

บทที่ 4

ผลการวิจัย

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่าง

การวิจัยนี้เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2546 ถึง ปลายเดือนตุลาคม 2546 ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 9 เดือน โดยมีผู้ป่วยเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งหมด 70 คน และสามารถติดตามได้ครบสมบูรณ์ทั้งหมด 48 คน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้ครบสมบูรณ์เนื่องจาก

4.1.1 ไม่ได้มาตามกำหนดนัดจำนวน 9 คน เป็นผู้ที่ไม่มาตามนัดในเดือนที่ 5 จำนวน 7 คน ดังนั้นจึงไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา ส่วนอีก 2 คน มาพบแพทย์เฉพาะ 2 เดือนแรก

4.1.2 หยุดการรักษาเนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจจำนวน 6 คนเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง (ซึ่งในขณะนั้นจะไม่มีโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอคส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอคส์ของกระทรวงสาธารณสุขในการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล) และในเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้จะไม่ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอคส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอคส์ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่แรกเนื่องจากโครงการดังกล่าวมีเภสัชกรที่คอยดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอยู่แล้ว ซึ่งค่าใช้จ่ายในการใช้ยาต้านไวรัสเอคส์ หากเป็น GPO VIR (generic combination of stavudine lamivudine nevirapine) จะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1,300-1,400 บาท ต่อเดือน หากเป็นยาต้านไวรัสในสูตรที่ประกอบด้วย stavudine lamivudine และ efavirenz ค่าใช้จ่ายประมาณ 4,000-5,000 บาท ต่อเดือน ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยบางรายที่ต้องหยุดยาไปโดยสิ้นเชิงเนื่องจากไม่มีเงินในการรักษาดังกล่าว

4.1.3 เปลี่ยนสถานพยาบาลจำนวน 3 คนโดยที่ผู้ป่วยเลือกที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือภูมิลำเนาเนื่องจากสามารถเข้าเป็นผู้ป่วยในโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอคส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอคส์ ของกระทรวงสาธารณสุข

4.1.5 ไม่สามารถติดตามได้จำนวน 4 คน เนื่องจากผู้ป่วยหายไปไม่มาตามที่แพทย์นัดและสืบเนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้มีความกังวลและไม่ต้องการเปิดเผยให้คนอื่นทราบว่าตนเจ็บป่วยเป็นโรคอะไร ดังนั้นหากผู้ป่วยหายไปและก่อนหน้านี้ไม่ได้ให้ที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ ทำให้ผู้

วิจัยไม่สามารถติดต่อไปได้ แต่ถ้าหากผู้ป่วยรายใดได้ให้ที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ติดต่อตั้งแต่เริ่มแรก ผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อกลับไป ดังนั้นสรุปมีผู้ป่วยจำนวน 4 คนที่ไม่สามารถติดตาม

ตาราง 6 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วย	48	70
เพศ		
ชาย	21 (43.80)	34 (48.60)
หญิง	27 (56.30)	36 (51.40)
อายุ (ปี) (mean ± SD)	35.63 ± 6.42	35.07 ± 6.20
อายุต่ำสุด	22	22
อายุสูงสุด	53	53
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1 (2.1)	1 (1.40)
ประถมศึกษา	10 (20.80)	12 (17.10)
มัธยมศึกษา	15 (31.80)	24 (34.30)
ปวช	7 (14.60)	13 (18.60)
ปวส/อนุปริญญา	5 (10.40)	7 (10.00)
ปริญญาตรี	10 (20.80)	13 (18.60)
สิทธิการรักษาพยาบาล		
เบิกได้	16 (33.30)	21 (30.00)
ประกันสังคม	1 (2.10)	1 (1.40)
ชำระเงินเอง	31 (64.60)	48 (68.50)
CD4+ T lymphocyte (cell/mm ³) (mean ± SD)*	195.84 ± 132.92	191.39 ± 126.70
CD4+ T lymphocyte ต่ำสุด	16	16
CD4+ T lymphocyte สูงสุด	424	424
HIV RNA (copies/ml) (mean ± SD)†	4.5 log ± 0.93	4.5 log ± 0.93
ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส‡		
ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 1 ชนิด	21 (43.75)	27 (38.57)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 2 ชนิด	7 (14.58)	10 (14.28)
ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 3 ชนิด	3 (6.25)	4 (5.71)
ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 4 ชนิด	1 (2.08)	1 (1.43)
ท้องเสียเรื้อรัง	3 (6.30)	4 (5.70)
เชื้อราในช่องปาก	8 (16.70)	9 (12.90)
ปอดอักเสบพีซีพี (PCP)	17 (35.40)	23 (32.90)
วัณโรค	8 (16.70)	10 (14.30)
เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา	2 (4.20)	6 (8.60)
ติดเชื้อ Mycobacterium avium complex	1 (2.10)	1 (1.40)
งูสวัด	5 (10.40)	7 (10.00)
ติดเชื้อ Cytomegalovirus	4 (8.30)	4 (5.70)
จำนวนเดือนของการใช้ยาต้านไวรัสก่อนพบ	10.96 ± 11.76	10.96 ± 11.76
เกสัชกร (เดือน) (mean ± SD)		
ต่ำสุด - สูงสุด	3 - 51	3 - 51
median	6	6
จำนวนครั้งที่พบเกสัชกร		
1 ครั้ง	0	2 (2.90)
2 ครั้ง	5 (10.40)	14 (20.00)
3 ครั้ง	22 (45.80)	31 (44.30)
4 ครั้ง	8 (16.70)	10 (14.30)
5 ครั้ง	13 (27.10)	13 (18.60)
สูตรยาต้านไวรัสที่ใช้		
GPO VIR (d4T+3TC+NVP)	28 (58.30)	44 (62.90)
d4T+3TC+EFV	5 (10.40)	7 (10.00)
AZT+3TC+EFV	6 (12.50)	6 (8.60)
อื่น ๆ	9 (18.70)	13 (18.50)

* จำนวนผู้ป่วย 28 คน

†จำนวนผู้ป่วย 3 คน

‡คิดจากจำนวนผู้ป่วย

4.2 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสของผู้ป่วยประเมินด้วยวิธี การสัมภาษณ์ ซึ่งเก็บข้อมูลทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบผู้วิจัยในระยะ 5 เดือน แต่จะแสดงผลในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาครั้งแรกเป็นข้อมูลเบื้องต้น และเมื่อติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ครบ 5 เดือน ซึ่งแสดงผลดังตาราง 7

ตาราง 7 ความถี่ของระดับความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัส ก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม

ระดับของความร่วมมือในการ ใช้ยา (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 48 คน	
	ก่อนการบริหารทางเภสัชกรรม (ร้อยละของผู้ป่วย)	หลังการบริหารทางเภสัชกรรม (ร้อยละของผู้ป่วย)
< 60	0	0
60 - 64	1 (2.08)	0
65 - 69	0	0
70 - 74	0	0
75 - 79	1(2.08)	0
80 - 84	0	0
85 -89	1(2.08)	0
90 - 94	5 (10.42)	0
95 - 100	40 (83.33)	48 (100)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในเกณฑ์ดีตั้งแต่แรก และเมื่อประเมินครั้งสุดท้ายโดยติดตามผู้ป่วยดังกล่าวไปจนครบ 5 เดือน ซึ่งสูงกว่าครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.003$) เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยาตั้งแต่ ร้อยละ 95 ก่อนและหลังได้รับการบริหาร

ทางเภสัชกรรมพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาตั้งแต่ร้อยละ 95 ในครั้งแรกมี 40 คน หลังจากติดตามและได้รับคำแนะนำพบว่าผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาตั้งแต่ร้อยละ 95 เพิ่มขึ้นเป็น 48 คน (ผู้ป่วยทั้งหมด) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.008$) ดังแสดงผลในตาราง 8

ตาราง 8 ความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม

ข้อมูล (จำนวนผู้ป่วย 48 คน)	ก่อนรับการบริหารทางเภสัชกรรม*	หลังรับการบริหารทางเภสัชกรรม†	นัยสำคัญทางสถิติ
ร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา			0.003‡
มัธยฐาน	100	100	
ค่าต่ำสุด	64	96	
ค่าสูงสุด	100	100	
จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาตั้งแต่ ร้อยละ 95	40	48	0.008§

* ประเมินในเดือนแรกของการพบผู้ป่วย

† ประเมินในเดือนที่ 5 ของการพบผู้ป่วย

‡ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

§ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ McNemar test

เมื่อพิจารณาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า เกิดจากการลืมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.67) ส่วน การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การที่ต้องเดินทางออกจากบ้านและลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นสาเหตุอันดับรอง ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (N = 15)	ความถี่ (ร้อยละ)
1. ความซับซ้อนในการใช้ยาด้านไวรัสที่มีหลากหลายขนาน	0
2. จำนวนยาที่ต้องรับประทานในแต่ละครั้งหรือในแต่ละวัน	0

ตาราง 9 (ต่อ)

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (N = 15)	ความถี่ (ร้อยละ)
3. แผนการรักษาที่ต้องใช้เวลานานติดต่อกัน	0
4. ผลข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	2 (13.33)
5. ปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร	0
6. ข้อจำกัดของการใช้ยาเช่น ต้องกินขณะท้องว่าง ต้องกินพร้อมอาหาร	0
7. ทักษะคิดในการให้ความร่วมมือในการรักษาต่อแพทย์ บุคลากรทาง การแพทย์	0
8. ลืม	7 (46.67)
9. การไม่มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยามาใช้ต่อ	1 (6.67)
10. ไม่อยากเปิดเผยการกินยา	0
11. เครียด มีอาการผิดปกติทางจิตและภาวะซึมเศร้า	1 (6.67)
12. ลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวัน	2 (13.33)
13. มีความจำเป็นต้องเดินทางออกจากถิ่นที่พักอาศัย	2 (13.33)
14. เศรษฐฐานะของผู้ป่วย	0

การลืมกินยาเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ส่วนสาเหตุรอง ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากหลังจากที่กินยา indinavir อาการปากแห้งและลอก หลังจากกินยา indinavir ร่วมกับยา ritonavir จึงทำให้ผู้ป่วยหยุดกินยาดังกล่าวไป 6 มื้อ ส่วนการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางไปต่างจังหวัดและไม่ได้นำยาไปด้วยจึงทำให้ไม่ได้กินยาดังกล่าว เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จำนวน 2 คน และนอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ทำให้เหตุผลของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเนื่องจากเร่งรีบกับการทำงานจนกระทั่งไม่ได้กินยา

4.3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาต้านไวรัสของผู้ป่วย

จากการศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและยาซึ่งได้ทำการประเมิน 2 ครั้ง โดยที่ครั้งแรกประเมินในขณะที่ผู้ป่วยพบผู้วิจัยครั้งแรกเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยซึ่งหากประเด็นใดที่ผู้ป่วยไม่ทราบผู้วิจัยจะให้คำแนะนำปรึกษาในระหว่าง

การให้บริบาลทางเภสัชกรรม ส่วนการประเมินอีกครั้งดำเนินการประเมินเมื่อติดตามผู้ป่วยดังกล่าวครบ 5 เดือน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการประเมินครั้งแรก

ตาราง 10 ร้อยละเฉลี่ยของคะแนนการประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม

ข้อมูล (จำนวนผู้ป่วย 48 คน)	ก่อนการ บริบาลทาง เภสัชกรรม (mean ± SD)	หลังการ บริบาลทาง เภสัชกรรม (mean ± SD)	95% Confidence Interval	นัยสำคัญ ทางสถิติ
1. คะแนนรวมทั้ง 3 ส่วน	50.96 ± 16.78	89.07 ± 6.37	38.10 (33.69 - 42.51)	<0.01
2. คะแนนของแต่ละส่วน				
2.1 คะแนนของส่วนที่ 1*	48.12 ± 23.15	93.33 ± 6.30	45.21 (39.42 - 50.99)	<0.01
2.2 คะแนนของส่วนที่ 2†	50.98 ± 16.08	82.23 ± 11.05	31.25 (26.61 - 35.89)	<0.01
2.3 คะแนนของส่วนที่ 3‡	53.79 ± 27.18	91.64 ± 11.07	37.85 (29.82 - 45.88)	<0.01

* ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการดูแลและปฏิบัติตนรวมทั้งการรักษาโดยทั่วไป

† ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสที่ได้รับ

‡ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการรักษา

วิเคราะห์โดยใช้ paired t-test

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาเพิ่มสูงขึ้นซึ่งพิจารณาจากคะแนนแบบสัมภาษณ์ประเมินความรู้โดยที่คะแนนความรู้ในการประเมินครั้งแรกอยู่ที่ร้อยละ 50.96 ± 16.78 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.07 ± 6.37 คะแนน เมื่อประเมินตอนเสร็จสิ้นการศึกษาซึ่งพบว่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.01) และเมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นของความรู้และความเข้าใจในแต่ละส่วนพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกส่วน (p<0.01)

4.4 ผลการตอบสนองทางคลินิก

ประเมินจากผลทางห้องปฏิบัติการ (ปริมาณ HIV RNA และ CD4+T lymphocyte กรณีมีข้อมูล) นำหน้ากตัว การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการตรวจปริมาณ HIV RNA มีน้อย เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูงประมาณ 4,000 บาท ต่อการตรวจ 1 ครั้ง แต่การตรวจปริมาณ CD4+T lymphocyte มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการตรวจหาปริมาณ HIV RNA ในเลือด ซึ่งค่าใช้จ่ายในการตรวจประมาณ 1,000 บาทต่อการตรวจ 1 ครั้ง ดังนั้นแพทย์จึงส่งตรวจ CD4+T lymphocyte มากกว่าเพื่อเป็นการดูแลการรักษา ซึ่งในการศึกษานี้จำนวนผู้ป่วยที่สามารถตรวจ CD4+T lymphocyte (มีข้อมูล CD4+T lymphocyte ในการประเมินครั้งแรก และเมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 5 เดือน) 6 ราย ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยของ CD4+T lymphocyte ในเบื้องต้น และเมื่อติดตามครบ 5 เดือน เป็น 190 cell/mm^3 , 229 cell/mm^3 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจาก จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า CD4+T lymphocyte ทั้ง 2 ช่วงเวลา มีน้อยมาก (N = 6) ส่วนผู้ป่วยที่มีข้อมูลปริมาณ HIV RNA ทั้ง 2 เวลา คือ ในครั้งแรกที่มาพบผู้วิจัย และเมื่อติดตามไปจนกระทั่งครบ 5 เดือน มีเพียง 1 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่สามารถเปรียบเทียบปริมาณ HIV RNA ก่อนและหลังการได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพิจารณาคำนวณค่าหน้ากตัวของผู้ป่วยซึ่งสามารถมีข้อมูลได้ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ดังนั้นการดูแลการตอบสนองทางคลินิกครั้งนี้จึงดูจากค่าหน้ากตัวของผู้ป่วยและการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ส่วนข้อมูลของ CD4+T lymphocyte อาจดูได้เพียงเป็นแนวโน้ม

ตาราง 11 หน้ากและปริมาณ CD4+T lymphocyte ก่อนและหลังการบริหารทางเภสัชกรรม

ข้อมูล	ก่อนการบริหาร ทางเภสัชกรรม (mean \pm SD)	หลังการบริหาร ทางเภสัชกรรม (mean \pm SD)	95% Confidence Interval	นัยสำคัญ ทางสถิติ*
หน้าก [†]	54.51 \pm 10.10	56.12 \pm 9.67	1.60 (0.39 – 2.81)	0.01
CD4+T lymphocyte [‡]	190.33 \pm 140.82	229.67 \pm 108.11	39.33 (64.13 – 142.89)	0.37

* paired t- test

[†] จำนวนผู้ป่วย 48 คน

[‡] จำนวนผู้ป่วย 6 คน

พิจารณาน้ำหนักตัวเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมพบว่าน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 54.51 ± 10.10 กิโลกรัม เป็น 56.12 ± 9.67 กิโลกรัม ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.01$) ในระหว่างการศึกษาผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระหว่างได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 3 ราย โดยที่โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้น ได้แก่ งูสวัด 1 ราย เริม 1 ราย และ วัณโรคที่ปอด 1 ราย จากผลการตอบสนองทางคลินิกซึ่งดูจาก น้ำหนักตัว CD4+T lymphocyte การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่ามีแนวโน้มเป็นไปในทางที่ดีขึ้นแม้ว่าผลบางตัวไม่สามารถตรวจได้ครบถ้วนทุกราย เช่น CD4+T lymphocyte แต่ก็มีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสน้อยลงหรือผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่แล้วมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

4.5 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

การวิเคราะห์ความสอดคล้องของการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยผู้วิจัยและเภสัชกรที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี ประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยประเมินจากข้อมูลจริงของผู้ป่วยจำนวน 15 คน ที่ผู้วิจัยสรุปไว้ในแบบบันทึกข้อมูลการให้คำแนะนำปรึกษา ด้านยาโดยเภสัชกร จากนั้นวิเคราะห์ความสอดคล้องโดยใช้สถิติ Kappa statistic (K) ผลการวิเคราะห์ได้ค่า $K = 0.69$ แสดงให้เห็นว่าการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของเภสัชกรและผู้วิจัยมีความสอดคล้องกันในระดับดี ($K=0.61-0.80$)

ตาราง 12 ความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยผู้วิจัยและเภสัชกรอีก 1 คน

เภสัชกร	ผู้วิจัย		รวม
	เป็นปัญหา	ไม่เป็นปัญหา	
เป็นปัญหา	20	2	22
ไม่เป็นปัญหา	1	5	6
รวม	21	7	28

จากตาราง 13 เมื่อพิจารณาถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบใหม่ตลอดระยะเวลาการศึกษาที่ผู้ป่วยได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเกิดขึ้นจำนวน 59 ปัญหา ในผู้ป่วยจำนวน 31 คน (ร้อยละ 64.58 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ซึ่งเมื่อติดตามผู้

ป่วยจนกระทั่งเสร็จสิ้นการศึกษาพบว่าปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นใหม่มีเพียง 1 ปัญหา ส่วนปัญหาเดิมมี 8 ปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นคือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส ส่วนปัญหาเดิมที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้คือ อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลับคือผู้ป่วยมีอาการ lipodystrophy และภาวะชืดจากการใช้ zidovudine

ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่พบมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีจำนวนทั้งหมด 24 ปัญหา (ร้อยละ 40.68) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย คือ ปลายประสาทอักเสบจากการใช้ยากลับ NRTIs โดยเฉพาะ stavudine การสะสมไขมันผิดปกติ จากการใช้ indinavir ภาวะชืดจากการใช้ zidovudine ส่วนปัญหาที่พบมากเป็นอันดับสอง คือ ผู้ป่วยไม่ได้กินยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 17 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 28.81 ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดของบุคลากรในการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย จำนวน 2 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 3.39 และการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเอง จำนวน 15 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 25.42 โดยมีสาเหตุหลักคือการลืมกินยา รวมทั้งยาบางตัวต้องเข็มงวดในการกินยาหรืออาหารมีผลต่อการดูดซึมของยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกินยาดังกล่าวได้ตามแพทย์สั่ง รวมทั้งการที่ยาบางตัว เช่น efavirenz จำเป็นต้องกินก่อนนอน (ลดอาการข้างเคียงทางระบบประสาท) บางครั้งทำให้ลืมกินยาดังกล่าวได้เนื่องจากง่วงนอนหรือนอนหลับไปก่อน อย่างไรก็ตามเมื่อเภสัชกรได้เข้าไปให้คำแนะนำทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของกินยาทำให้ปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าวขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจ ความสำคัญของการกินยาสม่ำเสมอมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาดังกล่าวก็อาจจะทำให้ ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน จากการใช้ยา Indinavir หลังจากได้รับคำอธิบายการป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงดังกล่าวทำให้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Foisy (2004) ซึ่งเป็นการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเอชไอวี ส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยและผลการตอบสนองทางคลินิกดีขึ้น

ตาราง 13 ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

การให้บริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่

43

จำนวนปัญหา

1 (N*=48) 2 (N=17) 3 (N=29) 4 (N=29) 5 (N=48)

จำนวนปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาทุกชนิด	1 (N*=48)	2 (N=17)	3 (N=29)	4 (N=29)	5 (N=48)
1. ผู้ป่วยมีข้อบ่งใช้ในการใช้ยารักษาแต่ไม่ได้รับยา					
- ไม่สั่งยาที่ควรให้เพื่อเสริมฤทธิ์ในการรักษา	2	0	0	0	0
2. ผู้ป่วยใช้หรือได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย โรคหรืออาการหรือสภาพที่ผู้ป่วยเป็น					
- การเลือกยาที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา ไม่เหมาะสมกับโรค	1	0	0	0	0
- การเลือกยาที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่ใช่ยาที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยรายนั้น	1	0	0	0	0
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ต้องแต่ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป					
- การกำหนดขนาดยาในขนาดที่ต่ำเกินไป	1	0	0	0	0
4. ผู้ป่วยได้รับยาที่ต้องแต่ขนาดที่ได้รับนั้นมากเกินไป					
- การกำหนดขนาดยาที่สูงเกินไป	2	0	0	1	0
5. ผู้ป่วยเกิดโรคหรืออาการซึ่งเป็นผลจากปฏิกิริยาของยากับผู้ป่วย					
- การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	14	5	2	2	1

ตาราง 13 (ต่อ)

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

การให้บริบาลทางเภสัชกรรมครั้งที่

จำนวนปัญหา

1 (N=48) 2 (N=17) 3 (N=29) 4 (N=29) 5 (N=48)

6. ผู้ป่วยเกิด (actual) และ/หรือมีความเป็นไปได้ที่จะเกิด (potential) โรคหรืออาการอันเป็นผลจากอันตรกิริยา					
- การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา	5	0	1	0	0
- การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับอาหาร	1	1	0	1	0
7. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง					

* N จำนวนผู้ป่วยที่มาพบผู้วิจัยในแต่ละครั้ง

ผลการศึกษาถึงความสำคัญทางคลินิกของข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ซึ่งประเมินโดยแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ 2 คน และเภสัชกรที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านโรคติดเชื้อมากกว่า 5 ปี 1 คน โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลโดยที่ผู้ประเมินแต่ละคนเป็นอิสระต่อกันและหากผลการประเมินแตกต่างกันจะพิจารณาความเห็นที่ตรงกันสองในสามเพื่อหาข้อสรุปของนัยสำคัญทางคลินิกของข้อเสนอแนะดังกล่าว พบว่า ข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหานั้นเกือบประมาณครึ่งหนึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่อยู่ในระดับนัยสำคัญที่ very significant ร้อยละ 40.68 และระดับ significant คิดเป็นร้อยละ 59.32 ดังแสดงในตาราง 14 แสดงให้เห็นว่าข้อเสนอแนะของเภสัชกรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ หรืออาจกล่าวได้ว่าข้อเสนอแนะนั้นหากได้รับการปฏิบัติตามจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและเกิดผลการรักษาตามต้องการ นอกจากนี้ยังสามารถป้องกันการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้

ตาราง 14 ความสำคัญทางคลินิกของข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาลที่เกี่ยวข้องกับยา

ระดับความสำคัญทางคลินิก	จำนวนข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (N=59) (ร้อยละ)
very significant	24 (40.68)
significant	35 (59.32)

4.6 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

จากตาราง 15 แสดงความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมหลังจากติดตามผู้ป่วยไปจนครบ 5 เดือน ทำการประเมินผู้ป่วยด้วยการตอบแบบสอบถาม (ภาคผนวก ข) พบว่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยที่ 4.31 ± 0.29 (mean \pm SD) โดยที่ คะแนนมีพิสัย 1 (ไม่พึงพอใจมากที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด) (โดยมีผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทั้งหมด 45 ราย) ซึ่งจัดอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยแยกตามประเด็นคำถามดังแสดงในตาราง 15 พบว่าคะแนนในทุก ๆ ข้ออยู่ในระดับความพึงพอใจมาก ยกเว้น ข้อ 5 ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.22 ± 0.95 ซึ่งอยู่ในระดับความพึงพอใจน้อย การประเมินความเข้าใจในคำถามได้มีการทดสอบก่อนนำไปใช้จริง และผลจากการทำ reliability analysis ได้ค่า $\alpha = 0.91$ แสดงว่ามีความเหมาะสมในการนำ

ไปใช้ อย่างไรก็ตามโดยภาพรวมผู้ป่วยกลุ่มที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีความพึงพอใจในระดับมากต่อการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร

ตาราง 15 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริบาลทางเภสัชกรรม

ข้อมูล (N=45)	คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย (Mean± SD)*
1. ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา ความสำคัญของยาต่อโรค	4.64 ± 0.48
2. ความรู้ความเข้าใจที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง	4.47 ± 0.62
3. คำแนะนำที่ได้รับเพียงพอสำหรับการใช้ยาของท่าน	4.51 ± 0.50
4. เข้าใจในคำปรึกษาแนะนำที่ได้รับ	4.67 ± 0.52
5. ให้ข้อมูลซ้ำซ้อนในเรื่องที่ท่านรู้อยู่แล้ว	2.22 ± 0.95
6. ความปลอดภัยจากการใช้ยาเพิ่มขึ้น	4.38 ± 0.91
7. สื่อที่ใช้ในการให้คำแนะนำปรึกษา	4.13 ± 0.81
8. ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีในการใช้ยา	4.67 ± 0.47
9. ได้รับการบริการด้วยอัธยาศัยไมตรีที่ดี	4.84 ± 0.36
10. เวลาที่ให้บริการในแต่ละครั้งเหมาะสมมากน้อยเพียงใด	4.24 ± 0.83
11. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อการบริการ	4.62 ± 0.57

*คะแนนมีพิสัย 1 (ไม่พึงพอใจมากที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด)

4.7 ความพึงพอใจของแพทย์

การศึกษาครั้งนี้ประเมินความพึงพอใจของแพทย์ท่านนั้นไม่ได้ประเมินความพึงพอใจในบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ด้วย เนื่องจากตัวผู้ทำการวิจัยและตัวผู้ป่วยในการศึกษาจะติดต่อกับแพทย์เป็นหลัก มีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรอื่นน้อย ดังนั้นจึงได้ประเมินความพึงพอใจตามลักษณะงานที่ผู้วิจัยเกี่ยวข้องเพียงเท่านั้น หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยได้ทำการประเมินอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อด้วยการตอบแบบสอบถาม พบว่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยที่ 4.67 ± 0.12 (mean ± SD) โดยที่คะแนนมีพิสัย 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ซึ่งจัดอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

เมื่อพิจารณาประเด็นคำถามของแบบสอบถามความพึงพอใจของแพทย์ต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการดูแลให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาต้านไวรัสในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวดังแสดงในตาราง 16 มีความมั่นใจว่าเภสัชกรสามารถดูแลให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับยาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการใช้ยา และเมื่อพิจารณาถึงการทำงานของเภสัชกรที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวก็ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อความสะดวกของการทำงานแพทย์

ตาราง 16 ความพึงพอใจของแพทย์ต่อการบริหารทางเภสัชกรรม

ข้อมูล (N=3)	คะแนนความพึงพอใจของแพทย์ (Mean ± SD)
1. ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและการใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น	5.00 ± 0
2. ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องมากขึ้น	4.67 ± 0.58
3. ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น	4.67 ± 0.58
4. เภสัชกรมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยในการใช้ยา	5.00 ± 0
5. ความสะดวกในการทำงานของท่าน	4.00 ± 0