ละครั้ง พร้อมกับใคร ?

1. มาเองคนเดียว
2. มาพร้อมเพื่อน เพื่อนบ้านใกล้เคียงกัน/ หมู่บ้านเดียวกัน
3. มาพร้อมสามี/ ภรรยา
4. มากับญาติ/ สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว

ตอนที่ 2: ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

11. ท่านรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีมานานกี่ปี
12. อะไรเป็นสาเหตุของการมาตรวจเอดส์ ซึ่งทำให้รู้ผลว่าติดเชื้อเอชไอวี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. คู่่นอนติดเชื้อ
 - 2. มีอาการของการติดเชื้อเอชไอวี ระบุ.....
 - 3. ตั้งครรภ์
 - 4. อื่นๆ.....
13. จนถึงปัจจุบัน ท่านคิดว่า ท่านติดเชื้อเอชไอวีจากวิธีการใด? (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน
 - 2. การมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศ
 - 3. การใช้เข็มฉีดยา/ สารเสพติด
 - 4. การได้รับเลือด
 - 5. อื่นๆ ระบุ.....
14. ท่านได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. ?
15. อะไรเป็นเหตุผลที่ทำให้ท่านตัดสินใจมารับยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งแรก ? (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. คิดว่าจะทำให้อาการของโรคทุเลาลง
 - 2. คิดว่าจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง
 - 3. คิดว่าจะทำให้โรคหายขาด
 - 4. คิดว่าจะทำให้อายุยืนยาวขึ้น
 - 5. คิดว่าจะไม่ติดเชื้อ
 - 6. สามารถมีบุตรได้อีก
 - 7. อื่น ระบุ.....
16. ท่านได้รับรู้ข้อมูลการกินยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งแรก จากช่องทางใด ? (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. เพื่อนผู้ติดเชื้อ
 - 2. ญาติ
 - 3. ทีมแพทย์ / พยาบาล
 - 4. อ่านหนังสือ
 - 5. คู่มือ
 - 6. รู้จากอินเทอร์เน็ต
 - 7. ไม่มีใครบอก
 - 8. บุคคลอื่น ๆ ระบุ.....
 - 8. อ่านจากบอร์ด/ แผ่นพับของโรงพยาบาล
17. ท่านได้รับข้อมูลการกินยาต้านไวรัสเอดส์ จากรพ.ที่ท่านรับยาบ้างหรือไม่ ?
- 1. ได้รับ
 - 2. ไม่เคยได้รับ

18. ท่านเคยหยุดการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ บ้างหรือไม่ ?

- 1.เคย 2.ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 19.)

18.1 ท่านหยุดกินยานานที่สุดเท่าไร?ปีเดือน

18.2 อะไรเป็นสาเหตุของการหยุดกินยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาได้
 2. เบื่อการกินยา
 3. ไม่มียา
 4. อื่น ระบุ.....
 5. ไม่มี

18.3 ถ้าเคยหยุดการรักษา ครั้งนี้ท่านเริ่มการกินยาตั้งแต่เมื่อไหร่? พ.ศ.....

18.4 ครั้งนี้เป็นการรักษาครั้งที่เท่าไร ? ครั้งที่

18.5 อะไรเป็นเหตุผลที่ทำให้ท่านตัดสินใจมารับยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งนี้ ? (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.คิดว่าจะทำให้อาการของโรคทุเลาลง
 2.คิดว่าจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง
 3.คิดว่าจะทำให้โรคหายขาด
 4. คิดว่าจะทำให้อายุยืนยาวขึ้น
 5. คิดว่าจะไม่ติดเชื้อ
 6. สามารถมีบุตรได้อีก
 7. อื่น ระบุ.....

19. ท่านรับยาต้านไวรัสเอดส์สูตรนี้มานานเท่าไร?ปี เดือน

20. ท่านเคยเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอดส์มาบ้างหรือไม่

- 1.เคย 2.ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 23.)

20.1. เหตุผลของการเปลี่ยนสูตรยา เพราะสาเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาได้ ระบุอาการ.....
 2. กล้ามเนื้อลีบ/ แก้มตอ/ ไขมันย้ายที่
 3. ซีด
 4. อื่นๆ ระบุ.....

21. ท่านเคยมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ที่รับประทานในปัจจุบันหรือไม่

1. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 22.) 2. มี

21.1. กรณีที่ท่านมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ มีอาการอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. อาการข้างเคียงระยะต้น/ระดับต้น
- 1.1. ผื่นตามร่างกาย 1.2. วิงเวียน/ปวดศีรษะ
- 1.3. นอนไม่หลับ 1.4. ผื่นร้าย
- 1.5. คลื่นไส้/ อาเจียน 1.6. ชาตามร่างกาย อื่นๆ ระบุ.....
2. อาการข้างเคียงระยะต้น/ระดับปานกลาง-รุนแรง
- 2.1. ผื่นแพ้รุนแรง 2.2. ตาและตัวเหลือง / ตับอักเสบ
- 2.3. คลื่นไส้ / อาเจียนอย่างรุนแรง 2.4. ชีตอย่างรุนแรง
- 2.5. ปวดเอว ปวดท้อง ปัสสาวะขัด/ บ่อย 2.6. อื่นๆ ระบุ.....
3. อาการข้างเคียงระยะยาว
- 3.1. ไขมันในเลือดสูง 3.2. แก้มตอบ/แขนขาตีบ/ก้นลีบขาอ่อนแรง
- 3.3. ชา/ปวดขา/ ปวดน่อง 3.4. อื่น ๆ ระบุ.....

21.2. เมื่อมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอดส์ท่านได้จัดการแก้ไขอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. หยุดกินยาต้านไวรัสเอดส์เอง
2. ปรึกษาผู้ติดเชื้อ
3. ปรึกษาหมอพื้นบ้าน
4. ปรึกษาเจ้าหน้าที่ในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์
5. ดูแลตนเอง ระบุ.....
6. อื่น ๆ ระบุ.....

ตอนที่ 3 : ข้อมูลส่วนบุคคลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการวินิจฉัยแพทย์ (บันทึกโดยผู้วิจัย)

22. ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและข้อมูลการตรวจร่างกายของผู้ป่วย

รายการ	ผลครั้งแรก	ผลครั้งก่อน	ผลครั้งหลังสุด
ระดับภูมิคุ้มกันทาน (cell/mm ²)			
ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (copies/ml)			
น้ำหนักตัว (Kgs)			

23. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือไม่

1. มี ระบุ.....
2. ไม่มี

24. ปัจจุบันผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์สูตร

1. สูตรที่ 1
- 2.1 d4T+3TC+NVP /GPO VIR / Lastavir+NVP
- 2.1 d4T+3TC+EFV / Lastavir + EFV
- 2.2 AZT+3TC+NVP / Zilavir + NVP
- 2.3 AZT+3TC + EFV / Zilavir + EFV
2. สูตรที่ 2
- 3.1 d4T+3TC+LPV/RTV / Lastavir + LPV/RTV
- 3.2 AZT+3TC+LPV/RTV / Zilavir + LPV/RTV

25. ผู้ป่วยเคยเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอ็ดส์หรือไม่

1. เคย ระบุยา
2. ไม่เคย

26. ปัจจุบันผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสเอดส์สูตร

1. สูตรที่ 1

2.1 d4T+3TC+NVP /GPO VIR / Lastavir+NVP

2.1 d4T+3TC+EFV / Lastavir + EFV

2.2 AZT+3TC+NVP / Zilavir + NVP

2.3 AZT+3TC + EFV / Zilavir + EFV

2. สูตรที่ 2

3.1 d4T+3TC+LPV/RTV / Lastavir + LPV/RTV

3.2 AZT+3TC+LPV/RTV / Zilavir + LPV/RTV

27. ผู้ป่วยเคยเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอดส์หรือไม่

1. เคย ระบุยา

2. ไม่เคย

28. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาหากผู้ป่วยมีภูมิต้านทานต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือไม่

1. ได้รับ ระบุยา.....

2. ไม่ได้รับ.....

29. ผู้ป่วยบอกผลเลือดกับครอบครัว หรือคู่สมรสแล้ว

1.บอก

2. ไม่บอก

ตอนที่ 3 : แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยง

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. โดยรวมแล้ว ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านคิดว่าการกินยาต้านไวรัสเอดส์ของท่านเป็นอย่างไร ?

1. กินยาได้ดีมาก ไม่เคยขาดยาเลย
2. กินยาได้ดีปานกลาง ขาดยาเป็นครั้งคราว
3. กินยาไม่ค่อยดี ขาดยาบ่อยครั้ง
4. กินยาไม่ดี ขาดยาเกือบตลอด

2. ใครเป็นตัวช่วยทำให้ท่านกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ดีมากขึ้น?

1. ตัวเอง 3. แพทย์/ พยาบาล
2. ครอบครัว 4. อื่นๆ ระบุ.....

3. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อะไรเป็นสาเหตุทำให้ท่านไม่ได้มารับยาด้วยตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ค่าใช้จ่ายในการรักษา
2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
3. ไม่มีรถ หรือยานพาหนะ ที่สะดวกในการเดินทาง
4. ระยะทางไกล
5. ยุ่ง/ติดงาน
6. ไม่สามารถมารับยาเองได้ตามลำพัง
7. ไม่สะดวกในการรับบริการที่คลินิก
8. เบื่อหน่าย
9. อายไม่อยากให้คนอื่นเห็น/กลัวคนอื่นรู้
10. อื่นๆ ระบุ.....

3.1 ท่านมีวิธีการแก้ไข ปัญหานี้ได้อย่างไร.....

4. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยให้บุคคลอื่นมารับยาแทนท่านบ้างหรือไม่

1. เคย
2. ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 6.)

- 4.1. บุคคลอื่นที่มารับยาแทนท่านคือใคร ?
- 1.ญาติ/ สมาชิกในครอบครัว 2. เพื่อนสนิท
3. คนรู้จัก/ แกนนำ 4. แฟน/ คนรัก/สามี/ ภรรยา
5. อื่นๆ ระบุ.....
5. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการผิดปกติอันเกิดจากผลข้างเคียงของยาบ้างหรือไม่
1. มี ระบุ..... 2. ไม่มี
6. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านประเมินผลการตรวจเลือด และการตรวจร่างกายพบว่าร่างกายของท่านเป็นอย่างไร?
1. ดีมาก 2. ดี
3. ปานกลาง 4. พอใช้
5. ไม่ดี
7. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีผลเลือดหรือผลการตรวจร่างกายผิดปกติบ้างหรือไม่
1. มี ระบุ..... 2. ไม่มี
- 7.1. กรณีที่ผลการตรวจร่างกายของท่านผิดปกติ ท่านได้ดูแลตนเองไปอย่างไร?
-
8. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านกินยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือไม่
1. กิน 2. ไม่กิน 3. ไม่แน่ใจ
9. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มหุ่นหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ บ่อยแค่ไหน ?
1. ดื่มทุกวัน 2. ดื่ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
3. ดื่มนานๆ ครั้ง 4. ไม่ดื่มเลย
10. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่บ่อยแค่ไหน ?
1. สูบทุกวัน 2. สูบนานๆ ครั้ง 3. ไม่สูบบุหรี่
11. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้สารเสพติดบ้างหรือไม่ ?
1. ใช่ 2. ไม่ใช่ (ข้ามไปตอบข้อ 12.)
- 11.1. ถ้าใช่ ท่านใช้สารเสพติดประเภทใด ?
1. ยาบ้า 2. ยาไอซ์
3. เฮโรอีน 4. อื่นๆ.....
12. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีเพศสัมพันธ์บ้างหรือไม่
1. มี 2. ไม่มี (ถ้าไม่มีสิ้นสุดการตอบคำถาม)

12.1. บุคคลที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ด้วยคือใคร ? (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.สามี/ภรรยา
- 2.แฟน/คู่นอนประจำ
- 3.เพื่อนหญิง/เพื่อนชายคนใหม่
- 4.ผู้หญิงขายบริการ/ผู้ชายขายบริการ
- 5. อื่นๆ ระบุ.....

12.2. ท่านอยู่กินกับคู่นอนปัจจุบันมานานเท่าไร? ปี.....เดือน

12.3. คู่นอนของท่านติดเชื้อเอชไอวีด้วยหรือไม่

- 1. ติด
- 2. ไม่ติด
- 3. ไม่ได้ตรวจ / ไม่แน่ใจ
- 4. ไม่ได้ถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ ต้องการทราบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาของท่าน โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด และขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ท่านเห็นด้วยมากที่สุด

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น ในระดับมากที่สุด

มั่นใจมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น ในระดับมาก

ค่อนข้างมั่นใจ หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น ในระดับปานกลาง

มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น ในระดับน้อย

ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น ในระดับน้อยที่สุด

ข้อที่	การรับรู้สมรรถนะ	มั่นใจ		ค่อนข้าง	มั่นใจ	ไม่
		มากที่สุด	มากที่สุด	ข้าง มั่นใจ	น้อย	มั่นใจ
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1.	ท่านมั่นใจว่า สามารถจะกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ถูกต้อง					
	1.1. ท่านมั่นใจว่า สามารถจะกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ถูกต้อง สี ชนิด และ ครบถ้วน ทุกครั้งที่กิน					
	1.2. ท่านมั่นใจว่า สามารถจะกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ตรงตามเวลาทุกมือ					
	1.2.1. ท่านมั่นใจว่า ท่านจะใช้เครื่องมือช่วยในการเตือนเวลาเพื่อให้สามารถกินยาตรงเวลา เป็นประจำทุกวัน					
	1.2.2. หากท่านจำเป็นต้องปรับเวลาในการกินยา ท่านมั่นใจว่าจะสามารถปรับเวลาการกินยาได้อย่างถูกต้องทุกครั้ง					
	1.3. ท่านมั่นใจว่า สามารถจะกินยาได้ตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล					

ข้อที่	การรับรู้สมรรถนะ	มั่นใจ มากที่สุด (5)	มั่นใจ มาก (4)	ค่อนข้าง มั่นใจ (3)	มั่นใจ น้อย (2)	ไม่ มั่นใจ (1)
2.	ท่านมั่นใจว่า สามารถกินยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ ครบทุกมื้อ					
	2.1. ท่านมั่นใจว่า สามารถจะเตรียมยาให้มีกินได้ ครบทุกมื้อ แม้ว่าท่านจะต้องเดินทางไกล					
3.	ท่านมั่นใจว่า สามารถจะมารับการรักษาได้ด้วย ตัวเอง ครบตามนัด					
	3.1. กรณีที่ท่านไม่สามารถมารับการรักษาในวัน นัดได้เอง ท่านมั่นใจว่า สามารถจะจัดการให้ ได้รับยาในวันนัดได้					
4.						
	.					
	.					
	.					
	.					
	.					
25						

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ต้องการทราบการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา โปรดอ่านข้อความให้ละเอียด และกรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อว่า ท่านปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใดในขณะที่ท่านรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรพื้นฐานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และขอให้ท่านตอบคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่าน โดยกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อความข้อความที่ท่านตอบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านได้ทำกิจกรรมในข้อความนั้น ทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ทำกิจกรรมในข้อความนั้น บ่อยครั้ง
ปฏิบัติบ้างบางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ทำกิจกรรมในข้อความนั้น บางครั้ง
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ทำกิจกรรมในข้อความนั้น นานๆ ครั้ง
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมในข้อความนั้น

ข้อ ที่	การปฏิบัติตัว (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่
		ทุก ครั้ง (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บ้าง ครั้ง (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ปฏิบัติ เลย (1)
1.	ท่านกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ถูกต้องทุกมื้อ					
	1.1. ท่านกินยาต้านไวรัสเอดส์ ได้ถูกต้องครบถ้วนตรงตาม ชนิด สี ลักษณะของตัวยาทุกมื้อ					
	1.2. ท่านกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ ตรงเวลาทุกวัน					
	1.2.1. ท่านได้ใช้เครื่องมือในการเตือนเวลา เพื่อให้สามารถกินยาได้ตรงเวลา ทุกวัน					
	1.2.2. หากท่านต้องปรับเปลี่ยนเวลาในการกินยา ท่านปรับเวลาใหม่ได้ถูกต้องทุกครั้ง					
	1.3. ท่านกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้ ตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาลทุกมื้อ					

ข้อ ที่	การปฏิบัติตัว (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)	ปฏิบัติ ทุก ครั้ง (5)	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง (4)	ปฏิบัติ บ้าง ครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ ปฏิบัติ เลย (1)
2.	ท่านกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้สม่ำเสมอ ครบทุกมื้อ					
	2.1. ในกรณีที่ท่าน ไม่ได้อยู่บ้าน หรือต้องเดิน ทางไกล ท่านได้ตรวจสอบ และจัดเตรียมให้ มียาต้านไวรัสเอดส์กินครบทุกมื้อ					
3.	ท่านได้ไปรับรักษาตามนัดด้วยตัวเองทุกครั้ง					
	3.1. กรณีที่ท่านไม่สามารถมารับการรักษาในวัน นัดได้เอง ท่านได้จัดการให้ตัวเอง ได้รับยาใน วันนัดทุกครั้ง					
4.						
25.						

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความดังต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยใช้เกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ใช่	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้ที่ท่านมีอยู่
ไม่ใช่	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้ที่ท่านมีอยู่
ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นท่านไม่รู้ หรือไม่แน่ใจ

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
1.	การกินยาต้านไวรัสเอดส์ จะกินก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ โดยคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง			
2.	หากลืมกินยา 1 มื้อ วิธีแก้ไขคือ กินยาทันที และกินยามื้อต่อไปให้ตรงเวลา			
3.	หากต้องการปรับเวลาในการกินยา ทำได้โดยการปรับเวลาให้เร็วขึ้นหรือช้าลงมื้อละ 30 นาที			
4.	หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ไม่รุนแรง แก้ไขได้โดยการกินอาหารน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง			
5.	หากมีไข้สูง / ตัวเหลือง/ ซีด เกิดขึ้นขณะรับประทานยา แก้ไขได้โดยการกินยาลดไข้ และมารับการรักษาให้ตรงตามนัด			
6.	ปริมาณเชื้อไวรัสที่มากกว่า 2000 รูปแบบ/มิลลิเมตร เป็นสัญญาณเตือนว่าเชื้อดื้อยา			
7.	หากพบว่าภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ร่างกายมีโอกาส ติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย			
8.	ในกรณีที่ท่านและคู่นอน ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันทั้งคู่ ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก			
9.	หากถุงยางอนามัยแตกขณะมีเพศสัมพันธ์ ต้องเปลี่ยนถุงยางอนามัยใหม่ทันที หรือใส่ถุงยางอนามัยซ้อนทันที			
10.	การได้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ทั้งจากเพศสัมพันธ์ และทางเข็มฉีดยา จะทำให้เชื้อกลายพันธุ์และเกิดการดื้อยาได้ง่าย			

ภาคผนวก ก
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 15

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้านหลัก (N = 220)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ			
1.1. รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสสม่ำเสมอและตรงเวลา	4.25	0.59	ปานกลาง
1.2. ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ	4.09	0.78	ปานกลาง
1.3. สังเกตและแก้ไขผลข้างเคียงทางคลินิก	4.05	0.72	ปานกลาง
2. ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม			
2.1. ทางเพศสัมพันธ์	4.08	0.81	ปานกลาง
2.2. ทางเลือด จากเข็มฉีดยาหรือจากบาดแผลสัมผัสเลือดจากของมีคม	4.11	0.87	ปานกลาง
3. ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส			
3.1. การดูแลร่างกายให้แข็งแรง	3.74	0.81	ปานกลาง
3.2. การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส	3.66	0.86	ปานกลาง

ตาราง 16

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ			
1.รับประทานยาต้านรีโทรไวรัสถูกต้อง สม่าเสมอและตรงเวลา	4.25	0.59	ปานกลาง
1.1.การรับประทานยาถูกต้อง	4.55	0.64	สูง
1.1.1.การรับประทานยาถูกต้องทั้ง สี ชนิด และ ครบถ้วนทุกครั้งที่ได้รับประทาน	4.37	0.97	สูง
1.2.การรับประทานยาได้ครบทุกมือ	4.54	0.72	สูง
1.2.1.การดูแลให้ได้รับประทานยาครบทุกมือ แม้ว่าต้องเดินทางไกล	4.56	0.66	สูง
1.3.การรับประทานยาตรงตามเวลาทุกมือ	4.15	0.92	ปานกลาง
1.3.1.การใช้เครื่องมือช่วยในการเตือนเวลาเพื่อให้สามารถกินยาตรงเวลา	4.00	1.10	ปานกลาง
1.3.2.การรับประทานยาได้ตรงเวลา ในกรณีปรับเวลา	3.64	1.34	ปานกลาง
2.ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ	4.09	0.78	ปานกลาง
2.1.การมารับการรักษตามนัด	4.39	0.84	สูง
2.1.1.การจัดการให้ได้รับยาแม้ไม่สามารถมารับการรักษาในวันนัดได้เอง	3.99	1.22	ปานกลาง
2.2.การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล	4.52	0.67	สูง
2.2.1.การไม่ดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์	3.75	1.46	ปานกลาง
2.2.1.1.การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ในกรณีมีเพื่อนชวน	3.84	1.38	ปานกลาง
3.สังเกตและแก้ไขผลข้างเคียงทางคลินิก	4.05	0.72	ปานกลาง
3.1.การสังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย	3.90	1.12	ปานกลาง
3.2.การแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบได้ทันท่วงทีเมื่อร่างกายมีความผิดปกติ	4.10	1.02	ปานกลาง
3.3.การดูแลตนเองเมื่ออาการผิดปกติ หรืออาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง	3.75	1.17	ปานกลาง
3.4.การได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ทันท่วงทีเมื่อมีอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงที่รุนแรง	4.20	0.97	ปานกลาง

ตาราง 16 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ
3.5.การขอให้แพทย์/ พยาบาล ตรวจเลือด หรือตรวจร่างกายเพิ่มเติมใน กรณีที่สุดภาพของท่านอ่อนแอลง	4.15	0.98	ปานกลาง
3.6.การรับรู้ผลการตรวจเลือด เช่น ระดับภูมิคุ้มกันทาน ปริมาณไวรัส หรือ ผลการตรวจร่างกายอื่น ๆ จากการสอบถามแพทย์ หรือ พยาบาล	4.37	0.78	สูง
3.7. การเข้าใจผลการตรวจต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง	4.01	1.03	ปานกลาง
3.8. การนำผลการตรวจนั้นมาใช้ในการดูแลตนเองเมื่อผลเลือด หรือผล การตรวจร่างกาย ผิดปกติ	3.96	1.03	ปานกลาง
ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม			
1. ทางเพศสัมพันธ์			
1.1.การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือ งดการมีเพศสัมพันธ์	3.25	1.53	ปานกลาง
1.2.การดูแลตนเองไม่ให้ได้รับเชื้อเพิ่มขึ้น จากเพศสัมพันธ์	4.05	1.17	ปานกลาง
1.3.การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	4.29	1.00	ปานกลาง
1.3.1.การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องเมื่อมีเพศสัมพันธ์	4.43	0.87	สูง
1.4.การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก	4.04	1.30	ปานกลาง
1.5.การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก	4.53	1.01	สูง
2. ทางเลือด จากเข็มฉีดยาหรือจากบาดแผลสัมผัสเลือดจากของมีคม			
2.1.การดูแลตนเองไม่ให้สัมผัสเลือด หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้อื่น	4.09	1.16	ปานกลาง
2.2.การทำลายเลือดหรือน้ำเหลือง ที่ออกจากร่างกายอย่างถูกวิธี	3.84	1.16	ปานกลาง
2.3.การไม่ใช้อุปกรณ์ที่มีคม เช่น ใบมีดโกน / กรรไกรตัดเล็บ คีม ร่วมกับบุคคลผู้อื่น	3.97	1.29	ปานกลาง
2.4.การไม่ใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นเลือดร่วมกับผู้อื่น	4.59	0.94	สูง

ตาราง 16 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส			
1. เรื่องการดูแลร่างกายให้แข็งแรง	3.77	0.80	ปานกลาง
1.1. การออกกำลังกายได้เป็นประจำ ครั้งละ 30-45 นาที/ ครั้ง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน	3.47	1.33	ปานกลาง
1.2. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย	3.91	1.12	ปานกลาง
1.3. การรับประทานวิตามินและอาหารเสริมทดแทนในกรณีร่างกายอ่อนแอ	3.50	1.36	ปานกลาง
1.4. การหลีกเลี่ยงการกินอาหารสุกๆ ดิบๆ หรือของหมักดอง	4.14	0.66	ปานกลาง
1.5. การดื่มน้ำสะอาด ผ่านการฆ่าเชื้อ/ ผ่านการต้มเดือด วันละ 6-8 แก้ว	3.55	1.31	ปานกลาง
1.6. การผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลง ออกกำลังกาย /ดูหนัง /อ่านหนังสือ	4.15	1.00	ปานกลาง
1.7. การทำจิตใจให้สงบ ด้วยทำสมาธิ, สวดมนต์ หรือทำละหมาดได้	3.60	1.27	ปานกลาง
1.8. การนอนหลับสนิท	3.66	1.23	ปานกลาง
2. เรื่องการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส	3.61	1.23	ปานกลาง
2.1. การดูแลตนเองในทุกส่วนของร่างกาย ไม่ให้ได้รับเชื้อฉวยโอกาส	4.00	0.89	ปานกลาง
2.2. การใช้ช้อนกลางทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหาร	3.87	1.11	ปานกลาง
2.3. การขอรับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเมื่อระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร	3.96	1.19	ปานกลาง
2.4. หลีกเลี่ยง ไม่เข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด	3.39	1.30	ปานกลาง
2.4.1. การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด	2.99	1.38	ปานกลาง
2.5. การไม่สูบบุหรี่	3.70	1.60	ปานกลาง
2.5.1. การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในกรณีที่มีเพื่อนชวน	3.75	1.57	ปานกลาง

ตาราง 17

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่ม
ตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้านหลัก ($N = 220$)

ตัวแปร	โดยรวม		
	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านการรับประทายาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ			
1.1. รับประทายาต้านรีโทรไวรัสสม่ำเสมอและตรงเวลา	4.59	0.47	สูง
1.2. ส่งเสริมการรับประทายาอย่างมีประสิทธิภาพ	4.51	0.63	สูง
1.3. สังเกตและแก้ไขผลข้างเคียงทางคลินิก	4.48	0.61	สูง
2. ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม			
2.1. ทางเพศสัมพันธ์	4.49	0.61	สูง
2.2. ทางเลือด จากเข็มฉีดยาหรือจากบาดแผลสัมผัสเลือดจากของมีคม	4.49	0.73	สูง
3. ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส			
3.1. การดูแลร่างกายให้แข็งแรง	4.03	0.72	ปานกลาง
3.2. การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส	3.65	0.86	ปานกลาง

ตาราง 18

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ (N = 220)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	โดยรวม		
	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการรับประทายาต้านรีโทรไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ			
1.รับประทายาต้านรีโทรไวรัสถูกต้อง สม่าเสมอและตรงเวลา			
1.1.การรับประทายาถูกต้อง	4.85	0.38	สูง
1.1.1.การรับประทายาถูกต้องทั้ง สี ชนิด และ ครบถ้วนทุกครั้งที่ได้รับประทายา	4.85	0.58	สูง
1.2.การรับประทายาได้ครบทุกมือ			
1.2.1.การดูแลให้ได้รับประทายาครบทุกมือ แม้ว่าต้องเดินทางไกล	4.84	0.56	สูง
1.3.การรับประทายาตรงตามเวลาทุกมือ			
1.3.1.การใช้เครื่องมือช่วยในการเตือนเวลาเพื่อให้สามารถกินยาตรงเวลา	4.35	1.06	สูง
1.3.2.การรับประทายาได้ตรงเวลา ในกรณีปรับเวลา	3.93	1.56	ปานกลาง
2.ส่งเสริมการรับประทายาอย่างมีประสิทธิภาพ			
2.1.การมารับการรักษาตามนัด			
2.1.1.การจัดการให้ได้รับยาแม้ไม่สามารถมารับการรักษาในวันนัดได้เอง	4.36	1.33	สูง
2.2.การรับประทายาตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล			
2.2.1.การไม่ดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์	4.28	1.13	ปานกลาง
2.2.1.1.การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ในกรณีมีเพื่อนชวน	4.25	1.10	ปานกลาง
3.สังเกตและแก้ไขผลข้างเคียงทางคลินิก			
3.1.การสังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย			
3.2.การแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบได้ทันท่วงทีเมื่อร่างกายมีความผิดปกติ	4.68	0.72	สูง
3.3.การดูแลตนเองเมื่ออาการผิดปกติ หรืออาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง	4.25	1.14	ปานกลาง
3.4.การได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ทันท่วงทีเมื่อมีอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียงที่รุนแรง	4.69	0.69	สูง

ตาราง 18 (ต่อ)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	โดยรวม		
	\bar{X}	SD	ระดับ
3.5.การขอให้แพทย์/ พยาบาล ตรวจเลือด หรือตรวจร่างกายเพิ่มเติมในกรณีที่สุขภาพของท่านอ่อนแอลง	4.42	1.02	สูง
3.6.การรับรู้ผลการตรวจเลือด เช่น ระดับภูมิคุ้มกันทาน ปริมาณไวรัส หรือผลการตรวจร่างกายอื่นๆจากการสอบถามแพทย์ หรือ พยาบาล	4.61	0.83	สูง
3.7. การเข้าใจผลการตรวจต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง	4.41	1.01	สูง
3.8. การนำผลการตรวจนั้นมาใช้ในการดูแลตนเองเมื่อผลเลือด หรือผลการตรวจร่างกาย ผิดปกติ	4.31	1.08	ปานกลาง
ด้านการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม			
1. ทางเพศสัมพันธ์			
1.1.การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือ งดการมีเพศสัมพันธ์	4.02	1.24	ปานกลาง
1.2.การดูแลตนเองไม่ให้ได้รับเชื้อเพิ่มขึ้น จากเพศสัมพันธ์	4.56	0.87	สูง
1.3.การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	4.80	0.56	สูง
1.3.1.การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องเมื่อมีเพศสัมพันธ์	4.65	0.74	สูง
1.4.การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก	4.37	1.19	สูง
1.5.การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก	4.58	1.07	สูง
2. ทางเลือด จากเข็มฉีดยาหรือจากบาดแผลสัมผัสเลือดจากของมีคม			
2.1.การดูแลตนเองไม่ให้สัมผัสเลือด หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้อื่น	4.54	0.89	สูง
2.2.การทำลายเลือดหรือน้ำเหลือง ที่ออกจากร่างกายอย่างถูกวิธี	4.44	0.95	สูง
2.3.การไม่ใช้อุปกรณ์ที่มีคม เช่น ใบบิด โคน / กรรไกรตัดเล็บ คีมหู ร่วมกับบุคคลผู้อื่น	4.32	1.18	ปานกลาง
2.4.การไม่ใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้นเลือดร่วมกับผู้อื่น	4.69	0.93	สูง
ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส			
1. การดูแลร่างกายให้แข็งแรง			
1.1. การออกกำลังกายได้เป็นประจำ ครั้งละ 30-45 นาที/ ครั้ง อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน	3.63	1.25	ปานกลาง

ตาราง 18 (ต่อ)

การปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา	โดยรวม		
	\bar{X}	SD	ระดับ
1.2.การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย	4.24	0.89	ปานกลาง
1.3.การรับประทานวิตามินและอาหารเสริมทดแทนในกรณีร่างกายอ่อนแอ	3.75	1.37	ปานกลาง
1.4.การหลีกเลี่ยงการกินอาหารสุกๆ ดิบๆ หรือของหมักดอง	4.13	1.04	ปานกลาง
1.5.การดื่มน้ำสะอาด ผ่านการฆ่าเชื้อ/ ผ่านการต้มเดือด วันละ 6-8 แก้ว	4.13	1.01	ปานกลาง
1.7.การผ่อนคลายความเครียดด้วยการฟังเพลง ออกกำลังกาย /ดูหนัง /อ่านหนังสือ	4.40	0.95	สูง
1.8.การทำจิตใจให้สงบ ด้วยทำสมาธิ, สวดมนต์ หรือทำละหมาดได้	3.74	1.38	ปานกลาง
1.9.การนอนหลับสนิท	4.27	0.93	ปานกลาง
2. การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส			
2.1.การดูแลตนเองในทุกส่วนของร่างกาย ไม่ให้ได้รับเชื้อฉวยโอกาส	4.47	0.93	สูง
2.2.การใช้ช้อนกลางทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหาร	4.50	0.69	สูง
2.3.การขอรับยาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาสเมื่อระดับภูมิคุ้มกันต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร	4.36	1.19	สูง
2.4.หลีกเลี่ยง ไม่เข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด	3.93	1.19	ปานกลาง
2.4.1 การใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่แออัด	3.17	1.53	ปานกลาง
2.5.การไม่สูบบุหรี่	3.59	1.40	ปานกลาง
2.5.1. การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในกรณีที่มีเพื่อนชวน	4.09	1.37	ปานกลาง

ตาราง 19

ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา พฤติกรรม
เสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษากับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการ
รักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	X ² -value	p -value
1. เพศ	158.14	0.30
2. อายุ	520.79	0.01*
3. ศาสนา	374.72	0.00*
4. สถานภาพสมรส	0.56	0.45
5. ระดับการศึกษา	611.35	0.36
6. อาชีพ	4.75	0.19
7. รายได้	1.26	0.53
8. ระยะเวลาของการติดเชื้อ (ปี)	9.62	0.00*
9. ระยะเวลาของการได้รับยาต้านรีโทรไวรัส (ปี)	2.77	0.25
10. การได้รับข้อมูลการกินยาต้านรีโทรไวรัส จากรพ.ที่	113.19	0.98
11. ประวัติการหยุดยาด้านรีโทรไวรัส	164.53	0.19
12. ประวัติการเปลี่ยนสูตรยา	156.13	0.34
13. การมีอาการข้างเคียงของยาต้านรีโทรไวรัส	165.59	0.18
14. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	4.50	0.72
15. การบอกผลเลือดกับครอบครัว หรือคู่สมรส	180.65	0.04*
16. ประเมินผลการรับประทานยา	22.09	0.00*
17. ผลการตรวจเลือดและการตรวจร่างกาย	12.80	0.01*
18. การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	19.71	0.00*
19. การสูบบุหรี่	2.44	0.29
20. การใช้สารเสพติด	0.14	0.70
21. การมีเพศสัมพันธ์	0.11	0.73

* $p < 0.05$

ตาราง 20

ค่าความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษา และลักษณะส่วนบุคคล
ข้อมูลการติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	X ² -value	p -value
1. เพศ	5.87	0.01*
2. อายุ	236.12	0.01*
3. ศาสนา	110.00	0.84
4. สถานภาพสมรส	268.38	0.00*
5. ระดับการศึกษา	1.39	0.49
6. อาชีพ	2.98	0.22
7. รายได้	1.85	0.39
8. ระยะเวลาของการติดเชื้อ (ปี)	1.13	0.56
9. ระยะเวลาของการได้รับยาต้านรีโทรไวรัส (ปี)	1.85	0.39
10. การได้รับข้อมูลการกินยาต้านรีโทรไวรัส จากรพ.ที่	81.78	0.05
11. ประวัติการหยุดยาด้านรีโทรไวรัส	71.48	0.21
12. ประวัติการเปลี่ยนสูตรยา	82.05	0.05
13. การมีอาการข้างเคียงของยาต้านรีโทรไวรัส	331.30	0.00*
14. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	4.49	0.72
15. การบอกผลเลือดกับครอบครัว หรือคู่สมรส	74.84	0.14
16. ประเมินผลการรับประทานยา	8.56	0.03*
17. ผลการตรวจเลือดและการตรวจร่างกาย	1.21	0.87
18. การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	17.12	0.00*
19. การสูบบุหรี่	3.97	0.13
20. การใช้สารเสพติด	1.04	0.30
21. การมีเพศสัมพันธ์	0.67	0.41

* $p < 0.05$

ตาราง 21

ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการรับประทานยาต้านรีโทรไวรัส และลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลการติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	X ² -value	p -value
1. เพศ	1.66	0.64
2. อายุ	28.91	0.00*
3. ศาสนา	20.10	0.21
4. สถานภาพสมรส	37.86	0.03*
5. ระดับการศึกษา	55.81	0.00*
6. อาชีพ	21.22	0.01*
7. รายได้	17.70	0.03*
8. ระยะเวลาของการติดเชื้อ (ปี)	9.56	0.14
9. ระยะเวลาของการได้รับยาต้านรีโทรไวรัส (ปี)	13.32	0.38
10. การได้รับข้อมูลการกินยาต้านรีโทรไวรัส จากรพ.ที่	10.88	0.20
11. ประวัติการหยุดยาต้านรีโทรไวรัส	8.90	0.35
12. ประวัติการเปลี่ยนสูตรยา	23.08	0.00*
13. การมีอาการข้างเคียงของยาต้านรีโทรไวรัส	16.66	0.03*
14. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	23.01	0.34
15. การบอกผลเลือดกับครอบครัว หรือคู่สมรส	9.23	0.32
16. ประเมินผลการรับประทานยา	81.17	0.00*
17. ผลการตรวจเลือดและการตรวจร่างกาย	58.95	0.00*
18. การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	10.44	0.31
19. การสูบบุหรี่	8.09	0.23
20. การใช้สารเสพติด	4.99	0.17
21. การมีเพศสัมพันธ์	1.19	0.75

* $p < .05$

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงสุกัญญา หังสพฤกษ์ | แพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จ.นครนายก |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่วงวัฒนา | ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. คุณศิริลักษณ์ จันทร์เฒ่า | พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
(ผู้ประสานงานเอดส์) โรงพยาบาลหาดใหญ่
จ.สงขลา |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาว จาตุดี กองผล	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5010421005	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2541

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา