

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

5.1 อภิปรายผลการวิจัย

5.1.1 ความร่วมมือในการใช้ยา

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในครั้งนี้ ประเมินโดยใช้ แบบสัมภาษณ์ โดยที่แบบสัมภาษณ์ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ ของ Morisky และคณะ (1986) และ Knobel และคณะ (2002) จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมพบว่า ค่ามัธยฐานของความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ที่ระดับ ร้อยละ 100 และผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำสุดอยู่ที่ระดับ ร้อยละ 64 เมื่อเปรียบเทียบกับความร่วมมือในการใช้ยาหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ค่ามัธยฐานอยู่ที่ระดับร้อยละ 100 และผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำสุดอยู่ที่ระดับร้อยละ 96 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความร่วมมือในการใช้ยาสูงตั้งแต่แรกเริ่ม และเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาตั้งแต่ร้อยละ 95 ขึ้นไป พบว่าในเบื้องต้นก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมมีจำนวน 40 คน และหลังจากติดตามผู้ป่วยไปจนกระทั่งครบ 5 เดือน ผู้ป่วยทุกคนมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าร้อยละ 95 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.008$) จะเห็นได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงมาก และเมื่อพิจารณาผลการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของอรณพ (2544) ซึ่งมีรูปแบบการศึกษาเป็น randomized controlled trial ผลการศึกษา ไม่พบความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มศึกษา ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มมีจำนวนน้อย ดังนั้นจึงอาจทำให้ไม่เห็นผลความแตกต่างของผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในการศึกษาดังกล่าว

จากเป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 90-95 (Montaner, *et al.*, 1998; Haubrich, *et al.*, 1999; Bangsberg, *et al.*, 2000; Gifford, *et al.*, 2000; Paterson, *et al.*, 2000) จึงจะประสบความสำเร็จในการรักษา ดังนั้นจะเห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อยู่ในการศึกษาครั้งนี้ น่าจะประสบความสำเร็จในการรักษา อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาคุณภาพการตอบสนองทางคลินิกซึ่งประกอบด้วย ปริมาณ CD4+T lymphocyte ปริมาณ HIV RNA น้ำหนักของผู้ป่วย การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ว่าสอดคล้องกับการที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ

มือในการใช้ยาสูงหรือไม่ ในช่วงก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมและระหว่างการศึกษา มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ ความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าร้อยละ 95 เนื่องจาก ลืมกินยา จำเป็นต้องเดินทางออกนอกบ้าน ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการกินยาอธิบายอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้รวมทั้งการป้องกัน เช่น indinavir อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน นั้ที่ไต วิธีป้องกันการเกิดอาการดังกล่าว คือ รับประทานอาหารเบา ๆ เช่นขนมปังกรอบรองท้องก่อนที่จะกินยาดังกล่าว (หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง) เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ส่วนการป้องกันการเกิดนั้ที่ไตทำได้โดยให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร (Max and Sherer, 2000) ปรากฏว่าผู้ป่วยดังกล่าวมีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ดังนั้นการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เหมาะสม คือ การพยายามเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริงถึงเหตุผลความเป็นมาของปัญหาดังกล่าว และมักพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเหตุผลของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเสมอ (Ostrop, *et al.*, 2000) เมื่อเข้าใจเหตุผลการเกิดปัญหาจะช่วยให้การวางแผนแก้ไขปัญหาเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้มีความร่วมมือในการใช้ยาสูงอาจเนื่องจาก

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาค่อนข้างมีความรู้ มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 24คน (ร้อยละ 34.3) ปริญญาตรี 13 คน (ร้อยละ 18.6) ซึ่งทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลปฏิบัติตนและตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาดังกล่าว

2. ผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง (เนื่องจากไม่ใช่ผู้ป่วยในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ ของกระทรวงสาธารณสุข) ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาดังกล่าวให้คุ้มค่ารักษาพยาบาลรวมถึงค่ายาเนื่องจากเห็นความสำคัญของเงินที่ต้องจ่ายไป เช่น ผู้ป่วยต้องใช้จ่ายด้านไวรัสที่เป็นสูตร GPO VIR ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1,200-1,400 บาทต่อเดือน หากผู้ป่วยใช้ยาต้านไวรัสสูตรที่ประกอบด้วย stavudine lamivudine และ efavirenz หรือสูตรที่ประกอบด้วย zidovudine lamivudine และ efavirenz ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 4,000 - 5,000 บาทต่อเดือน

3. ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพิ่งเริ่มมีการใช้ยาต้านไวรัส ได้ประมาณ 5 เดือน ดังนั้นความร่วมมือในการใช้ยาจึงอาจจะดีเนื่องจากยังไม่มีภาวะเบื่อหน่ายในการใช้ยาหรือยังไม่เกิดผลข้างเคียงระยะยาวจากการใช้ยา ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Chesney, 2000; Gifford, *et al.*, 2000)

4. สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น GPO VIR 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 62.9) ซึ่งเป็นสูตรยาที่สะดวกในการบริหารยา ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี เนื่องจากมีจำนวนมือที่ต้องกินแต่ละวันน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Laurent และคณะ (2004) ที่ดูประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ generic fixed dose combination ของ stavudine lamivudine และ nevirapine พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 99

5. ข้อมูลที่ได้อาจเป็น over estimate adherence เนื่องจากวิธีที่ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยานั้นเป็น แบบสัมภาษณ์ ที่ดัดแปลงมาจาก Morisky และคณะ (1986) และ Knobel และคณะ (2002) ซึ่งผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าความเป็นจริง

5.1.2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาต้านไวรัส

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการติดเชื้อการป้องกันตนเองไม่ให้แพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ข้อมูลทั่วไปของยาต้านไวรัส ข้อมูลของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดกับผู้ป่วย การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งอาจทำในรูปแบบของกลุ่มหรือแผ่นพับประกอบการแนะนำจะช่วยให้เพิ่มความเข้าใจให้กับผู้ป่วยมากขึ้น (อรณพ หิรัญศิษฐ์, 2546) จากเหตุผลที่หากเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยารวมถึงการปฏิบัติตัวก็จะเป็นเหตุผลสำคัญในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาและสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทำให้ผู้ป่วยทราบและมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญของความร่วมมือในการใช้และความสำคัญของยาแต่ละชนิดที่ใช้ในการรักษาและสามารถใช้ยาได้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการประเมิน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาผู้ป่วย 2 ครั้ง โดยที่ครั้งแรกประเมินในขณะที่ผู้ป่วยพบเภสัชกรครั้งแรกเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและอีกครั้งหลังจากได้ดำเนินการติดตามผู้ป่วยดังกล่าวครบ 5 เดือน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกันซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน

ในการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้พบว่าคะแนนที่ได้รับจากการประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.96 เป็นร้อยละ 89.07 ($p < 0.01$) ซึ่งพบว่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจสืบเนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกรทุกครั้งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตน การใช้ยา ความสำคัญของการใช้ยา วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นรวมทั้งอาจจะส่งผลให้การตอบสนองทางคลินิกดีขึ้น เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น CD4+T lymphocyte เพิ่มขึ้นและการลดการติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นต้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Goujard (2003) ซึ่งพบว่าการศึกษาที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นวัตถุประสงค์การ

ใช้ยา ข้อดีของยา อาการข้างเคียงและคำแนะนำพิเศษเกี่ยวกับยา มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันได้มีการตื่นตัวเรื่องโรคเอดส์และการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ดังนั้นจึงมีสื่อให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคดังกล่าวโดยสื่ออาจจะเป็นในรูปแบบหนังสือ แผ่นพับ โฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ ดังนั้นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับความรู้จากสื่อดังกล่าว รวมทั้งแพทย์ผู้ดูแลซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อและ อายุรแพทย์ ซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

5.1.3 ผลการตอบสนองทางคลินิก

ผลการศึกษาการตอบสนองทางคลินิกซึ่งพิจารณาจากปริมาณ CD4+ T lymphocyte ปริมาณ HIV RNA ในเลือด น้ำหนักตัว การติดเชื้อโรคฉวยโอกาส โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลเบื้องต้นในการพบแพทย์ครั้งแรกกับเมื่อติดตามผู้ป่วยไปจนกระทั่งครบ 5 เดือน (ซึ่งเป็นการดูความสัมพันธ์ของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมต่อความร่วมมือในการใช้ยา การดูแลปฏิบัติตนซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตอบสนองทางคลินิก) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่ใช้ในการติดตามดูผลการตอบสนองทางคลินิกจากการใช้ยาต้านไวรัส คือ ปริมาณ HIV RNA, CD4+T lymphocyte ซึ่งใช้ในหลายการศึกษา (Haubrich, *et al.*, 1999; Bangsberg, *et al.*, 2000; Paterson, *et al.*, 2002) การติดตามประสิทธิภาพในการรักษาคือการติดตามวัดปริมาณ HIV RNA และ CD4+ T lymphocyte โดยที่การวัดปริมาณ HIV RNA เป็นตัวที่บอกการดำเนินของโรคได้แม่นยำกว่าการวัดปริมาณ CD4+T lymphocyte และนอกจากนี้ยังพบว่า ปริมาณ HIV RNA จะมีความไวในการเปลี่ยนแปลงมากกว่า CD4+T lymphocyte โดยพบว่าการเพิ่มขึ้นเมื่อเริ่มมีความล้มเหลวจากการรักษาเร็วกว่าการลดลงของ CD4+T lymphocyte แต่ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้เนื่องจากผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายดังกล่าว จึงทำให้ไม่ได้มีการส่งตรวจวัดปริมาณ HIV RNA และ CD4+T lymphocyte ตามที่กำหนดได้ (ค่าใช้จ่ายในการตรวจปริมาณ HIV RNA ประมาณ 4,000 บาท, CD4+T lymphocyte ประมาณ 1,000 บาท) ดังนั้นแม้ว่าแพทย์ต้องการตรวจเพื่อติดตามประสิทธิภาพในการรักษาที่อาจจะไม่สามารถดำเนินการได้ในผู้ป่วยทุกคนเนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจ ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถออกค่าใช้จ่ายในการตรวจมีน้อย แต่การตรวจปริมาณ CD4+T lymphocyte มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการตรวจหาปริมาณ HIV-RNA ทำให้แพทย์ส่งตรวจ CD4+T lymphocyte มากกว่าเพื่อติดตามผลการรักษา ซึ่งในการศึกษานี้จำนวนผู้ป่วยที่สามารถตรวจ CD4+T lymphocyte ใน 2 ช่วงเวลา (มีข้อมูล CD4+T lymphocyte ในการประเมินครั้งแรกและเมื่อติดตามผู้ป่วยดังกล่าวครบ 5 เดือน) จำนวน 6 ราย ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของปริมาณ CD4+T lymphocyte ในเบื้องต้นและเมื่อติดตามครบ 5 เดือน เป็น 190 cell/mm³, 229 cell/mm³ ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีข้อมูล CD4+T lymphocyte ทั้ง 2 ช่วงเวลามีน้อย

มาก (N=6) ส่วนผู้ป่วยที่มีข้อมูลปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดทั้ง 2 ช่วงเวลา มีเพียง 1 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่สามารถเปรียบเทียบปริมาณ HIV RNA ก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพิจารณาจากค่าน้ำหนักตัวซึ่งเป็นค่าที่อาจจะทำนายผลทางคลินิกจากการใช้ยาต้านไวรัสได้และสามารถวัดได้ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ดังนั้นการดูการตอบสนองทางคลินิกจึงดูจากค่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยและการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ส่วนข้อมูลของปริมาณ CD4+ T lymphocyte อาจดูได้เพียงเป็นแนวโน้ม ซึ่งผลการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวก่อนและหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าน้ำหนักตัวเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 54.51 ± 10.10 เป็น 56.12 ± 9.67 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.01$) (N=48) ส่วนการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระหว่างที่ได้รับยาต้านไวรัสมีจำนวน 3 ราย ได้แก่ ทุ่งวัด เริม และวัณโรคปอด อย่างละ 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมีปริมาณ CD4+ T lymphocyte ก่อนข้างต่ำ (CD4 น้อยกว่า 100 cell/mm^3) และต่ำกว่าช่วงแรกของการวัดปริมาณ CD4+ T lymphocyte ซึ่งอาจเป็นตัวบ่งบอกถึงความล้มเหลวในการรักษา ซึ่งอาจเกิด drug resistance แต่อย่างไรก็ตามไม่มีการตรวจสอบการดื้อยาเนื่องจากค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง

จากผลการตอบสนองทางคลินิกซึ่งดูจาก น้ำหนักตัว CD4+ T lymphocyte การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่ามีแนวโน้มเป็นไปได้ในทางที่ดีขึ้นแม้ว่าผลบางตัวไม่สามารถตรวจได้ครบถ้วนทุกราย เช่น CD4+ T lymphocyte แต่ก็มียาแนวโน้มสูงขึ้นรวมทั้งการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสน้อยลงหรือผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่แล้วมีแนวโน้มที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Clay และคณะ (2000)

5.1.4 ปัญหาที่เกี่ยวกับยา

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่พบมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีจำนวนทั้งหมด 24 ปัญหา (ร้อยละ 40.68) ส่วนปัญหาที่พบมากเป็นอันดับสอง คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของตัวผู้ป่วยเอง จำนวน 15 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 25.42 โดยมีสาเหตุหลักคือ การลืมกินยา รวมทั้งยาบางตัวต้องเข้มงวดในการกินยาหรืออาหารมีผลต่อการดูดซึมของยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกินยาดังกล่าวได้ รวมทั้งการยาบางตัว เช่น efavirenz ที่จำเป็นต้องกินก่อนนอน บางครั้งทำให้ลืมกินยาดังกล่าวได้เนื่องจากง่วงนอนหรือนอนหลับไปก่อน อย่างไรก็ตามเมื่อเภสัชกรได้เข้าไปให้คำแนะนำทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาทำให้ปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจ/ความสำคัญของการกินยาสม่ำเสมอมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาดังกล่าวก็อาจจะทำให้ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ได้ เช่น คลื่นไส้อาเจียน จากการใช้ยา indinavir หลัง

จากได้รับคำอธิบายการป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงดังกล่าวทำให้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Foisy (2004) ซึ่งเป็นการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเอชไอวี โดยดูความร่วมมือในการใช้ยาส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและ ผลการตอบสนองดีขึ้น

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ความรู้ในเรื่องความสำคัญของการกินยาสม่ำเสมอ ผลเสียที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง ผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น วิธีการปฏิบัติตัวหากเกิดปัญหาจากการใช้ยาและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ภายหลังจากการให้ความรู้พบว่าปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้สามารถแก้ไขได้ ดังการศึกษาของ Bamble และคณะ (1999) ซึ่งพบว่า การให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

5.1.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลและปฏิบัติตน เรื่องการใช้ยาและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

5.1.6 ความพึงพอใจของแพทย์

จากการศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าแพทย์มีความพึงพอใจสูง ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรทำงานด้วยระบบทีมสุขภาพ เพื่อเกิดผลประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแนวทางนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลให้บริการในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยากุ่มดังกล่าวผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการยาสูงมาก และต้องใช้เวลาเป็นระยะเวลานานตลอดชีวิต รวมทั้งข้อจำกัดและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยากุ่มดังกล่าวค่อนข้างสูง

5.2 จุดแข็งและจุดด้อยของการวิจัยนี้

5.2.1 จุดแข็ง

5.2.1.1 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาตลอดการศึกษา และมีการประเมินความสอดคล้องของปัญหาที่เกี่ยวกับยาซึ่งประเมินโดยเภสัชกรอีก 1 คน โดยใช้

สถิติ Kappa ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องได้ค่า Kappa = 0.69 แสดงให้เห็นว่าการประเมินปัญหาที่เกี่ยวกับไข้ยา นั้นมีความสอดคล้องในระดับดี (K=0.61-0.80)

5.2.1.2 มีการประเมินนัยสำคัญทางคลินิกของข้อเสนอแนะของเภสัชกรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งทำการประเมินโดยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 2 คน และเภสัชกรที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านโรคติดเชื้อมากกว่า 5 ปี 1 คน

5.2.2 จุดด้อย

5.2.2.1 รูปแบบการศึกษาเป็น pre-post test design ซึ่งอาจมีผลของปัจจัยกวนต่อการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยกวนที่ส่งผลให้ผลการศึกษาสูงกว่าความเป็นจริง เช่น ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำปรึกษาจากแพทย์ การรับความรู้จากสื่อทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ เป็นต้น ในทางตรงข้าม ปัจจัยกวนที่อาจทำให้ผลการศึกษาค่ำกว่าความเป็นจริง เช่น ความรุนแรงของสภาวะโรค เป็นต้น

5.2.2.2 จำนวนผู้ป่วยในการศึกษามีจำนวนน้อยเกินไป ทำให้ผลการศึกษางานด้านไม่เห็นความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

5.2.2.3 ระยะเวลาในการศึกษาน้อยเกินไป คือ มีการติดตามผู้ป่วยเพียง 5 เดือน จึงอาจทำให้ไม่เห็นผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ชัดเจน

5.2.2.4 วิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีการสัมภาษณ์ อาจทำให้ได้ข้อมูลสูงกว่าความเป็นจริง

5.2.2.5 ไม่สามารถวัดตัวที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา คือ ปริมาณ HIV RNA ระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งพิจารณาจากปริมาณ CD4+T lymphocyte เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจ

5.2.2.6 การศึกษาครั้งนี้แพทย์จะเป็นผู้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นอาจทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะดีในระดับหนึ่ง ซึ่งอาจจะไม่ใช่ตัวแทนของประชากรที่แท้จริง อาจทำให้ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ โดยเฉพาะการศึกษาโดยวิธีการคัดเลือกผู้ป่วยด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง

5.2.2.7 ออกจากผู้สัมภาษณ์เนื่องจากการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา 2 ครั้ง ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งสุดท้ายจะเกิดอคติได้เนื่องจากผู้สัมภาษณ์อาจใช้ความพยายามที่จะถามให้ได้คำตอบที่สอดคล้องกับความต้องการ หรือการใช้เวลาและความพยายามเป็นพิเศษในการซักถาม

5.3 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเอดส์ พบว่า

5.3.1 การบริหารทางเภสัชกรรม สามารถทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งแรกกับเมื่อสิ้นสุดการบริหารทางเภสัชกรรมในครั้งสุดท้าย

5.3.2 การบริหารทางเภสัชกรรม สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและ การใช้ยาต้านไวรัส เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการประเมินครั้งแรกที่พบเภสัชกรกับเมื่อสิ้นสุดการบริหารทางเภสัชกรรมในครั้งสุดท้าย ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยา ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการใช้ยาจะส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น

5.3.4 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นปัญหาเกี่ยวกับยาที่เกิดขึ้นมากที่สุด อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปแนวโน้มของการเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยาได้เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่พบเภสัชกรในแต่ละครั้งมีจำนวนแตกต่างกัน

5.3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการในระดับดี โดยเฉพาะคำแนะนำของเภสัชกรทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยา ความสำคัญของยาต่อโรคและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง

5.3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของแพทย์ต่อการให้บริหารทางเภสัชกรรมมีความพึงพอใจในระดับดี ในการปฏิบัติงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรม มีความมั่นใจว่าเภสัชกรสามารถช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องมากขึ้น และเห็นว่าเภสัชกรควรจะให้บริการดูแลผู้ป่วยในโรคนี้ต่อไป

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสในการรักษา ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้สูง เพราะ จำเป็นต้องใช้ยาดังกล่าวในระยะยาว มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูง และมีปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นได้มาก ต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอย่างมาก การทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการรักษา และติดตามดูแลผู้ป่วยจึงเป็นส่วนสำคัญเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา

5.4.2 เภสัชกรที่มีหน้าที่ในการให้บริหารในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องมีเทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีความกังวล และเครียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีปัญหาความซับซ้อนของยาที่ต้องใช้ และต้องทนต่ออาการข้างเคียงของที่เกิดขึ้น ตลอดจนระยะเวลาที่ต้องใช้ยาเป็นเวลานาน ดังนั้นเภสัชกรต้องระมัดระวังในการสัมภาษณ์และอธิบายข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ควรสร้างบรรยากาศที่ดี

เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความไว้วางใจ เกสัชกรควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นเกสัชกรควรศึกษารายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายให้เข้าใจ นอกจากนี้ในบางประเด็นที่ไม่แน่ใจควรมีการพูดคุยและทำความเข้าใจกับแพทย์เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการให้ข้อมูล อุปกรณ์ที่จะช่วยในการให้คำปรึกษา เช่น ภาพประกอบในการอธิบาย จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น ให้แผ่นพับหรือคู่มือแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยทบทวนข้อมูลต่าง ๆ ที่อธิบายอีกครั้งที่บ้าน ส่วนอุปกรณ์หรือกลยุทธ์เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น การใช้กล่องบรรจุยาตามมือในแต่ละวัน (pill box) การจัดตารางการกินยาให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การตั้งเวลาเพื่อเตือนการกินยาด้วยนาฬิกาหรือโทรศัพท์มือถือ รวมทั้งการดูแลจากครอบครัว

5.4.3 รูปแบบการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบ pre-post test design อาจมีปัจจัยกวนส่งผลกระทบต่อการศึกษา ดังนั้นอาจพิจารณาการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบ randomized controlled trial ซึ่งจะทำได้ผลที่ชัดเจนมากขึ้น

5.4.4. เนื่องจากการศึกษานี้ใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเวลา 5 เดือน อาจทำให้ไม่เห็นผลการศึกษาที่ชัดเจนรวมทั้งข้อมูลการตอบสนองทางคลินิกโดยเฉพาะระดับของภูมิคุ้มกันของร่างกายที่พิจารณาจากค่า CD4+T lymphocyte ปริมาณ HIV RNA ในเลือด มีข้อมูลน้อย เนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการตรวจวัด

5.4.5 หลังจากเสร็จสิ้นงานวิจัยเกสัชกรในโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ยังคงดำเนินการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคดังกล่าวต่อไป และการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถใช้หลักการเดียวกันนี้ไปประยุกต์ใช้กับโรคอื่น ๆ ได้