



## บทความวิจัย

# ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

ปริญญดา เปกาโร\* ศิริินภา จิตติณิ\*\* และ สุริพร ธนศิลป์\*\*\*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและเป็นวัณโรค มีอายุตั้งแต่ 20 -59 ปี จำนวน 84 ราย จากคลินิกยาต้านเอชไอวีและคลินิกโรคปอด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค และแบบประเมินการตีตราภายในตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามขณะมารับการรักษา ณ คลินิกยาต้านเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

**ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย มีระดับความร่วมมือในการรักษาโดยรวมในระดับสูง ( $\bar{X} = 56.23$ ,  $SD = 6.81$ ) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .218$ ) และ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = -.311$ ) แต่ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค ( $r = .189$ ) และ การตีตราภายในตนเอง ( $r = -.119$ ) ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป:** ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมในการพยาบาล การส่งเสริมพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

**คำสำคัญ:** ความร่วมมือในการรักษา/ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค/ ความร่วมมือในการรับประทานยา

\* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม)

\*\*\* รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



# Factors related to treatment adherence among people with HIV/TB co-infection

Parinyada Paekaree\* Sirinapha Jittimanee\*\* Sureeporn Thanasilp\*\*\*

## Abstract

**Purpose:** To investigate the treatment adherence and factors related to treatment adherence among people with TB/HIV co-infection.

**Design:** Descriptive correlational research

**Methods:** The sample group consisted of people who diagnosed with TB/HIV aged 20-59 years old 84 individuals from 3 tertiary hospitals in Bangkok. The research instruments demographic data, the ENRICH Social Support Questionnaire, the Alcohol Use Disorders Identification Test, knowledge about HIV/TB treatment questionnaires, the Thai Internalized HIV-related Stigma Scale brief, and Treatment Adherence Questionnaires for Patients with Hypertension. Data collection occurred from January to May 2024 at antiviral clinics during participants' medical appointments. Data were analyzed using Pearson's correlation and Spearman's correlation.

**Results:** Treatment adherence in the sample group of 84 peoples was high (Mean = 56.23, SD = 6.218). There was a significant positive relationship between social support and treatment adherence at the level of .05 ( $r = .218$ ), and a significant negative relationship between alcohol consumption and treatment adherence at the level of .05 ( $r_s = -.311$ ). However, no significant relationships were found between knowledge about HIV/TB treatment ( $r = .189$ ), Internalized stigma ( $r = -.199$ ) and treatment adherence.

**Conclusion:** the finding result could be serve as guidelines to develop nursing program to promote Treatment adherence in people with TB/HIV co-infection.

**Keywords:** Treatment adherence/ People with TB/HIV co-infection/ Medication adherence



## บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก พ.ศ. 2566 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 39 ล้านราย<sup>1</sup> โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคเสียชีวิต จำนวน 250,000 ราย<sup>2</sup> ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 30 ประเทศที่มีปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคในระดับรุนแรง<sup>2</sup> ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมจำนวน 560,000 ราย และในปี 2566 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 78,955 ราย โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค 5,467 ราย<sup>3</sup>

การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคสามารถรับประเภทยาทั้งสองโรคพร้อมกันได้ การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี ผู้ป่วยรับประเภทยาวันละ 1 มื้อ โดยเฉลี่ย มื้อละ 1-2 เม็ด สำหรับการรักษาด้วยยารักษาวัณโรคแนวที่ 1 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน ดังนั้นพฤติกรรม的自我ดูแลเองให้รับประเภทยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรคให้ถูกต้องทั้งชนิด จำนวน ขนาด อย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรักษาวัณโรคหาย และป้องกันการดื้อยา<sup>4,6</sup>

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับประเภทยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา การมาพบแพทย์ตามนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่เกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ<sup>5</sup> สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค จำเป็นต้องรับประเภทยาและปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิต ไปโรงพยาบาลบ่อยขึ้น เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านเอชไอวีมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากปฏิกิริยาระหว่างยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค<sup>6</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาความร่วมมือในการรักษาวัณโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคในประเทศโปรตุเกสพบร้อยละ 67.1<sup>7</sup> การประเมินความร่วมมือในการรักษา

จากการมาตรวจตรงตามวันนัดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า มาตรวจตรงตามวันนัดเพียงร้อยละ 21.56<sup>7</sup> นอกจากนั้นยังพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคใดโรคหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม Isaakidis et al. (2013) ศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ในเมืองมูมบา ประเทศอินเดีย พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวสำคัญและส่งเสริมทางบวกต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ดื้อยาในประเทศอินเดีย<sup>8</sup> การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การศึกษาของ Mekonnen & Azagew (2018) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาวัณโรค (aOR 4.60, 95% CI 1.63-12.97)<sup>10</sup> ความรู้เกี่ยวกับการรักษา การศึกษาของ Martiana et al. (2019) พบว่าความรู้ในเรื่องของยาต้านเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประเภทยาต้านเอชไอวี (OR = 2.82, p = .010)<sup>11</sup> และการติดยาในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประเภทยาต้านเอชไอวีในชายรักชาย (p = .043)<sup>11</sup>

จากสถานการณ์ประเทศไทยที่ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคยังคงอยู่ในระดับรุนแรง เป็นประเทศที่มีภาระการป่วยวัณโรคสูง (High Burden Country)<sup>2</sup> ในขณะที่การศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทยมีน้อยมาก และการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักเป็นการศึกษาในทวีปแอฟริกาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสำหรับประเทศในทวีปเอเชีย ระบบสุขภาพ วัฒนธรรม และการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคในสังคมอาจแตกต่างจากประเทศในทวีปแอฟริกา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงประโยชน์ในการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคในบริบทของประเทศไทย เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีสัมพันธ์ภาพใกล้ชิดผู้ป่วย ส่งผลให้ลดความรุนแรงในการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค และลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคได้



## กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากแนวคิด 5 มิติของความร่วมมือในการรักษา (The five dimensions of adherence) ของ World Health Organization (2003, p.3)<sup>6</sup> ประกอบด้วย 1) มิติทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม 2) มิติทางด้านอาการความเจ็บป่วย ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) มิติทางด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค และการติดยาภายในตนเอง โดยมีมิติด้านระบบสุขภาพ และมิติด้านการรักษา ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากในมิติด้านระบบสุขภาพและการรักษาจะต้องครอบคลุมปัจจัยที่ซับซ้อน เช่น โครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์ นโยบายระดับชาติ และการเข้าถึงบริการ ซึ่งอยู่นอกเหนือขอบเขตการศึกษาในครั้งนี้ กรอบแนวคิดในการศึกษาแสดงในแผนภาพที่ 1 ดังนี้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค และการติดยาภายในตนเอง

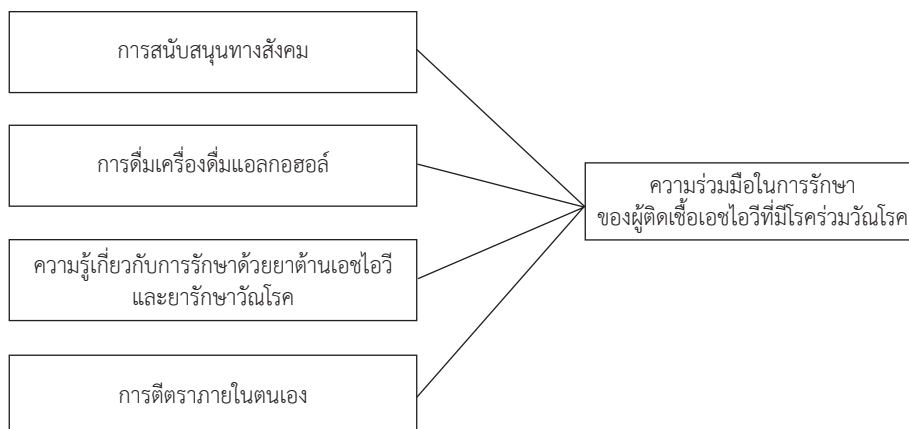
## สมมติฐานการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

2. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการติดยาภายในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study design) รวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม และข้อมูลจาก



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



เวชระเบียนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปี ถึง 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care hospital) ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและพร้อมด้วยเทคโนโลยีในการรักษาผู้ป่วยในระดับที่ซับซ้อน การเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมินี้ เป็นเพราะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประเภทนี้มักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567- พฤษภาคม 2567 (รวม 5 เดือน)

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย** คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ที่กำลังรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และยารักษาวัณโรคพร้อมกัน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและเป็นวัณโรค มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี (เนื่องจากหากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความจำเป็นจะต้องประเมินด้วยแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination: MMSE) เพิ่ม จึงจำกัดการศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่เพียงเท่านั้น) ทั้งเพศชายและเพศหญิง อยู่ระหว่างการรักษาด้านเอชไอวี และยารักษาวัณโรคพร้อมกัน มาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน จากคลินิกทางด้านเอชไอวีและคลินิกโรคปอด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณ

ด้วยโปรแกรม G\* Power 3.1.9.2 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร โดยกำหนดขนาดอิทธิพล .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .80 ผลการคำนวณเท่ากับ 84 ราย โดยทั้งนี้ไม่ได้เพิ่มจำนวนการสุ่มหาเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างหายาก จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดจำนวน 84 ราย

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ เนื่องจากสูตรในการรับประทานยาแตกต่างกันจากผู้ป่วยทั่วไป
- 2) สามารถพูดคุยนสื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ
- 4) อยู่ระหว่างการรักษาด้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรคพร้อมกัน และได้รับการรักษาดังกล่าวมาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคขณะตอบแบบสอบถาม เช่น โง่มาก หอบเหนื่อย หรือมีอาการไม่สบายของร่างกาย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา รวบรวมจากการตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยรวบรวมจากเวชระเบียน
- 2) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา ประยุกต์มาจากแบบประเมินความร่วมมือในการ



รักษาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง Treatment Adherence Questionnaires for Patients with Hypertension: TAQPH<sup>12</sup> มีจำนวน 28 ข้อคำถาม ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตัดข้อคำถามที่มีความเจาะจงในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง และข้อคำถามซึ่งมีความซ้ำซ้อนในแบบ ประเมินอื่น ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ออกไป ได้จำนวน ข้อคำถามที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 17 ข้อ คะแนนสูงหมายถึง ผู้ประเมินมีระดับความร่วมมือในการ รักษาสูง ผู้วิจัยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยผู้แปลด้านสุขภาพจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งนี้การตัดข้อคำถามและการแปลเครื่องมือผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือ แล้ว หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

3) การประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้ The ENRICH Social Support Questionnaire: ESSI ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบ Rating scale 5 ระดับ (1-5 คะแนน) โดยคะแนนระดับสูง แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง โดยแบบ ประเมินนี้แปลเป็นฉบับภาษาไทยแล้ว โดย พวงผกา กรีทอง (2550)<sup>13</sup> ผลการตรวจสอบความเที่ยง มีค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .93

4) การประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ The Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT พัฒนาโดย Saunders et al. (1993) และแปล เป็นภาษาไทยโดย ปิรทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์<sup>14</sup> มีจำนวน 10 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัด แบบ Rating scale 5 ระดับ (0-4 คะแนน) โดยผลการ ตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

5) การประเมินความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วย ยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค ใช้แบบประเมินที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองใหม่ ประยุกต์มาจากการศึกษาที่ผ่าน มาในประเทศไทย<sup>15</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมใน ต่างประเทศ แบ่งเป็น ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการรักษา

จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ ด้วยตนเองเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามมี 2 คำตอบ คือ ใช่/ ไม่ใช่ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน แบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ ความรู้ของ Bloom (1956) ได้แก่ ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-70) และ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

6) แบบประเมินการตีตราภายในตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีฉบับภาษาไทย The Thai Internalized HIV-related Stigma Scale brief: Thai-IHSS brief พัฒนาโดย Uthis et al. (2023)<sup>16</sup> มีจำนวน 8 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบ Rating scale 4 ระดับ 1-4 คะแนน โดยคะแนนระดับสูง แสดงถึงผู้ประเมินมีการตีตราภายใน ตนเองในระดับสูง ผลการตรวจสอบความเที่ยง มีค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .97

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่ม สหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ โครงการวิจัย COA No. 220/66 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2566 คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่โครงการวิจัย Nq089-66 วันที่รับรอง 26 ธันวาคม 2566 คณะกรรมการวิจัยและ จริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เลขที่ โครงการวิจัย 67-2-004-0 วันที่รับรอง 19 ธันวาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่โครงการวิจัย U003hh/67 วันที่ รับรอง 17 เมษายน 2567 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกราย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับการ การวิจัยครั้งนี้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจาก





การวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับบริการทางสุขภาพ และข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ณ โรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษา 1 แห่ง เพื่อทดสอบความเข้าใจภาษา

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกยาดานเอชไอวีและคลินิกโรคปอด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นสถานศึกษาทั้ง 3 แห่ง ตั้งแต่เดือน มกราคม 2567 ถึง พฤษภาคม 2567 ในเวลาราชการ วันจันทร์-พฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 8.00-15.00 น. ในขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์หรือหลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว

3. ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกยาดานเอชไอวีและคลินิกโรคปอด เชิญชวนผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ในวันที่มีนัดพบแพทย์ ในช่วงระหว่างรอเข้าพบแพทย์เพื่อเข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าพบผู้ป่วยได้ เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ป่วย หากยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเปิดเผยตัวตนกับผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงขอเข้าพบเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัย เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจยินยอมแล้ว จึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

4. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และมอบค่าเสียเวลาจำนวน 100 บาท ให้เพื่อเป็นการขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อดำเนินการรวบรวมข้อมูลครบ 84 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เชิงสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ระยะเวลาการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรค โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ข้อมูล การสนับสนุนทางสังคม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาดานเอชไอวีและยารักษาวัณโรค การตีตราภายในตนเอง และความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค วิเคราะห์เป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาดานเอชไอวีและยารักษาวัณโรค การตีตราภายในตนเอง กับ ตัวแปรความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรค ได้ใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยก่อนการวิเคราะห์ ได้ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลและพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

4) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับตัวแปรความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ได้ใช้สถิติสหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ

5) ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนี้ ค่า  $r/r_s = .10-.29$  : มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ/ ค่า  $r/r_s = .3-.49$  : มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง/ ค่า  $r/r_s$  ตั้งแต่ .05 ขึ้นไป : มีความสัมพันธ์ระดับสูง



## ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 70.20 เพศหญิง ร้อยละ 29.80 มีอายุในช่วง 40-49 ปี ( $\bar{X} = 42.42$ ,  $SD = 10.99$ ) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.30 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 48.80 โดยมาก ร้อยละ 32.10 มีรายได้ต่อเดือน ไม่พอใช้จ่าย การประกอบอาชีพ โดยมากทำงานมีเงินเดือน ร้อยละ 29.80 ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 66.70 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค และได้รับการรักษามาแล้วเป็นระยะเวลา ไม่ถึง 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.50

2. กลุ่มตัวอย่างมีระดับความร่วมมือในการรักษาโดยรวมในระดับสูง ( $\bar{X} = 56.23$ ,  $SD = 6.81$ ) โดยเมื่อพิจารณาเมื่อแยกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ ความร่วมมือในการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยามีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 30.56$ ,  $SD = 2.78$ ) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 25.67$ ,  $SD = 5.16$ )

3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ( $r = .218$ ) และ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = -.311$ )

4. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี และยารักษาวัณโรค ( $r = .189$ ) และ การติดยาภายในตนเอง ( $r = -.199$ ) ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรักษาโดยรวมในระดับสูง ( $\bar{X} = 56.23$ ,  $SD = 6.81$ ) โดยองค์ประกอบในส่วน of ความร่วมมือในการรับประทานยา มีคะแนน

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค การติดยาภายในตนเอง และความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค โดยแยกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความร่วมมือในการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ( $n = 84$ )

| ตัวแปร                                                    | ความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค |         |                        |         |                    |         |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------|------------------------|---------|--------------------|---------|
|                                                           | ความร่วมมือในการรับประทานยา                                  |         | การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม |         | ภาพรวม             |         |
|                                                           | $r/r_s$                                                      | p-value | $r/r_s$                | p-value | $r/r_s$            | p-value |
| การสนับสนุนทางสังคม                                       | .117 <sup>a</sup>                                            | >.05    | .224 <sup>a</sup>      | <.05    | .218 <sup>a</sup>  | .046    |
| ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค | .223 <sup>a</sup>                                            | <.05    | .123 <sup>a</sup>      | >.05    | .189 <sup>a</sup>  | .085    |
| การติดยาภายในตนเอง                                        | -.115 <sup>a</sup>                                           | >.05    | -.20 <sup>a</sup>      | >.05    | -.119 <sup>a</sup> | .070    |
| การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์                               | -.312 <sup>b</sup>                                           | <.01    | -.285 <sup>b</sup>     | <.01    | -.311 <sup>b</sup> | .004    |

<sup>a</sup> Pearson's correlation coefficient. <sup>b</sup> Spearman's rank correlation coefficient. Significant level at .05





เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 30.56$ ,  $SD = 2.78$ ) สามารถอธิบายได้ว่า สำหรับความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคส่วนใหญ่ต้องการหายขาดจากการเป็นวัณโรคโดยเร็ว จึงมักรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และได้รับความช่วยเหลือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด หรือการติดตามมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามการรักษาและรับยาต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำแผนกยาต้านเอชไอวีหรือแผนกวัณโรคที่รับการรักษาอยู่ประจำ เช่น ในโรงพยาบาลที่เป็นสถานศึกษา 1 แห่ง มีการจดเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ และโทรศัพท์ติดตามก่อนวันนัด 1 วัน อีกทั้งยังมีการนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมีมารับประทานเพียงพอเสมอ อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนเมื่อรับประทานไปสักระยะหนึ่ง ไม่เกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านเอชไอวีหรือยารักษาวัณโรค จึงไม่มีผลที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาไป และในส่วนองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 25.67$ ,  $SD = 5.16$ ) โดยในการศึกษาครั้งนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ประกอบไปด้วย การบริโภคสิ่งที่มีสารกระตุ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลายรายไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มกาแฟ ทำให้มีคะแนนในส่วนดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ที่สูง การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายที่มีคะแนนประเมินอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง อธิบายได้ว่า ในส่วนของการควบคุมน้ำหนัก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคส่วนใหญ่ ในระยะแรกที่ได้รับการรักษามักจะมีอาการเบื่ออาหารและมีอาการน้ำหนักลด ทำให้ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมอาหารหรือควบคุมน้ำหนัก สำหรับในด้านของการออกกำลังกาย มีกลุ่มตัวอย่างหลายรายที่แม้จะป่วยเป็นวัณโรค แต่ไม่สามารถหยุดการทำงานได้เพราะจะทำให้สูญเสียรายได้ หรือบางรายค่อนข้างอ่อนเพลียจากอาการป่วยวัณโรคและจากผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรค จึงไม่สามารถออกกำลังกายได้ การจัดการความเครียด พบว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างบาง

รายที่อยู่ในระยะ 1-3 เดือนแรกที่ได้รับยารักษาวัณโรค อาจมีอาการอ่อนเพลียในระยะแรกของการได้รับยารักษาวัณโรค จึงจำเป็นต้องมีการพักผ่อนที่เพียงพอ บางรายหยุดงานเพื่อมาพักรักษาตัวที่บ้าน ดังนั้นจึงอาจมีผลทำให้คะแนนในส่วนดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ที่สูง ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า โดยภาพรวมจากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค มีระดับความร่วมมือในการรักษาที่ดีโดยเฉพาะในด้านของการรับประทานยาตามแผนการรักษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาวัณโรค การติดตามภายในตนเอง และความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค ( $r = .218$ ,  $p < .05$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ( $r = .224$ ,  $p < .05$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรคหลายราย มีอาการอ่อนเพลียจากยารักษาวัณโรคร่วมกับยาต้านเอชไอวีและยังไม่สามารถปรับตัวกับผลข้างเคียงจากยาดังกล่าวได้ อีกทั้งจำเป็นต้องมีการหยุดงานเพื่อพักรักษาตัวจากการป่วยเป็นวัณโรค ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การดูแลเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา การช่วยดูแลควบคุมอาหาร การพาไปตรวจรักษาตามนัด หรือการช่วยงานบ้านในชีวิตประจำวัน จะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค มีความร่วมมือในการรักษาที่ดีได้

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมวัณโรค โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ใน



ระดับปานกลาง ( $r_s = -.311, p < .05$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับทั้ง 2 องค์ประกอบของความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรค คือ ความร่วมมือในการรับประทานยา ( $r_s = -.312, p < .01$ ) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ( $r_s = -.285, p < .01$ ) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคส่วนใหญ่ มีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยงต่ำ (0-7 คะแนน) ถึงร้อยละ 90.5 โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เพราะต้องการหายขาดจากการป่วยเป็นโรคโดยเร็ว มีบางรายที่ปกติดื่มสุราเป็นประจำ แต่ดื่มน้อยลงแต่เริ่มรักษาโรค หรือบางรายโดยปกติไม่เป็นผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว โดยมีเพียงร้อยละ 9.5 ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยง (8-15 คะแนน) ซึ่งทั้งนี้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถส่งผลกระทบต่อการรักษาได้ เนื่องจากทำให้ขาดวินัยในการรับประทานยาจากอาการเมาสุรา สอดคล้องกับการศึกษาโดย Rynhoud & Kagee (2024)<sup>17</sup> ในผู้ป่วยโรคจากประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า ผู้ป่วยโรคมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตรายถึงร้อยละ 44 ซึ่งมีผลให้ขาดรับประทานยารักษาโรคตามแผนการรักษา ( $OR = 2.06, 95\%, CI 1.02-5.08$ )

ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาโรคกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .189$ ) ซึ่งไม่ไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แต่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยา ( $r = .223, p < .05$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 อยู่ในเกณฑ์ที่มีความรู้ดังกล่าวระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 15.74 คะแนน ( $SD = 2.68$ ) อยู่ในเกณฑ์ที่มีความรู้

ดังกล่าวระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ซึ่งจากการสอบถาม เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องจะให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเป็นอย่างดีจนกว่าผู้ป่วยจะเกิดความเข้าใจ และในบางรายจะมีการไปหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและอาการดังกล่าวด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากประเทศมาเลเซีย โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61.82 มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาเอชไอวีในระดับดี แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ดังกล่าวกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเอชไอวีตามแผนการรักษา ( $r = 0.007, p = 0.959$ )<sup>18</sup>

การตีตราภายในตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.119$ ) ซึ่งไม่ไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของการตีตราภายในตนเอง อยู่ที่ 15.32 คะแนน ( $SD = 6.61$ ) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และจากการสอบถามเพิ่มเติมและสังเกตโดยผู้วิจัย พบว่า สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคบางราย แม้จะมีระดับคะแนนการตีตราภายในตนเองในระดับสูง แต่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาจนถึงกับทำให้ขาดการมารับบริการทางสุขภาพเพื่อรับการรักษาด้านเอชไอวีหรือยารักษาโรค ในทางหนึ่งกลับทำให้ตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมโรคมีความเคร่งครัดในการรับประทานยารักษาโรคและยาด้านเอชไอวีมากขึ้น เพราะต้องการหายขาดจากโรค ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อฉวยโอกาส เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงและไม่แสดงอาการว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งบางรายเลือกวิธีการไปรับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาโรคจากสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้จากละแวกที่พักอาศัยแทนเพื่อหลีกเลี่ยงการพบเจอผู้ที่พักอาศัยในพื้นที่เดียวกัน



สอดคล้องกับการศึกษาโดย Appalarouthu, Siriville & Othuri (2023)<sup>19</sup> ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อภายในตนเองกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรคในประเทศอินเดีย ( $p = 0.059$ ) ต่างจากการศึกษาของ Kipp et al. (2011) พบว่าการติดเชื้อภายในตนเอง ส่งผลให้เกิดการขาดการรับประทานยารักษาโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค ( $aRR = 1.39$ , 95% CI 1.13-1.72)<sup>20</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แนะนำวางแผนการพยาบาลสำหรับการสร้างความรู้ความเข้าใจสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค ในเรื่องของลักษณะอาการ การปฏิบัติตน หรือการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากผลข้างเคียงของยาต้านเอชไอวีหรือยารักษาโรค โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตเป็นอย่างมาก ซึ่งถ้าหากได้รับความรู้ความเข้าใจและการสร้างความตระหนักรู้เพียงพอกจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้

2. สนับสนุนให้ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา หรือการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมขณะพักรักษาตัวในสถานที่พักอาศัย เพื่อส่งเสริมการหายขาด คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ป้องกันการกลับมาเป็นโรคซ้ำ และป้องกันการแพร่กระจายโรคสู่ผู้อื่น

### ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรคจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดกรุงเทพมหานครเท่านั้น ผลการวิจัยจึงอาจยังไม่มี ความเหมาะสมในการอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรครายอื่น ๆ ที่เข้ารับบริการจากสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิเป็นหลัก

2. กลุ่มตัวอย่างหาได้ค่อนข้างยาก หากต้องการจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น อาจต้องเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยที่เพิ่มขึ้น

### บทสรุป

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค หรือองค์ประกอบอันใดอันหนึ่งของความร่วมมือในการรักษา คือ ความร่วมมือในการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีและยารักษาโรค และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนปัจจัยที่นำมาศึกษาแต่ไม่พบความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค ได้แก่ การรักษาโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการติดเชื้อภายในตนเอง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินความร่วมมือในการรักษาจากข้อมูลปรนัย (Objective data) เพิ่มเติม เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การนับเม็ดยา หรือการนับวันที่มาตรวจตรงตามนัด เพื่อให้ได้น่าความเชื่อถือของผลการประเมินความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค เพิ่มเติม หรือทำการศึกษาในต่างภูมิภาค ที่มีความแตกต่างในด้านคุณลักษณะของประชากร หรือการเข้าถึงการรับบริการทางสาธารณสุข เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่มากขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมด้วยโรค

3. อาจเพิ่มการศึกษาลงลึกไปในกลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ในเรื่องของสิทธิการรักษาที่ได้รับ และการบริการรักษาที่อาจมีแนวทางในการให้บริการควบคู่กันระหว่างคลินิกยาต้านเอชไอวีและคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้รับบริการมีความสะดวกในการรับบริการ และมีการรักษาที่ไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น



## กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัย สำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ อาสาสมัครผู้ยินดีสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัย

ทุกท่าน อีกทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้กล่าวถึง ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ประโยชน์อันใดที่เกิดจากงานวิจัยชิ้นนี้ ขอมอบให้ผู้ติดตามเชื้อเอชไอวี ที่มีโรคร่วมวัณโรคทุกท่าน

## References

1. UNAIDS. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023 [Internet]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023 [Internet]. (2023). Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>
3. Division of Tuberculosis (TH). Report of Tuberculosis surveillance in 2023. Bangkok; 2023. (In Thai)
4. Division of Tuberculosis. Guideline of Tuberculosis control in Thailand 2021. Graphic & Design publisher; 2021. (In Thai)
5. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. World Health Organization; 2003. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
6. Department of disease control. Guideline of examination treatment and protection from HIV Thailand 2021/2022. Graphic & Design publisher; 2022. (In Thai)
7. Rocha M, Pereira S, Ferreira L, Barros H. The role of adherence in tuberculosis HIV-positive patients treated in ambulatory regimen. European Respiratory Journal 2003; 21: 785-88.
8. Nhandara RBC, Ayele BT, Sigwadhi LN, Ozougwu LU, Nyasulu PS. Determinants of adherence to clinic appointments among tuberculosis and HIV co-infected individuals attending care at Helen Joseph Hospital, Johannesburg, South Africa. The Pan African Medical Journal. 2020; 37.
9. Isaakidis P, Rangan S, Pradhan A, Ladomirskaja J, Reid T, & Kielmann K. 'I cry every day': experiences of patients co-infected with HIV and multidrug-resistant tuberculosis. Tropical Medicine & International Health 2013; 18: 1128-33.
10. Mekonnen HS, Azage AW. Non-adherence to anti-tuberculosis treatment, reasons and associated factors among TB



- patients attending at Gondar town health centers, Northwest Ethiopia. BMC Research Notes 2018; 11.
11. Martiana I, Waluyo A, Yona S. Assessing the relationship between knowledge of antiretroviral therapy and stigma regarding adherence to ART among men who have sex with men. Enfermeria Clinica 2019; 29: 321-325.
  12. Ma C, Chen S, You L, Luo Z, Xing C. Development and psychometric evaluation of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. Journal of Advanced Nursing. 2012; 68:1402-13.
  13. Krethong P. A casual model of health-related quality of life in thai heart failure patients [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (In Thai)
  14. World Health Organization. AUDIT: the alcohol use disorders identification test guideline for primary care 2nd edition. Thantawan paper inc.; 2001. (In Thai)
  15. Jittimanee SX, Nateniyom S, Kittikraisak W, Burapat C, Akksilp S, et al. Social Stigma and Knowledge of Tuberculosis and HIV among Patients with Both Diseases in Thailand. PLOS ONE. 2009; 4.
  16. Uthis P, Suktrakul S, Wiwatwongwana R, Tangmunkongvorakul A, Sripan P, Srithanaviboonchai K. The Thai Internalized HIV-related Stigma Scale. Frontiers in psychology 2023; 14.
  17. Rynhoud L, Kagee A. Prevalence of alcohol and drug use and their impact on adherence among hospitalised TB patients in South Africa. Journal of health psychology 2024.
  18. Yunita EP, Wardani RNK, Sidharta B. Correlation between knowledge level, side effect severity, family support, and antiretroviral therapy adherence in HIV/AIDS patients in Greater Malang, East Java, Indonesia. Pharmacia 2023; 70: 1213-22.
  19. Appalarouthu N, Sirivella A, Othuri SVS. Impact of Stigma and Level of Education on Adherence to Treatment with Both TB and HIV/AIDS in Tertiary Care Teaching Hospital, Andhra Pradesh: A Retrospective Observational Study. European Journal of Medical and Health Sciences 2023; 5: 74-8.
  20. Kipp AM, Pungrassami P, Stewart PW, Chongsuvivatwong V, Strauss RP, Van RA. Study of tuberculosis and AIDS stigma as barriers to tuberculosis treatment adherence using validated stigma scales. The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease 2011; 15: 1540-51.