

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยตามลำดับดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับ โรคเอดส์

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

แนวคิดเกี่ยวกับ โรคเอดส์

ความหมาย

โรคเอดส์ (acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (Human immunodeficiency virus: HIV) เข้าสู่ร่างกาย ไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายส่งผลให้ร่างกายมีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ทำให้เกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย (ปราโมทย์, 2546) การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์จะต้องมีอาการของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมร่วมด้วยอย่างน้อย 1 อาการ (ชาญชัย กอบโชคและเกียรติ, 2537; บรรจง, 2535; พรทิพย์ และบุญจันทร์, 2539) โดยอาการของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมดังกล่าว ประกอบด้วย

1. มีการติดเชื้อแบคทีเรียในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 13 ปี หลายชนิด หรือเป็นซ้ำๆอย่างน้อย 2 ครั้งใน 2 ปี
2. Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจาย ของอวัยวะต่างๆนอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
3. ติดเชื้อ Cryptococcus นอกบริเวณปอด
4. Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วงนานมากกว่า 1 เดือน
5. ติดเชื้อเริม (Herpes simplex) ที่ทำให้เกิดแผลเย็บหรือรังเกิ 1 เดือน

6. HIV ที่ทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง (HIV / AIDS dementia)
7. Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆนอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
8. HIV ที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการน้ำหนักลดจากขบวนการเมตาโบลิซึมสูง (HIV wasting syndrome)
9. Isosporiosis และมีอุจจาระร่วงเกิน 1 เดือน
10. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด non Hodgkin ของ B cell หรือไม่ทราบ immunologic phenotype
11. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดปลุมนูมิในสมองของผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ
12. ติดเชื้อวัณโรคของบริเวณปอด อย่างน้อย 1 แห่ง
13. วัณโรคติดเชื้อ Penicillin marneffeii ชนิดแพร่กระจายนอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
14. วัณโรคเนื้อสมองสีขาวถูกทำลาย เนื่องจากภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อบกพร่อง (progressive multifocal leukoencephalopathy)
15. มีการติดเชื้อ Salmonella ในกระแสเลือดซ้ำๆ
16. ติดเชื้อรา (Candida) ของหลอดอาหาร หลอดลมและปอด
17. ติดเชื้อ Cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลืองในผู้ป่วยอายุมากกว่า 1 เดือน
18. มะเร็งหลอดเลือดที่ผิวหนัง หรืออวัยวะภายใน (Kaposi's sarcoma) ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ
19. Lymphoid interstitial pneumonia และ/หรือ pulmonary lymphoid hyperplasia ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 13 ปี
20. Mycobacterium avium complex หรือวัณโรคติดเชื้อ M. Kansasii หรือวัณโรคติดเชื้อ Mycobacterium อื่นๆที่ไม่ใช่วัณโรค โดยเป็นชนิดแพร่กระจาย
21. ติดเชื้อ Pneumocystis carinii ในปอด
22. ติดเชื้อ Toxoplasma ในสมองในผู้ป่วยอายุเกิน 1 เดือน

พยาธิกำเนิด อาการและอาการแสดงทางคลินิก

การได้รับเชื้อเอชไอวีจากทางเพศสัมพันธ์ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และจากมารดาสู่ทารกนำไปสู่กลไกการเกิดโรคเอดส์นั้นเป็นผลมาจากเชื้อไวรัสเอชไอวีโดยตรง ขึ้นอยู่กับปริมาณและ

ความรุนแรงของเชื้อเป็นสำคัญ (เกียรติ, 2541) เชื้อเอชไอวีแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ HIV-1 ที่พบได้ทั่วโลกโดยเฉพาะในแถบแอฟริกากลาง สหรัฐ ยุโรป แอฟริกาตะวันตก และเอเชีย ส่วน HIV-2 พบชุกชุมในแถบแอฟริกาตะวันตก (พิไลพันธ์, 2541; เขาวรัตน์ และคณะ, 2544; สิริ, 2540; Nittayananta, 2001; Stine, 2003) ได้มีการแบ่งพยาธิกำเนิดตามการดำเนินโรคเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะติดเชื้อเฉียบพลันหรือปฐมภูมิ (acute primary HIV infection) หลังได้รับเชื้อเข้าไป ในช่วง 2-12 สัปดาห์แรกเชื้อจะเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง บางส่วนเข้าสู่กระแสเลือด ในขณะที่ร่างกายยังไม่มีอาการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเกิดขึ้น (window period) เชื้อเอชไอวี จะสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว และกระจายไปในกระแสเลือด ผู้ติดเชื้อบางรายแสดงอาการของการติดเชื้อเฉียบพลัน เกิดขึ้นภายใน 1-6 สัปดาห์ ภายหลังจากได้รับเชื้อเอชไอวี อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ปวดเมื่อย เจ็บคอ ผื่นขึ้นตามตัว และต่อมน้ำเหลืองโต บางรายอาจมีท้องเสีย มีเชื้อราในปาก จำนวนซีดีโฟร์ (CD4) ทีเซลล์ (T-cells) มักลดต่ำลงเล็กน้อย ไม่สามารถวินิจฉัยได้จากการส่งตรวจเลือด ตรวจหาเอชไอวีแอนติบอดี (anti-HIV antibody) เนื่องจากเป็นช่วงที่ร่างกายยังไม่มีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ

2. ระยะไม่ปรากฏอาการของโรค (asymptomatic HIV infection) เชื้อส่วนใหญ่จะอยู่ในต่อมน้ำเหลือง (lymphoid tissue) โดยจะมีปริมาณเชื้อมากกว่าในกระแสเลือดอย่างน้อยประมาณ 10-100 เท่า ในระยะนี้อัตราการแบ่งตัวและอัตราที่เชื้อถูกทำลายอยู่ในภาวะสมดุลผู้ป่วยจึงยังไม่มีอาการของโรค ผู้ติดเชื้อแต่ละรายจะมีการดำเนินโรคแตกต่างกันไปมีตั้งแต่น้อยกว่า 2 ปีจนถึงมากกว่า 15 ปีในประเทศพัฒนาส่วนใหญ่ระยะเฉลี่ยประมาณ 7-10 ปี ในประเทศไทยเชื่อว่ามี การดำเนินโรคเร็วกว่า คือ มีระยะเฉลี่ย 5 ปี จะตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโตขนาด 1-2 ซม. มากกว่าหนึ่งแห่ง

3. ระยะแสดงอาการ และอาการเต็มขั้น (symptomatic and advance stage) หลังการติดเชื้อเป็นเวลาหลายปีเซลล์ในต่อมน้ำเหลือง และซีดีโฟร์ (CD4) ทีเซลล์ (T-cells) จะค่อยๆถูกทำลายลงไปเรื่อยๆ ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง การควบคุมการแบ่งตัวของเชื้อลดลง เป็นผลให้เชื้อเอชไอวีมีการแบ่งตัวมากขึ้น จำนวนเชื้อในร่างกายมีสูงมาก ระยะปรากฏอาการเบื้องต้น (early symptomatic) หรือ ระยะใกล้เอดส์ (AIDS-related complex; ARC) อาการทางคลินิกที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้เรื้อรังนาน 1 เดือน น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ท้องเสียเรื้อรังนานกว่า 1 เดือนโดยไม่ปรากฏสาเหตุอื่น รวมทั้งโรคแทรกซ้อน เช่น ฝีดาษ เชื้อราในช่องปาก ระยะเอดส์เต็มขั้น (AIDS or full blown AIDS) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมากแล้ว และจำนวนซีดีโฟร์ (CD4) ทีเซลล์ (T-cells) ในเลือดลดลง ร่างกายจะไม่สามารถป้องกัน หรือควบคุมแม้แต่เชื้อที่

ไม่ก่อโรคได้ คนไทยจะเกิดอาการของเอดส์นับจากเริ่มติดเชื้อ ใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 7 ปี (สัญชัย, ชีวนันท์ และพรทิพย์, 2547)

การดำเนินโรค

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์ในที่สุด บางคนมีการดำเนินโรคเร็ว บางคนมีการดำเนินโรคช้า มีผู้ติดเชื้อส่วนน้อยเท่านั้นที่จะมีชีวิตอยู่อย่างยืนยาวโดยไม่มีโรค ได้มีการแบ่งผู้ติดเชื้อออกเป็น 4 กลุ่ม ตามระยะเวลาการดำเนินโรค ภาวะทางภูมิคุ้มกัน และปริมาณไวรัสในผู้ติดเชื้อ (พิไลพันธ์, 2541) ดังนี้คือ

1. ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ (intermediate or average progressors) หมายถึง ผู้ติดเชื้อที่มีการดำเนินโรคกลายเป็นเอดส์ในระยะเวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี พบได้ในผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 80-90

2. ผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการของโรคอย่างรวดเร็ว (rapid progressors) หมายถึง ผู้ติดเชื้อที่มีการดำเนินโรคกลายเป็นเอดส์อย่างรวดเร็ว เกิดขึ้นภายในระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 3-4 ปี ภายหลังจากตรวจพบว่ามีแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้น ในผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการของโรคอย่างรวดเร็ว จะมีปริมาณไวรัสในระดับสูง การทำงานของซีดี8 ลิมโฟไซต์ ในการกีดกันเพิ่มจำนวนของไวรัสลดลง ตรวจพบโปรตีนหลายชนิดในซีรัม พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 5-10

3. ผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการของโรคเป็นเวลานาน (long-term nonprogressor, LTPNs) หมายถึง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมานานกว่า 10 ปี โดยไม่ปรากฏอาการของโรคเอดส์ทั้งๆที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 5 ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้มีสุขภาพแข็งแรง ระบบภูมิคุ้มกันสามารถตอบสนองสิ่งแปลกปลอมได้อย่างปกติ จำนวนซีดีโฟร์ ลิมโฟไซต์ (CD4 lymphocyte) อยู่ในระดับสูง โดยมีค่ามากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดพบในระดับต่ำ นอกจากนี้บางกลุ่มอาจใช้หลักเกณฑ์ว่าติดเชื้อมานานกว่า 7 ปี จำนวนซีดีโฟร์ ลิมโฟไซต์ (CD4 lymphocyte) มากกว่า 600 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ไม่แสดงอาการทางคลินิก ระบบภูมิคุ้มกันของคนกลุ่มนี้ทั้งระบบผ่านเซลล์และสารน้ำที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี มีประสิทธิภาพสูงมาก

4. ผู้ติดเชื้อที่อยู่ได้นาน (long-term survivors) หมายถึง ผู้ติดเชื้อที่อยู่ได้นานกว่า 10-15 ปี ภายหลังจากติดเชื้อทั้งๆที่ไม่ได้รับการรักษา ผู้ติดเชื้อบางรายอาจมีซีดีโฟร์ ลิมโฟไซต์ (CD4 lymphocyte) ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร แต่ยังคงมีสภาพของโรคคงที่เป็นเวลาหลายปีได้

เขาวรัตน์ และคณะ (2544) กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโรคเอดส์ว่าประกอบด้วย ปัจจัยด้านเชื้อไวรัส (viral factors) ปัจจัยในตัวผู้ติดเชื้อ (host factors) ปัจจัยเกี่ยวกับการ

กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (immune activation factors) และปัจจัยด้านการรักษา (therapeutic factors) ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถลดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ (undetectable level) และทำให้ระดับซีดีโฟร์ (CD4) สูงขึ้น ส่งผลให้ลดอัตราการเกิดเอดส์ และอัตราการตายได้อย่างชัดเจนถึงร้อยละ 60-80 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ยา 3 ชนิดพร้อมกัน (สิริ, 2540; สมนึก, 2544)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย เริ่มมีขึ้นในปี พ.ศ. 2535 และได้มีการพัฒนาปรับขนาดของยาเรื่อยมาจนถึงในปัจจุบัน การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (antiretroviral agent) สามารถลดอัตราการเกิดเอดส์ และอัตราการตายได้อย่างชัดเจน เป้าหมายของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถเป็นจริงได้ คือ การทำให้ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ปรากฏอาการคงสภาพนั้นไว้ไปให้นานที่สุด หรือไม่เป็นเอดส์เลย โดยให้การรักษาเพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกาย ลดลงจนไม่สามารถตรวจวัดได้ (> 50 copy/ml) และมีค่าซีดีโฟร์ (CD4) มากกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ขณะที่เป้าหมายของการรักษาผู้ที่มีอาการแล้ว คือ การรักษาโรคแทรกซ้อนให้หาย หรือมีโรคแทรกซ้อนน้อยที่สุด และพยายามเพิ่มจำนวนซีดีโฟร์ (CD4) ด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตอย่างมีคุณภาพนานที่สุด (เกียรติ, 2540; ปราโมทย์, 2541; สิริ, 2540; สัญชัย และคณะ, 2547)

ยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้ง หรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัว การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ (interference with attachment and entry) มีกลไกการออกฤทธิ์ต่อเชื้อเอชไอวี หลักๆ 4 กลไก (เชิดเกียรติ, 2548) คือ

1. การยับยั้งขบวนการรีเวอร์สทรานส์คริปชัน (reverse transcription)
2. การยับยั้งขบวนการอินทิเกรชัน (integration)
3. การยับยั้งทรานส์คริปชัน (transcription)
4. การยับยั้ง Post-translation processing

ปัจจุบันมียาต้านไวรัสเอดส์ออกมามีใช้ในทางคลินิกทั้งหมด 11 ชนิด ยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันออกฤทธิ์หลักๆ ที่ 2 ตำแหน่ง คือ ยับยั้งเอนไซม์รีเวอร์สทรานส์คริปเตส (Reverse transcriptase) และโปรเตเอส (Protease) มีลักษณะสำคัญ (พิมใจ, 2545) ดังนี้

1. ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์รีเวอร์สทรานส์คริปเตส (Reverse Transcriptase Inhibitor, RTI) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1.1 กลุ่มที่มีลักษณะเลียนแบบเบส (base) ของ นิวคลีอิก แอซิด (Nucleic acid)

นิวคลีโอไซด์ อนาล็อก รีเวอร์สทรานส์คริปเตสอินฮิบิเตอร์ (Nucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor: NRTI) เป็นยากกลุ่มแรกที่ได้มีการพัฒนามาใช้ในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี โดยมียาต้นแบบ คือ ซิโดวูดีน (Zidovudine) ได้แก่ ซิโดวูดีน (Zidovudine: AZT) สตาอูดีน (Stavudine: d4T) มีโครงสร้างคล้ายกับ ทัมมิดีน (Thymidine) ไดดาโนซีน (Didanosine: ddI) คล้ายกับ อะดีโนซีน (Adenosine) ลามิวูดีน (Lamivudine: 3TC) และอะแบคคาเวีย (Abacavir) คล้ายกับ ไซโตซีน (Cytosine) การยับยั้งเอนไซม์รีเวอร์สทรานส์คริปเตส เป็นแบบแย่งจับไม่ถาวร (Reversible competitive inhibitor) จึงมีฤทธิ์ด้อยกว่ายาในกลุ่มที่ 1.2

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NRTI

ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาในกลุ่มนี้จะส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ซึ่งประกอบไปด้วยการเกิดภาวะกรดในร่างกายน (Lactic acidosis) พบไม่บ่อย แต่มีอัตราตายสูง โดยผู้ป่วยที่มีอาการจะมาด้วยอาการเหนื่อยง่าย น้ำหนักลด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก อาการอื่นๆที่อาจพบได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ตับอ่อนอักเสบ ปลายประสาทอักเสบ แผลในปาก

1.2 กลุ่มที่มีลักษณะไม่เหมือนเบส ของนิวคลีอิก แอซิด (Nucleic acid) นอนิวคลีโอไซด์ อนาล็อก รีเวอร์สทรานส์คริปเตสอินฮิบิเตอร์ (Nonnucleoside analogued reverse transcriptase inhibitor: NNRTI) ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์รีเวอร์สทรานส์คริปเตส เป็นแบบจับถาวร (irreversible non-competitive inhibitor) และคนละตำแหน่งกับที่เอนไซม์จับกับนิวคลีอิก แอซิดเบส (Nucleic acid base) ทำให้มีฤทธิ์แรงกว่า NRTI มาก ประกอบด้วย เนวิลาปีน (Nevirapine: NVP) และ เอฟฟาเวเรนซ์ (Efavirenz) (วรพจน์, 2545)

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม NNRTI

การให้ยากกลุ่มนี้ร้อยละ 16 ของผู้ป่วย พบเกิดผื่นคันบริเวณลำตัว ใบหน้า และส่วนปลายของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ผื่นที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับอาการไข้ (พูนทรัพย์, 2546) เป็นอาการที่พบได้บ่อยแต่ไม่รุนแรง เกิดใน 2-3 สัปดาห์แรก อาจหายไปเองได้โดยไม่ต้องหยุดยา ใน 1 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยอาจเกิดผื่นรุนแรงจนเป็นสตีเวนจอห์นสันซินโดรม (Steven-Johnson Syndrome) จนเสียชีวิตได้ (Montessori, Press, Harris, Akagi, & Montaner, 2004) อาการที่อาจพบร่วมมี ตับอักเสบ ปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย สับสน ประสาทหลอน

2. ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์โปรเตเอส (Protease inhibitor; PI) ออกฤทธิ์ในการยับยั้งเอชไอวีได้ดีมาก ไวรัสจะไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆเข้าเป็นไวรัสที่สมบูรณ์ และออกจากเซลล์ได้ทำให้ไวรัสไม่สามารถก่อโรคได้ ยากลุ่มนี้มักจะทำให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ลดลง เนื่องจากต้องรับประทานร่วมกับอาหาร และมีข้อจำกัดในการใช้ยามากกว่ายาในกลุ่มอื่นๆ (Rubio, Pedeboscq, Ekouevi, Zalabadi, Chene, Bonarek et al., 2005)

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่ม PI

2.1 เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวาน ภาวะคีโตนคั่งในกระแสเลือด (diabetic ketoacidosis) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเฉื่อยภายใน 63 วันหลังจากได้ยาซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ยาต่อร่วมกับการรับประทานยาเบาหวานหรือฉีดอินซูลิน

2.2 มีการเปลี่ยนแปลงการกระจายของไขมัน (fat redistribution) ตามส่วนต่างๆของร่างกาย มีอาการลำตัวอ้วน (central obesity) มีการสูญเสียมไขมันในอวัยวะส่วนปลาย (peripheral fat wasting) อาจพบการสะสมของไขมันในอวัยวะภายใน (visceral fat accumulation) มีการสะสมของไขมันที่บริเวณลำคอ (buffalo hump) หน้าตอ (facial thinning) หน้าอกโต (breast enlargement) มีการสะสมของไขมันบริเวณเนื้อเยื่อมากเกินไป (lipomatosis) ผู้ป่วยบางรายอาการดีขึ้นเมื่อหยุดยา PI บางรายสามารถเกิดอาการเหล่านี้โดยไม่ได้ใช้ยา PI

2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) อาจมีการเปลี่ยนแปลงของการสะสมของไขมันร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม มีรายงานการเกิดอาการเส้นเลือดหัวใจอุดตันในผู้ป่วยอายุน้อย การเกิดโรคเส้นเลือดสมอง นิ้วในถุงน้ำดี

2.4 มีภาวะเลือดออกง่ายเพิ่มขึ้น (increased bleeding) ในผู้ป่วยโรคเลือดที่ใช้ยาในกลุ่ม PI มักเป็นเลือดออกในข้อและเนื้อเยื่ออ่อน บางรายอาจเกิดเลือดออกในสมองและลำไส้ การเกิดเลือดออกจะเกิด 22 วันหลังให้ยา

ในปี พศ. 2545 องค์การเภสัชกรรมแห่งประเทศไทย ได้ผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดรวม คือ จีพีโอเวียร์ (GPOvir) ซึ่งตัวยาประกอบด้วย สตาวูดีน (Stavudine: d4T) ลามิวูดีน (Lamivudine: 3TC) และ เนวีราปีน (Nevirapine: NVP) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง มี 2 ขนาด คือ จีพีโอเวียร์ เอส 30 (GPOvir S30) ใช้ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 60 กิโลกรัม และจีพีโอเวียร์ เอส 40 (GPOvir S40) ใช้ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเท่ากับ หรือมากกว่า 60 กิโลกรัม (เชิดเกียรติ, 2548) และได้มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยาจีพีโอเวียร์ พบว่า การตอบสนองของยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เคยรักษามาก่อนดีกว่ากลุ่มที่เคยได้รับยา (วารางคณา เพชร และนที, 2546; พิเชียร, 2548) และผลข้างเคียงที่พบจากการใช้ยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 8.57 และมีอาการชาตามส่วนปลาย ร้อยละ 2.86 (พิเชียร, 2548) และอาจพบผื่นรุนแรงจนเป็นสตีเวนจอห์นสันซินโดรม (Steven-Johnson Syndrome) ได้ (สรุเดช, 2548) แต่ไม่พบว่ามีผลข้างเคียงของการกดเม็ดเลือด (สุภาพร และเลิศลักษณ์, 2548)

การรักษาด้วยสูตรยา 3 ชนิด (triple drug therapy) รวมกันจะให้ผลดีกว่าการใช้สูตรยา 1 - 2 ชนิด (เขาวรัตน์ และคณะ, 2544; ศุภชัย, 2546; Raboude, Harris, Rae, & Montaner, 2002) เนื่องจากการให้ยามากกว่า 2 ชนิด จะมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในพลาสมาได้มากกว่า โดยการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีเป้าหมายเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย ช่วยให้มียุทธภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดปริมาณไวรัสในเลือดเพื่อหยุดการดำเนินโรค และป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ช่วยให้ภูมิคุ้มกันกลับคืนมาทั้งแง่ปริมาณและคุณภาพ ลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และสูตรยาที่ใช้ในการรักษาในอนาคต มีผลข้างเคียงน้อยมากทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ (พิมใจ, 2545) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ 24 สัปดาห์แรกของการรักษา ทำให้ระดับของไวรัสในกระแสเลือดเริ่มลดลง (Rubio et al., 2005) มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4) เพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมดีขึ้น (สรชนก, 2546; เสาวนีย์, 2546)

การดื้อยาของเชื้อเอชไอวี (drug resistance)

ปัญหาการดื้อยาเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยสาเหตุหลักของการดื้อยา คือความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา (Moatti, Spire, & Kazatchkine, 2004; Kuritzkes, 2004) ศัญชัย และคณะ (2547) กล่าวถึงกลไกการดื้อยาของยาแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ดังนี้

1. ยากลุ่ม NRTI การดื้อยาอาจมีได้ 2 แบบ คือ การกลายพันธุ์ (mutation) ที่จำเพาะกับยาเฉพาะขนาน และการกลายพันธุ์ที่อาจคือยาหลายขนานในกลุ่ม
2. ยากลุ่ม NNRTI ยากลุ่มนี้เกิดการดื้อยาได้ง่ายและมีโอกาสคือข้ามไปยังกลุ่มอื่นได้สูง
3. ยากลุ่ม Protease inhibitor ยากลุ่มนี้เชื้อดื้อยาก่อนข้างยาก เชื้อไวรัสต้องมีการกลายพันธุ์หลายตำแหน่งจึงจะดื้อยา

การเกิดเชื้อดื้อยาต่อยาต้านเอดส์ตัวหนึ่งอาจส่งผลให้เกิดการดื้อยาตัวอื่นในกลุ่มเดียวกันได้ (เกียรติ, 2540) และมีการถ่ายทอดเชื้อดื้อยาไปสู่ผู้รับเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ยานิตเสพติด อุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน และจากมารดาสู่ทารกได้ (สุดา, 2542) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะเวลานานกว่า จะพบภาวะการรักษาล้มเหลว (treatment failure) ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้สูงกว่า (เชิดเกียรติ, 2548) ลักษณะที่แสดงให้ทราบว่ารักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว (คันสนีย์ และภักระ, 2547) ประกอบด้วย

1. มีอาการทางคลินิกกลับมาใหม่ (clinical failure) หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็ง 1 ใน 22 โรค เกิดขึ้นใหม่ ยกเว้นวัณโรคปอด

2. การล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกัน (immunological failure) หมายถึง มีภูมิคุ้มกัน หรือจำนวนซีดีโฟร์ตลดลงต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ 30 จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน

3. ไม่สามารถยับยั้งปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ (virological failure) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยมีจำนวนปริมาณไวรัสลดลงจนตรวจนับไม่ได้ กลับมามีจำนวนไวรัสเพิ่มขึ้นจนตรวจวัดได้อีก โดยทั่วไปถือว่าค่าไวรัสในกระแสเลือดเป็นตัวพยากรณ์การตอบสนองต่อการรักษาที่ดีที่สุด

การเข้าถึงบริการ และแนวทางการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การดำเนินงานตามโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ (NAPHA) กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยใช้ยาต้านไวรัสในสูตรยา 3 ชนิดพร้อมกัน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 จนกระทั่งในปีพ.ศ. 2545 ได้มีการผลิตยาต้านไวรัสโดยองค์การเภสัชกรรมทำให้ราคายาถูกลง จึงมีการดำเนินการขยายโอกาสการดูแลรักษาให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 มีเป้าหมายเพื่อขยายการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 50,000 ราย (สัญญาฯ และคณะ, 2547)

ในปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้จัดทำหนังสือคำมั่นสัญญาในการปฏิบัติสำหรับการขยายโอกาสการเข้าถึงการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (A commitment to Action for Expanded Access to HIV/AIDS Treatment) เพื่อเป็นแนวทาง และช่วยเหลือกลุ่มประเทศที่ยังมีปัญหากับการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความก้าวหน้าในด้านการรักษาของผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่งเสริม และขยายโอกาสในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทยบริการการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ มีความครอบคลุม และเพิ่มมากขึ้นเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยในการรักษาสุขภาพ รัฐบาลมีนโยบายขยายโอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ต้องใช้จ่ายเงินค่ายาต้านไวรัสด้วยการนำโครงการบริการยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพ (30 บาท) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถรับยาได้ฟรีในการเข้ารับบริการในแต่ละครั้ง

เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ผ่านการตรวจเลือด และการให้การปรึกษาว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และมีการนัดตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในการเข้าโครงการยาต้านไวรัส มีกระบวนการในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้ (สัญญาฯ และคณะ, 2547)

1. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจเลือด และถ่ายภาพเอกซเรย์ปอด จากแพทย์ และผู้ดำเนินโครงการเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมโครงการ

2. เมื่อผ่านการพิจารณาว่ามีคุณสมบัติเข้าข่ายที่จะเข้าร่วมโครงการ จะได้รับการติดต่อกลับภายใน 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่มีการสรุปผลการพิจารณา

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะต้องมารับการตรวจเพื่อประเมินผลการรักษาตามที่แพทย์นัดหมายทุกครั้ง โดยแพทย์จะนัดหมายเมื่อรับประทานยาครบสัปดาห์ที่ 2, 4, 8 และทุก 1 เดือนจนถึงสิ้นสุดโครงการ ราชบัณฑิตยสถาน และคณะ (Rathbun, Farmer, Stephens, & Lockhart, 2005) ศึกษาผลของความสม่ำเสมอทางคลินิก ต่อผลลัพธ์ทางพฤติกรรม และระดับไวรัสในกระแสเลือดในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ พบว่าระดับ เอชไอวี-1 อาร์เอ็นเอ ลดลงน้อยกว่า 400 รูปแบบต่อมิลลิลิตร ในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 28 คิดเป็นร้อยละ 63, 100 และ 94 ตามลำดับ

4. มีการซักประวัติ และตรวจร่างกาย และ/หรือตรวจเลือด ทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด เพื่อประเมินความเป็นไปของโรค และผลการรักษา รวมทั้งความปลอดภัยจากการใช้ยา

5. ค่าใช้จ่ายสำหรับการเจาะเลือดเม็ดเลือดขาวชนิด ซีดีโฟร์ หลังจากเข้าร่วมโครงการแล้ว จะเบิกจากโครงการ ส่วนค่าใช้จ่ายนอกจากนี้ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบ

การใช้ยาด้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะต้องผ่านการพิจารณาจากแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นหลักเนื่องจากปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ การคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม (เสาวนีย์, 2546) มุ่งองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการที่ใช้ร่วมในการพิจารณา คือ ความตั้งใจร่วมมือในการรักษา ซึ่งอาจต้องลงนัดมา 1-2 ครั้ง ก่อนพิจารณาเริ่มให้ และอีกประการหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตในขณะนั้น อย่างน้อยต้องสามารถช่วยตัวเองได้โดยไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น (เกียรติ, 2540) และนำมาประกอบกับหลักในการพิจารณาว่าควรเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อใด (สัญญาชัย และคณะ, 2547) ซึ่งหลักการพิจารณามีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์ (ยกเว้นวัณโรคปอด) ไม่ว่าจะ มี ซีดีโฟร์ (CD4) เท่าใด

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการใดอาการหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.1 เชื้อราในช่องปาก (Oral thrush)

2.2 ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ

2.3 ตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ

2.4 อูจจาระร่วงเรื้อรังที่ไม่สามารถหาสาเหตุได้นานกว่า 14 วัน หรือ น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 15 เปอร์เซ็นต์ ภายใน 3 เดือน

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการที่มี ซีดีโฟร์ (CD4) ต่ำกว่า 200 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่มีอาการ และมีซีดีโฟร์ (CD4) มากกว่า 200 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ไม่ควรเริ่มใช้ยาต้านไวรัสใน แต่ให้ติดตามอาการ และตรวจวัดระดับ ซีดีโฟร์ (CD4) (สัญญาชัช และคณะ, 2547) ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ ซีดีโฟร์ (CD4) 200-350 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ให้ตรวจระดับ ซีดีโฟร์ (CD4) ทุก 3 เดือน
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ ซีดีโฟร์ (CD4) มากกว่า 350 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ให้ตรวจระดับ ซีดีโฟร์ (CD4) ทุก 6 เดือน

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการพิจารณาเข้าสู่โครงการยาต้านไวรัส จะต้องได้รับคำแนะนำก่อนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และผลข้างเคียงจากการใช้ยา (สัญญาชัช และคณะ, 2547) คำแนะนำที่ควรให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีดังนี้

1. ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ เน้นเรื่องการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ทั้งขนาด ความถี่ หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการดื้อยาอย่างรวดเร็ว
2. อธิบายวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง เน้นการรับประทานยาต้านไวรัสไม่ได้เป็นการรักษาให้หายขาด แต่เป็นการรับประทานเพื่อควบคุมเชื้อไวรัสเท่านั้น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตลอดไป
3. อธิบายถึงสูตรยาต้านไวรัสที่ให้กับผู้ป่วย
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการตอบสนองต่อยาต้านไวรัสจะดีที่สุดในสูตรแรก
5. อธิบายผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่อาจเกิดขึ้น ทั้งผลข้างเคียงที่รุนแรงที่สามารถให้ยาต่อได้ และผลข้างเคียงที่รุนแรงที่ควรหยุดยา โดยการหยุดรับประทานยาจะต้องมาพบแพทย์ ไม่หยุดยาเอง
6. แนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงทีมผู้ดูแลที่ช่วยในการรักษา เช่น พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ให้คำปรึกษา
7. อธิบายถึงวิธีการประเมินความสม่ำเสมอ (adherence) ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการติดตามการรักษา เช่น นับจำนวนยาที่เหลืออยู่ ให้ผู้ป่วยเล่าวิธีการรับประทานยา และเวลาที่รับประทานยา

สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้ในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ

ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการใช้สูตรยา 3 ชนิด (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) ซึ่งเป็นสูตรยาที่เป็นที่ยอมรับในการรักษา คือ 2NRTI+1PI และ 2NRTI+

INNRTI (Porche, 1999) โดยการรับยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้าโครงการ การเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ได้มีการกำหนดเกณฑ์การรับยาทั้งในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่ไม่เคยได้รับยามาก่อน และในรายที่เคยได้รับยามาแล้ว (สัญชัย และคณะ, 2547) ดังต่อไปนี้

1. ในกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน (naive) รายใหม่ ใช้สูตรยาดังต่อไปนี้

สูตรที่ 1. $d4T + 3TC + NVP$ (GPO-VIR) จะเป็นสูตรแรกที่ใช้ในกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่

สูตรที่ 2. $d4T + 3TC + EFV$ ใช้ในกรณีที่มีอาการแพ้ NVP หรือใช้ $AZT + 3TC + NVP$ ในกรณีที่มีอาการแพ้ d4T หรือใช้ $AZT + 3TC + EFV$ ในกรณีที่มีอาการแพ้ NVP และ d4T แต่ถ้าหากมีอาการแพ้ยาในสูตรที่ 2 จึงเปลี่ยนเป็นสูตรที่ 3

สูตรที่ 3. $d4T + 3TC + IDV/RTV$ หรือ $AZT + 3TC + IDV/RTV$

2. ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ที่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน ให้ใช้สูตรยา $d4T + 3TC + NVP$ (GPO-VIR) เป็นสูตรแรกได้ (สัญชัย และคณะ, 2547) ได้แก่

2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังรับการรักษาคด้วยยา GPO-VIR โดยที่อาการทางคลินิกและซีดีโฟร์ (CD4) บ่งชี้ว่าการรักษายังได้ผลคืออยู่

2.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังรับการรักษาคด้วยยาต้านไวรัสแบบสองชนิดพร้อมกัน (dual therapy) มาก่อน และมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด น้อยกว่า 50 ระบุแบบต่อมิลลิลิตร และไม่เคยมีประวัติแพ้ยากลุ่ม NRIT หรือ NNRIT มาก่อน

2.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั่วไปที่กำลังรับการรักษาคด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สูตรแรกเพียงสูตรเดียวเป็นแบบสามชนิดพร้อมกัน (triple therapy) มาก่อนและไม่เคยเปลี่ยนสูตรยามาก่อน และมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 50 ระบุแบบต่อมิลลิลิตร

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สิ่งสำคัญ ประกอบด้วย การเลือกสูตรยาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แต่ละราย ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อไม่เปิดโอกาสให้เชื้อดื้อยา และสามารถควบคุมเชื้อได้ตลอดเวลา และมีการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาอย่างใกล้ชิด

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

ความสม่ำเสมอ (adherence) หมายถึง การไม่พลาดหรือละเว้น หรือลดจำนวนมือ โดยตั้งเกณฑ์สำหรับความสม่ำเสมอที่ระดับต่ำสุดของการบริโภคยา (Fogarty, Roter, Larson, Burke, Gillespie, & Levy, 2002) และเป็นระดับของความสำเร็จของการมีส่วนร่วมในหลักเกณฑ์การใช้ยาที่บุคคลตกลงร่วมกันในหลักเกณฑ์นั้น (Rajesh, 2005) ซึ่งความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ (Population Council, 2004) รวมทั้งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรักษาด้วยยาเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

อิโควิก และไมสเลอร์ (Ickovics & Meisler, 1997) ได้ทำการศึกษาและสร้างแบบจำลองเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยโรคเอดส์ (Adherence in AIDS Clinical Trials) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่บ่งบอกถึงผลลัพธ์ของการรักษาโดยการใช้ยา และนำเสนอปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเอดส์ แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. คุณลักษณะของผู้ป่วย (patient characteristics) คุณลักษณะของผู้ป่วย และความเป็นบุคคล (individual) เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการใช้ยา ประกอบด้วยปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ รายได้ ระดับการศึกษา เป็นต้น ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ประกอบด้วย อาการซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ความพอใจในการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วย มีคู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัวสนับสนุน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถรับประทานยาได้โดยไม่ต้องหลบซ่อน (พิมพีใจ, 2545; รัตนา, 2547)

2. คุณลักษณะของหลักเกณฑ์การรักษา (characteristics of the trial and treatment regimen) ลักษณะเฉพาะของหลักเกณฑ์การใช้ยา ประกอบด้วย รสชาติของยา ความสะดวกในการใช้ยา ความถี่ของมียา จำนวนยาต่อมื้อต่อวัน และผลข้างเคียงของยา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้ความสม่ำเสมอในการใช้ยาลดลง รวมทั้ง จำนวนของยาที่ใช้รักษา ความถี่ของการให้ยา ความซับซ้อน และระยะเวลาที่ยาวในการรักษา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับประทานยา และยาที่ได้ไม่รบกวนชีวิตความเป็นอยู่มากเกินไป (รัตนา, 2547) โดยเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา คือ สัม พบได้ร้อยละ 34-52 รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 40 และเกิดจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ร้อยละ 19-25 (สุรเดช, 2548; Chesney, Ickovics, Chambers, Gifford, Neidig, Zwickl, et al., 2000) เวลาในการรับประทานยาไม่สะดวก อาหารที่มีผลต่อการรับประทานยา ขนาด และจำนวนเม็ดยาที่รับประทาน และการเก็บรักษายา (Ostrop, Hallett, & Gill, 2000)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ (patient-provider relationship) ความ

สม่าเสมอของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับความชัดเจนเกี่ยวกับ การให้คำอธิบาย การให้กำลังใจ การให้การปรึกษา การสนับสนุน และระบบการนัดหมายเพื่อมารับบริการ พบว่าการทำความเข้าใจกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก่อนเริ่มยาจึงมีความสำคัญ (สัญญาชัย และคณะ, 2547; Coetzee et al., 2004)

4. ที่ตั้งคลินิก (clinic setting) ลักษณะเฉพาะของที่ตั้งคลินิก ประกอบด้วยสถานที่ สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ความเป็นส่วนตัว มีความสำคัญต่อความสม่าเสมอของผู้ป่วย รวมทั้งโปรแกรมการรักษาของผู้ป่วย เช่น บริการดูแลเด็ก การให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นต้น

5. ลักษณะเฉพาะของโรค (features of the disease) เช่น ความรุนแรงของโรค โรคเรื้อรัง และการติดเชื้อฉวยโอกาส มีความสัมพันธ์กับความสม่าเสมอในการรักษา

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่า มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

ตุลาทอง (Tulathong, 2004) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่าเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ จากผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล บำราศนราศูร จำนวน 406 ราย ซึ่งปัจจัยที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัส การมีผู้ดูแล และการปกปิดภาวะการติดเชื้อ โดยการประเมินความสม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยวิธีการรายงานของผู้ป่วย (self-report) และประเมินการรับประทานยาใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ความสม่าเสมอในการรับประทานยาอยู่ระหว่าง ร้อยละ 27.5 ถึง ร้อยละ 100 โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รับประทานยาต้านไวรัสสม่าเสมอมากกว่าร้อยละ 95 คิดเป็นร้อยละ 79.8 โดยความสม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับ ระดับการศึกษา ($r = -.136, p < .01$) การประกอบอาชีพ ($r = -.116, p < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .202, p < .01$) และแรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ และอายุของผู้ป่วยสามารถร่วมกันทำนายความสม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Overall $F_{(3, 395)} = 9.610, p < .001$)

ศุภรินทร์ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพระยะเวลาในการรักษา และแผนการรักษา กับความสม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่คลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดชลบุรี จำนวน 200 ราย โดยการประเมินความสม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยวิธีการรายงานของผู้ป่วย (self-report) และประเมินการรับประทานยาใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ความสม่าเสมอ

ในการรับประทานยาต้านไวรัสอยู่ระหว่าง ร้อยละ 40 ถึง ร้อยละ 100 โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95 คิดเป็นร้อยละ 52.5 และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .139, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.163, p < .05$)

การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความเฉพาะสำหรับการรักษา เริ่มตั้งแต่ การกำหนดการใช้ยา การปรับเปลี่ยนยา ลักษณะของผู้ป่วยที่ใช้ยา และความต่อเนื่องของการใช้ยา (Maithe & David, 2004) วิธีการที่นิยมใช้ประเมินความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัส ประกอบด้วย

1. การรายงานโดยผู้ป่วยเอง (self-report) เป็นการรายงานความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอง ประกอบด้วย การตอบแบบสอบถาม การบันทึกประจำวัน หรือการสัมภาษณ์ ซึ่งวิธีที่สามารถใช้วัดความสม่ำเสมอ ที่นิยม คือ การตอบแบบสอบถาม หรือการบันทึกประจำวัน (Garber, Nau, Erickson, Aikens, & Lawrence, 2004; Lars & Terrence, 2005) ข้อจำกัดสำหรับการรายงานโดยผู้ป่วยเอง คือ สามารถสะท้อนความสม่ำเสมอในระยะเวลาสั้นๆ และบ่อยครั้งที่มีการประมาณค่าสูงเกินไป (Chesney, 2000)

ข้อดี ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ข้อเสีย อาจเกิดการคลาดเคลื่อนของการรายงานได้เนื่องจากผู้ป่วยอาจรายงานเกินจากความเป็นจริง

2. การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (electronic devices) โดยการใช้แผ่นคอมพิวเตอร์ชิป (computer chip) ไว้ในกล่องใส่ยา เพื่อบันทึกวัน และเวลา ของการเปิด หรือปิดกล่องยา (medication event monitoring system: MEMS) สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดการรับประทานยาของผู้ป่วย สัดส่วนของยาที่รับประทาน และเวลาที่รับประทาน แต่มีราคาแพงทำให้มีข้อจำกัดใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยบางรายเท่านั้น และอาจมีข้อสงสัยว่าการเปิดกล่องยาแต่ละครั้งไม่จำเป็นว่าผู้ป่วยรับประทานยาจริงในแต่ละครั้ง (รัตนานา, 2547)

ข้อดี ทำให้ทราบถึงรายละเอียดการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยได้ และมีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือด

ข้อเสีย ค่าใช้จ่ายสูง ใช้ไม่ได้ผลหากเก็บยาไว้หลายชนิดในขวดเดียวกัน หรือหิบบยาหลายครั้งในเวลาเดียวกัน

3. การนับเม็ดยา (pill counts) การนับเม็ดยา และจดบันทึกโดยผู้ป่วย เป็นวิธีการที่ใช้บ่อย โดยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสามารถวัดได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง เมื่อนับแล้วยาเหลือมากกว่าจำนวนที่ควรจะเป็นแสดงว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อดี สะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่าย และบอกจำนวนยาที่ใช้ไปทั้งหมดได้

ข้อเสีย ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริงถ้าหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไปโดยไม่ได้รับประทาน ทิ้งยา หรือให้ผู้อื่นใช้ยาด้วย เป็นต้น

ในปัจจุบันการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส นอกจากจะใช้วิธีการดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังใช้ระยะเวลา ในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาร่วมด้วย โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาด้านไวรัส จะถูกถามเพื่อเป็นการทบทวนเกี่ยวกับการรับประทานยา ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน แต่ยังไม่มีการกำหนดระยะเวลาไว้อย่างแน่ชัด ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินความสม่ำเสมอไว้หลายท่าน ดังนี้

นิม คาวัลโซ และเซาซา (Nemes, Carvalho & Souza, 2004) ศึกษาความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาด้านไวรัสในประเทศบราซิล ในผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ยาด้านไวรัส 322 ราย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ใช้วิธีการวัดความสม่ำเสมอในการใช้ยา ด้วยการสอบถามถึงจำนวน และชนิดของยาที่รับประทานภายใน 3 วันที่ผ่านมา

สไปร์ ดูแรน โซวิลล์ ลิพอร์ท ราฟฟี และโมแอตตี (Spire, Duran, Souville, Leport, Raffi, & Moatti, 2002) ศึกษาความสม่ำเสมอในการใช้ยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 445 ราย โดยใช้วิธีการวัดความสม่ำเสมอในการใช้ยาด้านไวรัส ใน 4 วันที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถาม ซึ่งประกอบด้วย 1) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานตามแผนการรักษา ทั้งยาด้านไวรัส และยาอื่นๆ 2) การประเมินความถี่ในการรับประทานยา และ 3) ประเมินเหตุผลของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา

วอชส์ แมนดาเลีย และแกซซาร์ด (Walsh, Mandalia, & Gazzard, 2002) ศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ถึงการรายงานความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสใน 1 เดือน ร่วมกับการใช้การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อบันทึกวัน และเวลา ของการเปิด หรือปิดกล่องยา (medication event monitoring system: MEMS) การนับเม็ดยา และการรายงานการรับประทานยาด้านไวรัสโดยการใช้เส้นตรงที่มีคะแนนในการประเมินความสม่ำเสมอ (visual analogue scale: VAS) โดยมีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อให้ผู้ป่วยตอบ

เพื่อทบทวนเกี่ยวกับการรับประทานยาใน 14 วันที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอของการรับประทานยาด้านไวรัสจากการรายงานของผู้ป่วย คือ ร้อยละ 92.9, 96.8 และ 93.3 ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับปริมาณ ไวรัสในกระแสเลือด (viral load) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) อีกทั้งการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อบันทึกวัน และเวลา ของการเปิดหรือปิดกล่องยา (medication event monitoring system: MEMS) มีความสัมพันธ์กับการใช้เส้นตรงที่มีคะแนนในการประเมินความสม่ำเสมอ (visual analogue scale: VAS)

วันทนา (2547) ได้สร้างแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาตามนัด ด้วยการรายงานของผู้ป่วยเอง โดยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส ในระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา และนำมาวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พบว่า มีความสอดคล้องกับ ปริมาณ ไวรัสในกระแสเลือด (viral load) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Maneesriwongul, 2006) รวมทั้งใช้การทบทวนเกี่ยวกับการรับประทานยาใน 7 วันที่ผ่านมา รวมถึงด้วยการให้เหตุผลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่รับประทานยาด้านไวรัสตามแผนการรักษา ซึ่ง ตูลาทอง (Tulatong, 2004) และศุภรินทร์ (2548) ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการศึกษา เกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาด้านไวรัสโดยการรายงานโดยผู้ป่วยเอง (self-report) เนื่องจากเป็นวิธีการที่สะดวก ส่วนการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์นั้น สำหรับประเทศไทยยังไม่เป็นที่แพร่หลาย เนื่องจากมีราคาแพง และการนับเม็ดยาอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงถ้าหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไปโดยไม่ได้รับประทาน ทิ้งยา หรือให้ผู้อื่นใช้ยาด้วย และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความสม่ำเสมอที่ได้จากการประเมินโดยการนับเม็ดยา และการรายงานโดยผู้ป่วยเอง (self-report) มีความแตกต่างกันไม่มากนัก (Walsh, Mandalia, & Gazzard, 2002) โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ วันทนา (2547) คือ การรายงานการรับประทานยาของผู้ป่วย ในเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ร่วมกับการทบทวนการรับประทานยาใน 7 วันที่ผ่านมา และการให้เหตุผลในการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการศึกษา

ผลของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การรับประทานยาด้านไวรัสจะให้ผลดีในระยะยาว เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตาย ผู้ป่วยจะต้องมีความสม่ำเสมอ และต่อเนื่องในการใช้ยา อย่างน้อย 95 เปอร์เซ็นต์ (Chesney et

al., 2000; Paterson et al., 2000; Stone, 2001; Moatti, Spire, & Kazatchkine, 2004) ของปริมาณยาทั้งหมด ซึ่งหมายถึง ถ้าผู้ป่วยต้องกินยาวันละ 2 ครั้ง จะขาดยาได้ไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน (พิมพ์ใจ, 2545) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ได้ผล สามารถพิจารณาจาก (เชิดเกียรติ, 2548)

1. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจนถึงระดับที่เคยเป็นปกติ และคงที่
2. ระดับภูมิคุ้มกัน (CD 4) เพิ่มขึ้น
3. ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้นใหม่ ยกเว้นผู้ป่วยที่เริ่มกินยาเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำมาก ซึ่งหลังจากกินยาต้านไวรัสแล้ว 1 ปีก็ไม่ควรมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้นใหม่
4. ปริมาณไวรัสเอชไอวีในร่างกาย (viral load) ลดลงจนตรวจไม่พบใน 6 เดือนหลังเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส หรือพบแต่น้อยลงเมื่อเทียบกับการตรวจครั้งก่อน

เชสนีย์ (Chesney, 2000) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่าหลังจากเดือนที่ 3 ของการรับประทานยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลงจากร้อยละ 100 เหลือ ร้อยละ 89 และ 80 พบได้ถึงร้อยละ 99 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด โดยประเมินจากผลการตรวจระดับไวรัสในกระแสเลือดขณะมารับยาตามนัด และจากการศึกษาของ รัตนา (2547) พบว่าอาการทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเริ่มดีขึ้น ระดับซีดีโฟร์ (CD4) เพิ่มขึ้น การเกิดโรคฉวยโอกาสในระยะ 6 เดือนหลังของการรักษาพบได้ลดลง เนื่องจากในระยะแรกของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าโครงการ จะได้รับการนัด และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ทำให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส นอกจากนี้ แบงส์เบิร์ก เพอร์รี่ ชาลเบอส คลาค โรเบอร์สตัน โซโลปาและคณะ (Bangsberg, Perry, Charlebois, Clark, Roberston, Zolopa, et al., 2001) ได้ศึกษาถึงความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า หากผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสร้อยละ 90-100 จะยับยั้งความก้าวหน้าของโรค สามารถรับรองผลการรักษาได้ดีที่สุด และหากผู้ป่วยมีความร่วมมือ ร้อยละ 50-89 จะมีความก้าวหน้าของโรคได้เล็กน้อย แต่ยังสามารถยับยั้งเชื้อเอชไอวีได้เมื่อเทียบกับความร่วมมือน้อยกว่า ร้อยละ 50 และ แมนไฮเมอร์ เฟรดแลน แมทส์ ซายด์ และเชสนีย์ (Mannheimer, Friedland, Matts, Child, & Chesney, 2002) ได้ทำการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสกับปริมาณไวรัสในกระแสเลือด และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ใช้วิธีการประเมินความสม่ำเสมอของผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาในการศึกษา 12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการใช้ยาสูง ร้อยละ 100 ทำให้ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดลดลงเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และไม่สามารถตรวจพบไวรัสในกระแสเลือด

แพทเทอร์สัน (Paterson et al., 2000) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสกลุ่ม protease inhibitor โดยใช้วิธีการประเมินความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยามาแล้ว 6 เดือน จากการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (electronic devices) ซึ่งใช้แผ่นคอมพิวเตอร์ชิพ (computer chip) ไว้ในกล่องใส่ยา เพื่อบันทึกวัน และเวลา ของการเปิด หรือปิดกล่องยา (medication event monitoring system: MEMS) กับผลการตอบสนองทางคลินิกในผู้ป่วยจำนวน 99 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความสม่ำเสมอในการใช้ยาตั้งแต่ร้อยละ 95 มีความล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 22 ส่วนผู้ป่วยที่ให้ความสม่ำเสมอในการใช้ยา ร้อยละ 80-94.9 มีความล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 61 และหากให้ความสม่ำเสมอในการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 80 พบว่ามีความล้มเหลวในการรักษาร้อยละ 80

ดังนั้นหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จึงควรมีการติดตามการดูแลรักษา โดยการติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ติดตามประสิทธิภาพในการรักษาอย่างสม่ำเสมอโดยประเมินอาการ/อาการทางคลินิก ตรวจค่าซีดีโฟร์(CD4) ทุก 6 เดือน รวมทั้งการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และการติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญ และให้ความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างมาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

จะเห็นได้ว่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะต้องอาศัยหลายปัจจัยร่วมกันที่จะช่วยให้การรับประทานยามีความสม่ำเสมอ และประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามแผนการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ในครั้งนี้ ได้ดังนี้

การตีตราทางสังคม (social stigma)

กอฟแมน (Goffman, 1963) ได้ให้ความหมายของการตีตราทางสังคมว่า เป็นลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ไม่เป็นที่ต้องการ ทำให้บุคคลที่มีการตีตราไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม และได้แบ่งการตีตราออกเป็น 3 ลักษณะ คือ ลักษณะที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ความเสื่อมเสียของบุคคล และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ ศาสนา

อลอนโซ และเรย์นอลด์ (Alonzo, & Reynolds, 1995) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย โรคเอดส์เกิดขึ้นพร้อมกับผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เป็นความรู้

สึกฝืดชอบชั่วดีที่มีอยู่ในตัวของบุคคล โดยเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรม เป็นโรคติดต่อและเป็นอันตรายต่อสังคม เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษา ผู้ป่วยที่ต้องตายด้วยโรค และความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่แท้จริงของบุคคลในสังคม

โมนีย์แฮม และคณะ (Moneyham et al., 1996) ได้ศึกษาในเชิงคุณภาพถึงการรับรู้การตีตราจากสังคมของหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 19 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความหมายการถูกตีตราใน 4 ลักษณะ ประกอบด้วย

1. ความน่ารังเกียจ เป็นการรับรู้ที่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นบุคคลที่ไม่มีใครต้องการ อยากมอง อยากเข้าใกล้ และสัมผัส ซึ่งส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกว่าตนเองเหมือนคนเป็นโรคเรื้อน

2. ภาพลักษณ์โดยรวม เป็นการรับรู้ที่สังคมให้ความหมายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไปในทางที่ไม่ดี โดยมองว่าเป็นคนสำส่อนทางเพศ ดิถยาเสพติด เป็นคนมักง่าย และเป็นอันตรายต่อสังคม

3. การไม่ยอมรับจากสังคม เป็นการรับรู้ที่ คนในสังคมไม่ยอมรับคบหากับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ไม่ต้องการให้อยู่ร่วมในสังคม

4. ความน่าสมเพช เป็นการรับรู้ที่ คนในสังคมรู้สึกสมเพชผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากเป็นโรคที่ได้สามารถรักษาให้หายได้ และรับรู้ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์คงมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ไม่สามารถทำอะไรได้

จะเห็นได้ว่าเอดส์เป็นโรคที่มีการตีตราสูง เป็นโรคที่น่ารังเกียจ เป็นโรคของความสำส่อนทางเพศ โรคของโสเภณี โรคของเกย์ เหตุแห่งโรคถูกโยนบาปให้เป็นเรื่องของกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน เช่น เกย์ หญิงบริการอาชีพพิเศษ และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ภาพพจน์ของการตีตราจึงถูกต่อย้ำเป็นทวีคูณ (double stigma) ให้เอดส์เป็นโรคของพวกที่ผิดศีลธรรม ทำตัวไม่ดี มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่ใช่โรคของคนปกติทั่วไป (เพ็ญจันทร์, 2542) บุคคลรอบข้าง และสังคมรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จึงไม่กล้าเปิดเผยตัว (จิราภรณ์, 2543) ในภาคใต้การให้ความหมายและปฏิกิริยาตอบสนองของประชาชนต่อโรคเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นไปในทางลบ ที่บ่งชี้ถึงความรังเกียจ ไม่ยอมรับ การตำหนิ และการลงโทษ (ประณีต, 2541) การตีตราทางสังคมอาจส่งผลถึงการแสวงหาการตรวจรักษา รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งด้านการป้องกัน การวินิจฉัย และการรักษา (ยุพิน, 2546; Lasalle, 2001) สำหรับสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีการตีตรา จากการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ต้องปิดบังตนเองเพราะกลัวผู้อื่นรู้ถึงสถานะของตนเอง และยังเป็นปัจจัยขัดขวางต่อความสม่ำเสมอในการรักษาอีกด้วย (Trzynka & Erlen, 2004)

จากการศึกษาของเฮเรค และคณะ(Herek et al., 2002) ศึกษาเกี่ยวกับการติตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการรับรู้การติตราทางสังคม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขาดโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของรีฟ โกลิน และสมิท (Reif, Golin & Smith, 2005) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยขัดขวางการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ทางตอนเหนือ เปรียบเทียบระหว่างในเมือง และในชนบท โดยการสำรวจข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 119 ราย พบว่าการติตราทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการทางด้านสุขภาพ และความสม่ำเสมอของการมารับยา (medication adherence) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เช่นเดียวกับการศึกษา เรื่องการรับรู้การติตราในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ในเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 93 คน พบว่าการรับรู้การติตราทางสังคมส่งผลต่อการเข้ามารับบริการทางด้านสุขภาพ (Sandelowski, Lambe & Barroso, 2004) และ เพ็ญศรี (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการติตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย จำนวน 108 ราย พบว่า การรับรู้ที่เป็นการติตราทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ปกปิดสภาพการติดเชื้อ และตัดสินใจไม่ไปรับบริการสุขภาพในช่องทางที่ถูกต้องปล่อยให้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นไปตามยถากรรม อย่างไรก็ตาม อบาเดีย-บาเรโร และแคสโต (Abadia-Barrero & Casto, 2005) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้การติตรา และการเข้าถึงยาต้านไวรัสในเด็ก และวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศบราซิล พบว่าการเข้าถึงยาต้านไวรัสทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ ช่วยลดการติตรา และความไม่เท่าเทียมทางสังคมได้

การประเมินการรับรู้การติตราทางสังคม

1. แบบวัดการรับรู้การติตราทางสังคม ของ จิราพร (2542) ซึ่งศึกษาการรับรู้การถูกติตราทางสังคม และปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความหวาดหวั่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเครื่องมือที่ใช้สร้างจากแนวคิดของโมนีย์แฮม และคณะ (Moneyham et al., 1996) และ กรีน (Green, 1995) ข้อคำถามครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ ความน่ารังเกียจ ภาพลักษณ์โดยรวม การไม่ยอมรับจากสังคม และความน่าสมเพช ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มีทั้งคำถามทางบวก และทางลบ แต่ละข้อมีให้เลือก 5 ระดับ

2. แบบวัดการรับรู้การติตราทางสังคม ของ เพ็ญศรี (2545) ศึกษาการติตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีจำนวน 84 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านความมีอคติ 22 ข้อ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ 14 ข้อ ด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีต่อตนเอง 24 ข้อ และด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มีทั้งคำถามทางบวก และทางลบ แต่ละข้อมีให้เลือก 4 ระดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือวัดการรับรู้การตีตราทางสังคม ของ จิราพร (2542) ที่สร้างจากแนวคิดของ โมนีย์แฮม และคณะ (Moneyham et al., 1996) เนื่องจากแต่ละมิติที่เป็นโครงสร้างของการรับรู้การตีตราทางสังคม มีความครอบคลุมกับการให้ความหมาย และปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อโรคเอดส์ และข้อคำถามมีจำนวน ไม่มากเกินไป

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support)

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นแนวคิดที่มีการศึกษาถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อบุคคล คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการสนับสนุนทางด้านพฤติกรรมระหว่างบุคคล (Tilden, 1985) เพื่อช่วยในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการตอบสนองต่อความเครียดในภาวะวิกฤตของมนุษย์ (Weinert, 2000) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป เพื่อช่วยในการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลที่อยู่ในภาวะที่ประสบปัญหาทางด้านสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีต่อไป (Shumaker & Brownell, 1984 as cited in Callaghan & Morrissey, 1993; Thoits, 1982)

ไวส์ (Weiss, 1974 as cited in Brandt & Weinert, 1987) ได้ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลเกิดความพอใจต่อการได้รับตามความต้องการนั้น ประกอบด้วย

1. ความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความอบอุ่น ปลอดภัย และมั่นคง
2. การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้เข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลต่างๆ ในสังคมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ถ่ายทอดประสบการณ์ และความเครียด
3. การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของผู้อื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้
4. การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เป็นการได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ และยอมรับในบทบาทสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ก่อให้เกิดกำลังใจที่จะดำรงบทบาทนั้นๆ
5. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนสิ่งของ

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แรงสนับสนุนทางสังคม อาจมีได้จากหลายแหล่ง เช่น จากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายในชุมชน (Trzynka & Erlen, 2004) ทำให้ได้รับความรักใคร่ห่วงใยจากสังคม ก่อให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้ การได้รับความช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจ ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นในชีวิต การให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนจากผู้ให้

การสนับสนุน อาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปรับตัวต่อสถานการณ์ดีขึ้น (วิภา และกุลธิดา, 2540)

เรโนลด์ และคณะ (Reynolds et al., 2002) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในด้านความเชื่อ และสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยรายใหม่ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยการสำรวจจากแบบสอบถาม พบว่า แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนมีความสำคัญต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย โฟการ์ตี้ และคณะ (Fogarty et al., 2002) ศึกษาความสม่ำเสมอของผู้ป่วยต่อการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรเบิร์ต (Roberts, 2000) ศึกษาปัจจัยขัดขวาง และสิ่งที่ก่อให้เกิดความสะดวกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ยาต้านไวรัสจำนวน 28 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว และเพื่อน มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ตูลาทอง (Tulatong, 2004) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ได้มีการสร้างขึ้นตามแนวคิดที่หลากหลายกันไป ดังนี้ คือ

1. Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของคาห์น (Kahn, 1979) โดย นอร์เบค ลินเซย์ และคาร์เรีย (Norbeck, Linsey & Carrieri, 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยืนยันรับรองพฤติกรรมของกันและกัน และด้านการให้ความช่วยเหลือ ลักษณะคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิด และปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม

2. The Personal Resource Questionnaire (PRQ) เป็นแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างตามแนวคิดของ ไวส์ (Weiss, 1974) โดย แบรินด์ และไวเนอร์ (Brandt & Weinert, 1981) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ PRQ 1 เป็นส่วนที่วัดจำนวน และชนิดของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ และ PRQ 2 เป็นส่วนที่วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดผูกพัน ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ด้านการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านความมีคุณค่าของตนเอง ลักษณะคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วน 7 ระดับ

3. Social Support Questionnaire (SSQ) เป็นแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม

ออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของเครื่องใช้ ลักษณะคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ

4. เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ที่แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดย แคปแลน (Kaplan) ได้สร้างเครื่องมือเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ นำคะแนนที่ได้มารวมกันซึ่งหมายถึงปริมาณของแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ

5. เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน

การเลือกใช้แบบวัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ในการศึกษาของผู้วิจัยแต่ละคน เช่น การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ของ ตูลาทอง (Tulalong, 2004) ที่สร้างจากแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมเชิงคุณภาพว่ามีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หรือไม่ สำหรับในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างตามแนวคิดของ ไวส์ (Weiss, 1974) โดย แบรินด์ และไวเนอร์ (Brandt & Weinert, 1981) เป็นแบบประเมินส่วนบุคคลที่ 2 เนื่องจาก เป็นการประเมินถึงความเพียงพอของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับ และได้รวบรวมประเด็นหลักของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้อย่างครบถ้วน โดยบุคคลจะเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นความแตกต่างกันของบุคคล และต่างก็มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ประกอบด้วย

รายได้ เป็นจำนวนเงินที่บุคคลแต่ละคนจะเอาไปใช้จ่ายซื้อสินค้า และบริการเพื่อสนองความต้องการของแต่ละบุคคล (ไชแสง, 2542) การติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์ ทำให้มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความสามารถในการทำงานลดลง บางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือต้องออกจากงาน และยังคงแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกิดจากความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ (รัชณี, 2545) และยังเป็นปัจจัยขัดขวางต่อความสม่ำเสมอในการรักษาอีกด้วย (Maithe & David, 2004) เช่นเดียวกับ โฟการ์ตี้ และคณะ (Fogarty et al., 2002) พบว่า รายได้มีผลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการศึกษาของ อิสเรลสกี เฟลตอน เพาเวอร์ และคูปแมน (Israelski, Felton, Power, Wood, & Koopman, 2001) ศึกษาเรื่องคุณ

ลักษณะทางสังคมของประชากรที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอ ของการมารับบริการตามนัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้สูง จะมารับบริการตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับ บริจิโด และคณะ (Brigido et al., 2001) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาด้วยยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และจากการศึกษาของพัฒนา (2537) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวแต่ละเดือนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รัตนา (2547) พบว่าระดับรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งจากการศึกษาของศุภรินทร์ (2548) และตุลาทอง (Tulalong, 2004) พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้

ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเอดส์จะเป็นผู้ที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (รัชนี, 2545) จากการศึกษาของอมรินทร์ (2545) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะมีการดูแลตนเองได้ดี เช่นเดียวกับที่ อรทัย (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความช่วยเหลือ และดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 332 ราย พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยนาน ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น ทั้งในด้านของการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวตามการรักษาของแพทย์

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา การศึกษาทำให้บุคคลมีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้เป็นอย่างดี (วิภา และกุลธิดา, 2540) ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ แสดงให้เห็นถึงความสม่ำเสมอในการรักษาลดลง (Mehta, Moore & Graham, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ ตุลาทอง (Tulalong, 2004) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัส พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของรัตนา (2547) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และการศึกษาของ ศุภรินทร์ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

จะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่เป็นที่ระบุแน่ชัดว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ตัวแปรดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด จึงนำไปสู่แนวคิดในการศึกษาถึงความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ที่เข้าร่วมในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการยาต้านไวรัสจะต้องรับประทานยาตลอดชีวิต และจะต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 95 เปอร์เซ็นต์ จึงจะมั่นใจได้ว่ายาที่รับประทานเข้าไปเกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เอง อย่างไรก็ตามการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งพบว่ามีปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การติดตามทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ ระดับการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยมีความเชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งในด้านบวกและลบ จึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสต่อไป