

ปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพและปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ ในพื้นที่ตัวอย่างจังหวัดอำนาจเจริญ

หงนิตย์ ธีระวัฒนสุข¹, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา¹, สมเจตน์ เพียรคุ้ม²

บทคัดย่อ

ปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพและปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ ในพื้นที่ตัวอย่างจังหวัดอำนาจเจริญ

หงนิตย์ ธีระวัฒนสุข¹, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา¹, สมเจตน์ เพียรคุ้ม²

ว. เกษตรศาสตร์อีสาน 2555; 8(3) : 10-23

Received : 22 July 2011

Accepted : 31 October 2012

บทนำ: เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพและปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (anti-retroviral agents; ARV) ของผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDS) จังหวัดอำนาจเจริญ **วัตถุประสงค์และวิธีการ:** รูปแบบการศึกษาคือ เชิงสำรวจแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 198 ราย ด้วยวิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ใช้สถิติเชิงอนุมานโดยการวิเคราะห์จำแนกประเภท และการทดสอบค่าที (t-test) **ผลการศึกษา:** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.0 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 36.4 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มาแล้วเป็นเวลา 3 – 5 ปี รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในสูตร Stavudine + Lamivudine + Nvirapine (d4T + 3TC + NVP) ปัจจุบันมีระดับ CD4 เฉลี่ยเท่ากับ 387 เซลล์/มล. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการกินยาต้านไวรัสอย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอ ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพ พบว่าสถานภาพสมรสและการเปิดเผยตัว มีผลต่อการกินยาต้านไวรัส เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านแรงสนับสนุน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทุกด้านในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านความรู้พื้นฐาน ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และด้านการยอมรับจากสังคม มีความสัมพันธ์กับการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) **สรุปผล:** พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพด้านสถานภาพสมรสและการเปิดเผยตัวมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมรวมทุกด้าน เช่น ด้านอารมณ์ ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านทรัพยากร และการยอมรับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: ความพร้อมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์, ยาต้านไวรัสเอดส์, แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 434190

² องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ 37000

* ติดต่อผู้พิมพ์: โทร. 045-353630, โทรสาร. 045-353626, e-mail: kkjc5476@yahoo.com

Abstract

The relationship between demographic and health factors, social support factors and antiretroviral adherence in HIV/AIDS patients, Um-Najaroen Province, Thailand

Nongnit Teerawatanasuk¹, Anun Chaikoolvatana^{1*}, Somjet Pealkum²
IJPS, 2012; 8(3) : 10-23

Introduction: This study evaluated the health factors, social support factors and antiretroviral medication adherence in HIV/AIDS patients, Um-Najaroen Province, Thailand. **Materials and Methods:** In this cross-sectional questionnaire survey study, 198 HIV/AIDS patients were recruited via simple random sampling. The questionnaire survey was analysed using descriptive analysis, one-way Analysis of Variance, Pearson's product moment correlation coefficient, discriminant analysis, and t-test. **Results:** The results showed that most subjects were male (54%) with average age of 36.4 years, and were HIV positive and undergone anti-retroviral agent (ARV) therapy for approximately 3-5 years. The ARV formula was d4T + 3TC + NVP with average CD4 level of 66 cells/ml at the beginning of therapy and 387cells/ml at the time of study. Most volunteers complied with their ARV medications. Interestingly, regarding demographic and health factors, only marital status and self revealability were statistically related to ARV adherence. For social support factors, overall most volunteers had a moderate level in the individual factors, especially for basic knowledge, essential information, and social affirmation which were statistically related to antiretroviral adherence ($p < 0.05$). **Conclusion:** Demographic and health factors, were statistically related to ARV adherence. Similarly, all social support factors including emotional as well as information support, instrumental aids, and affirmation were positively statistically related to antiretroviral adherence ($p < 0.05$).

Keywords: antiretroviral (ARV) medications, ARV adherence, social support

¹ Department of Pharmaceutical Science, Ubon Ratchathani University, Thailand 34190,

² Provincial Administration Organization, Um-Najaroen, Thailand 37000

* Corresponding author: Tel. 045-353630, Fax. 045-353626, e-mail: kkjc5476@yahoo.com

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2527 มีการพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทย ซึ่งต่อมามีการแพร่ระบาดของโรคไปยังกลุ่มชายรักร่วมเพศ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด กลุ่มหญิงบริการทางเพศ รวมทั้งหญิงทั่วไป และทารกที่ติดเชื้อจากมารดา (Bureau of Epidemiology, Thailand, 2001) อย่างไรก็ตาม ในช่วง 10-15 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยก็ได้รับการยอมรับจากนานาชาติในความสำเร็จด้านการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ จนสามารถลดอัตราการติดเชื้อจากร้อยละ 25 - 30 เหลือต่ำกว่าร้อยละ 10 (Bureau of Epidemiology, Thailand, 2002) การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ในประเทศไทย เริ่มต้นจากโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียว

(Mono therapy) และ 2 ชนิด (Dual therapy) ต่อมาใน พ.ศ. 2543 ได้เริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (Ministry of Public Health, Thailand, 2003) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์มีโอกาสได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้น ในปัจจุบันนิยมรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดที่มีประสิทธิภาพสูงที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและสม่ำเสมอ เพื่อให้จำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายอยู่ในปริมาณที่ต่ำที่สุด และทำให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันดีขึ้น ส่งผลให้ลดการต้อขยายของเชื้อเอชไอวี ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างน้อย

ร้อยละ 95 ของปริมาณยาที่ต้องรับประทาน จะทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีจะลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ (Paterson *et al.*, 2002; Kitajima *et al.*, 2005) และช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันในร่างกาย (Department of Health and Human Services, 2004) ในทางตรงข้ามผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้น้อยกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณยาที่ต้องรับประทาน จะทำให้ไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดลงได้ (Mannheimer *et al.*, 2002) ซึ่งการรับประทานยาไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง (non-adherence) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอ็ดส์ล้มเหลว (Maher *et al.*, 1999; Vanhove *et al.*, 1996) นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการดื้อยาได้ง่าย เสียค่าใช้จ่าย และอาจเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้เช่นกัน ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง (Little *et al.*, 2002)

จังหวัดอำนาจเจริญได้เข้าร่วมโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระดับชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยเอ็ดส์ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์สะสมถึงวันที่ 31 มกราคม 2550 จำนวน 458 ราย แยกเป็นผู้ใหญ่ 431 ราย และเด็ก 27 ราย ผู้ป่วยผู้ใหญ่คงเหลือรับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ จำนวน 368 ราย ออกจากโครงการดังกล่าว 63 ราย (ร้อยละ 17.12) สาเหตุเนื่องจากไม่มาตามนัด 21 ราย (ร้อยละ 33.33) เสียชีวิต (เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ 34 ราย สาเหตุอื่น 4 ราย) รวม 38 ราย (ร้อยละ 60.32) ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นหรือโครงการอื่น รวม 4 ราย (ร้อยละ 6.35) (Department of AIDS/Sexual Transmitted Disease Control, 2007a; Department of AIDS/Sexual Transmitted Disease Control, 2007b) ซึ่งในการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเอ็ดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์จะครอบคลุมถึง อาการและอาการแสดงทางคลินิก ระดับภูมิคุ้มกัน (การตรวจนับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4) ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด (viral load) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส อาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอ็ดส์ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (adherence) จากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยาที่ผ่านมา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด (Lieberman, 1972) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Pender, 1987) มีอารมณ์มั่นคงเกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเองและสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ (Barrera and Ainley, 1983) การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำของบุคลากรที่ดูแลด้านสุขภาพ (Langlee, 1977; Kahn, 1979; Kaplan *et al.*, 1977)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีการประเมินปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในเขตพื้นที่ศึกษา คือ จังหวัดอำนาจเจริญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มเติมในส่วนของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ป่วยเอชไอวี/เอ็ดส์ด้วย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเอ็ดส์ด้วยยาต้านไวรัสให้ดีขึ้น ตลอดจนส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ให้มีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

2. กลุ่มตัวอย่าง

จากการสำรวจพบจำนวนประชากรผู้ป่วยเอ็ดส์จากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดอำนาจเจริญทั้งสิ้น 368 ราย ดังนั้นการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จึงใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie and Morgan (1970) ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 NPQ}{e^2 (N-1) + \chi^2 PQ}$$

เมื่อ n = ขนาดของตัวอย่าง

χ^2 = ค่าไค-สแควร์ ที่ degree of freedom เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

$$(\chi^2 = 3.841)$$

N = ขนาดของประชากร

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (0.5)

Q = $1 - P$

e = เปอร์เซนต์ของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ($e = 0.05$)

$$n = \frac{3.841 \times 368 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2(368 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5} = 188.16 \text{ คน}$$

เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์ และเพื่อความเหมาะสม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 เป็นจำนวน 198 ราย จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง

ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยคิดสัดส่วนจากจำนวนประชากรผู้ป่วยที่รับบริการในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยคิดสัดส่วนจากจำนวนประชากรผู้ป่วยที่รับบริการในแต่ละโรงพยาบาล

| ลำดับโรงพยาบาล | จำนวนผู้ป่วยคงเหลือรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ราย) | ร้อยละ | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
|----------------|--|------------|--------------------|
| 1 | 130 | 35.35 | 70 |
| 2 | 26 | 7.07 | 14 |
| 3 | 31 | 8.59 | 17 |
| 4 | 24 | 6.56 | 13 |
| 5 | 41 | 11.11 | 22 |
| 6 | 84 | 22.73 | 45 |
| 7 | 32 | 8.59 | 17 |
| รวม | 368 | 100 | 198 |

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย
วันที่ 15 สิงหาคม 2552 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2552

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
แบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการเป็นอยู่ การศึกษา อาชีพ รายได้ (10 ข้อ)

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา เป็นคำถามแบบเลือกตอบหรือให้ข้อมูล เช่น ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาในการรักษา สูตรยาที่ได้รับ ระดับภูมิคุ้มกัน (CD₄) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (10 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์มาจากแบบประเมินของ Pender (Pender, 1996) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดใช้มาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ (มากที่สุด → น้อยที่สุด) ซึ่งวัดแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ

3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้
ระดับมาก (29-35) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับปานกลาง (22-28) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับน้อย (14-21) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก (21-32) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับปานกลาง (14-20) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับน้อย (10-13) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.3 การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้
ระดับมาก (31-42) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับปานกลาง (19-30) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับน้อย (10-18) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.4 การยอมรับ (Affirmation) 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้
ระดับมาก (25-36) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับปานกลาง (15-24) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับน้อย (10-14) = ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลด้านพฤติกรรมในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (5 ข้อ) ซึ่งมีลักษณะคำถามดังนี้

4.1 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยหยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ โดยแพทย์ไม่ได้สั่ง หรือไม่

4.2 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ก่อนเวลา หรือหลังเวลาที่กำหนดในแต่ละครั้ง มากกว่า 30 นาที หรือไม่

4.3 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยลืมรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ หรือไม่

4.4 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ครบจำนวนตามที่แพทย์สั่งทุกครั้ง หรือไม่

4.5 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ครบชนิดตามที่แพทย์สั่งทุกครั้งหรือไม่ ค่าคะแนนความครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ แบ่งเป็น 2 ระดับ (Wanthana, 2004) ดังนี้

ระดับดี = 5

ระดับไม่ดี < 5

ส่วนที่ 5 การตรวจสอบการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ป่วย ได้จากการนับเม็ดยา เพื่อนำมาคำนวณหาความสม่ำเสมอ (adherence) ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์เป็นค่าร้อยละ โดยคำนวณจากสูตร

$$\frac{(\text{จำนวนเม็ดยาของเหลือยกมา} + \text{จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ}) - \text{จำนวนเม็ดยาของเหลือ} \times 100}{\text{จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน} \times \text{จำนวนวันที่ติดตามการใช้ยา}}$$

โดยแบ่ง ระดับค่าร้อยละสุทธิของความครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็น 2 ระดับ (Paterson *et al.*, 2002; Mannheimer *et al.*, 2002) ดังนี้

ระดับดี มีค่าร้อยละสุทธิ > 95 → adherence

ระดับไม่ดี มีค่าร้อยละสุทธิ < 95 → non-adherence

เครื่องมือแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่น (reliability test) โดยใช้สถิติ อัลฟา ครอนบราคเจลิย (Alpha Cronbrach Reliability) เท่ากับ 0.77

5. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. ขอความร่วมมือจากพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาและให้บริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของโรงพยาบาล แต่ละแห่งเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีเก็บข้อมูล

3. ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยขออนุญาตและได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย (consent form) เป็นลายลักษณ์อักษร

4. ทำการวิเคราะห์ทางสถิติ ได้แก่

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

4.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistic) ได้แก่

4.2.1 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance: ANOVA) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

4.2.2 วิเคราะห์ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ โดยใช้การจำแนกประเภท (Discriminant analysis)

4.2.3 วิเคราะห์ความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD₄ ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างครบถ้วนต่อเนื่องกับกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง โดยการวิเคราะห์ค่าที (independent t-test) และความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน CD₄ ที่วัดได้ระหว่างก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าโครงการและหลังจากผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระหว่าง 2 กลุ่ม (การวัดค่า CD₄ จะทำทุก 3 เดือน) ด้วยสถิติ

paired t-test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม
การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วน ต่อเนื่องและ
สม่ำเสมอ กับการเพิ่มของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD₄) ด้วย
สถิติ One sample statistic คือ Discriminant analysis

ผลการศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.0)

มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 64.2, \bar{X} =36.4 ± 5.87)
สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 45.5) ส่วนใหญ่จบการศึกษา
ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.3) อาชีพเกษตรกร
(ร้อยละ 54.0) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 2,645.96
± 85.50 บาท (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 198)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 107 | 54.0 |
| หญิง | 90 | 46.0 |
| อายุ (ปี) | | |
| 21 - 30 | 28 | 14.1 |
| 31 - 40 | 127 | 64.2 |
| 41 - 50 | 40 | 2.2 |
| 51 - 60 | 3 | 1.5 |
| ค่าเฉลี่ย = 36.4 ± 5.87 | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 50 | 25.3 |
| คู่ | 90 | 45.5 |
| หม้าย | 50 | 25.3 |
| หย่า / แยก | 8 | 4.0 |
| ลักษณะการอยู่ร่วม | | |
| อยู่คนเดียว | 14 | 5.5 |
| อยู่กับบิดามารดา | 90 | 35.3 |
| อยู่กับคู่สมรส | 85 | 33.3 |
| อยู่กับบุตรหลาน / ญาติ | 66 | 25.9 |

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 198) (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------|-------|--------|
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียน | 3 | 1.5 |
| ประถมศึกษา | 159 | 80.3 |
| มัธยมศึกษา | 28 | 14.2 |
| อนุปริญญา / เทียบเท่า | 8 | 4.0 |
| อาชีพ | | |
| เกษตรกร (ทำไร่ ทำนา) | 113 | 57.0 |
| รับจ้างทั่วไป | 63 | 32.0 |
| ค้าขาย | 7 | 3.5 |
| รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ | 4 | 2.0 |
| รับจ้างบริษัทห้างร้าน / เอกชน | 9 | 4.5 |
| ไม่มี | 2 | 1.0 |
| ช่วงเวลาที่ประกอบอาชีพ | | |
| กลางวัน มีเวลาแน่นอน | 41 | 20.7 |
| กลางวัน เวลาไม่แน่นอน | 142 | 71.7 |
| กลางคืน มีเวลาแน่นอน | 2 | 1.0 |
| กลางคืน เวลาไม่แน่นอน | 15 | 6.6 |
| รายได้ครอบครัว (บาท) ต่อเดือน | | |
| 0 - 1,000 | 53 | 26.8 |
| 1,001 - 3,000 | 94 | 47.7 |
| 3,500 - 5,000 | 34 | 17.3 |
| 6,000 - 10,000 | 16 | 8.2 |
| ค่าเฉลี่ย = 2,645.96 ± 85.50 | | |
| แหล่งที่มาของรายได้ | | |
| ตัวเอง | 161 | 68.5 |
| คู่สมรส | 48 | 20.4 |
| บุตร / หลาน | 11 | 4.7 |
| บิดา มารดา | 15 | 6.4 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | |
| มีพอใช้ / เหลือเก็บ | 6 | 3.0 |
| มีพอใช้ / ไม่เหลือเก็บ | 103 | 52.0 |
| ไม่พอใช้จ่าย / ไม่มีหนี้สิน | 41 | 21.0 |
| ไม่พอใช้จ่าย + มีภาระหนี้สิน | 48 | 24.0 |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตรวจพบเชื้อเอชไอวีมาแล้ว 3-5 ปี (ร้อยละ 42.4) มีอาการชัดเจน (active symptoms) (ร้อยละ 55.1) และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์มาแล้ว 3-5 ปี (ร้อยละ 64.2) ส่วนใหญ่รับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในสูตร d4T + 3TC + NVP (ร้อยละ 75.3) และไม่มีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 91.4) ปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เฉลี่ย 387 เซลล์/มล. ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องการติดเชื้อเอ็ดส์เฉพาะคนในครอบครัว (ร้อยละ 63.1) และส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาอื่นร่วมในระหว่างการรักษากาเวตติเอ็ดส์ (ร้อยละ 81.9)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 85.9 \pm 14.7$) ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 71-100 จาก 128 คะแนน (ร้อยละ 65.7) เมื่อพิจารณาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเอ็ดส์ โดยแยกเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 24.78 \pm 3.8$) (ร้อยละ 58.6) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 17 \pm 4.33$) (ร้อยละ 60.1) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือด้านทรัพยากร อยู่ในระดับ ปานกลาง เช่นกัน ($\bar{X} = 24.54 \pm 6.43$) (คิดเป็นร้อยละ 81.3)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านของปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีทัศนคติในบางประเด็น เช่น ไม่รู้สึกว่าคุณค่าทางสังคม ($\bar{X} = 1.3 \pm 0.61$) ไม่ค่อยได้รับการเอาใจใส่จากแพทย์

พยาบาลที่ทำการรักษา ($\bar{X} = 3.06 \pm 1.13$) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังเห็นว่าตนเองไม่ได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างเพียงพอจากบุคลากรที่มสุขภาพ ($\bar{X} = 1.34 \pm 0.59$) และยังไม่ทราบถึงปัญหาต่างๆที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ไม่สม่ำเสมอ เช่น การดื้อยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การรักษาล้มเหลว ($\bar{X} = 1.44 \pm 0.67$)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมออยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.96 \pm 0.26$) (ร้อยละ 98.5)

ส่วนที่ 5 การตรวจสอบการกินยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ป่วย

จากการตรวจสอบการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ป่วยด้วยการนับเม็ดยาคงเหลือ พบว่าร้อยละ 80.3 ($\bar{X} = 93.12 \pm 15.38$) ของกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมออยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบ

6.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD4) ก่อนรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์และหลังรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างครบถ้วนต่อเนื่อง สม่ำเสมอ (adherence) กับกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ไม่ครบถ้วนไม่สม่ำเสมอ (non-adherence) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่า CD4 ก่อน - หลังรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง adherence กับ non-adherence

| กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยา ARV | จำนวน | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่าที่ (t-test) | p < 0.05 |
|---------------------------------|-------|-------------------------|----------------------|-----------------|----------|
| ก่อนรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ | | | | | |
| Adherence group | 159 | 68.86 | 65.42 | 3.121 | 0.079 |
| Non-adherence group | 39 | 54.46 | 54.41 | | |
| หลังรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ | | | | | |
| Adherence group | 159 | 393.09 | 262.15 | 0.301 | 0.584 |
| Non-adherence group | 39 | 362.15 | 215.69 | | |

Note: วิเคราะห์โดยใช้ independent t - test

6.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD₄) ในกลุ่มตัวอย่าง adherence และกลุ่มตัวอย่าง non-adherence ระหว่างก่อนและหลังจาก

รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD4) ก่อนและหลังรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่า CD₄ ในกลุ่มเดียวกันของทั้ง adherence และ non-adherence ก่อน -หลังรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

| จำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD4) | จำนวน | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่าที (t-test) | p <0.05 |
|-----------------------------|-------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| Adherence group | | | | | |
| ก่อนรับประทานยา | 159 | 68.86 | 65.42 | 16.359 | 0.001* |
| หลังรับประทานยา | 159 | 393.09 | 262.25 | | |
| Non-adherence group | | | | | |
| ก่อนรับประทานยา | 39 | 54.46 | 54.41 | 9.469 | 0.001* |
| หลังรับประทานยา | 39 | 362.15 | 215.69 | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

6.3 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง adherence และกลุ่ม non-adherence กับจำนวน

ภูมิคุ้มกัน (CD₄) หลังจากรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV) อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง สม่่าเสมอ กับจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน (CD₄)

| ความสัมพันธ์ระหว่าง | จำนวน (198) | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่าที (t-test) | p <0.05 |
|------------------------------------|-------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| CD ₄ หลังรับประทานยาARV | 198 | 387.00 | 253.46 | 21.48 | 0.001* |
| พฤติกรรมมารับประทานยาARV | 198 | 2.98a | 0.122 | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

^a เป็นค่าคะแนนจากแบบสอบถามส่วนที่ 4

6.4 การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษาด้วยความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์

พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (p>.05) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา¹ กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (n=198)

| ปัจจัยส่วนบุคคล/ ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา ¹ | \bar{X} | SD | f | p <0.05 |
|---|-----------|-------|-------|---------|
| สถานภาพสมรส | 3.82 | 3.732 | 0.012 | 0.012* |
| ระดับการศึกษา | 0.192 | 0.178 | 0.950 | 0.950 |
| อาชีพ | 1.270 | 1.202 | 0.307 | 0.307 |
| การเปิดเผยตัว | 3.199 | 3.094 | 0.028 | 0.028* |

| ปัจจัยส่วนบุคคล/ ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา ² | r | p <0.05 |
|---|-------|---------|
| อายุ | 0.075 | 0.292 |
| รายได้ | 0.052 | 0.470 |
| ระยะเวลาที่เจ็บป่วย | 0.026 | 0.719 |
| ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส | 0.022 | 0.753 |

¹ วิเคราะห์โดยใช้ One-way ANOVA

² วิเคราะห์โดยใช้ Pearson's product moment correlation coefficient

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <.05

6.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอชไอวี

พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงสถิติกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอชไอวี (p= 0.016) โดยเฉพาะปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร และด้านการยอมรับ (ตารางที่ 7) จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายข้อ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเอชไอวีส่วนใหญ่มีความรู้สึก ไม่ค่อยเห็นด้วย ว่าได้ตัดสินใจถูกต้องแล้วที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (\bar{X} = 1.27±0.61) และค่อนข้างไม่เห็นด้วย ว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม (\bar{X} = 1.3±0.61) และ ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ว่าแพทย์ พยาบาลให้ความสำคัญกับตนเองและเอาใจใส่ ห่วงใยผู้ป่วยเอชไอวี (\bar{X} = 1.72±0.76) แต่

ผู้ป่วยเอชไอวีส่วนใหญ่มีความรู้สึก เห็นด้วย ว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดีเหมือนคนปกติทั่วไป (\bar{X} = 4.31±0.83) และเห็นด้วย ว่าค่อนข้างมีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นต่อแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์ พยาบาลผู้ดูแล (= 3.06±1.13) แต่รู้สึกท้อแท้ใจต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีครั้งนี้ (= 2.94±1.13)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสารของผู้ป่วยเอชไอวีรายข้อ พบว่าผู้ป่วยเอชไอวีหลายคนยังมีทัศนคติในบางประเด็น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ว่าตนเองได้รับความรู้ ข้อมูล ข่าวสารที่ครบถ้วนถูกต้อง เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอชไอวีจากบุคลากรที่มสุขภาพ (\bar{X} = 1.34±0.59) และไม่ได้รับความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้อง ตลอดจนผลเสียจากการขาดยาหรือไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ (\bar{X} = 1.32±0.60)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ

| ปัจจัย | r | df1 | df2 | p < 0.05 |
|----------------------------|-------|-----|---------|----------|
| แรงสนับสนุนทางสังคม | 5.998 | 1 | 107.977 | 0.016* |
| ด้านอารมณ์ | 1.092 | 1 | 107.977 | 0.298 |
| ด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร | 4.136 | 1 | 107.977 | 0.044* |
| การช่วยเหลือด้านทรัพยากร | 1.298 | 1 | 107.977 | 0.257 |
| ด้านการยอมรับ | 4.470 | 1 | 107.977 | 0.037* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

Note: วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Discriminant analysis

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพ ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างกันทางด้านลักษณะพื้นฐานประชากรของผู้ป่วยเอดส์ ไม่มีผลทำให้การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในอดีต (Ammassari *et al.*, 2001) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีการรับประทานยาครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Golin *et al.*, 2002; Gifford *et al.*, 2000; Darder *et al.*, 2004)

นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ (ตารางที่ 6) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ยังเป็นช่วงระยะเวลานั้นๆ ไม่เริ่มประทาน 3-5 ปีแรก ดังนั้นความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ยังอยู่ในระดับ ต่ำ อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องมีการศึกษาในระยะยาวต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไปตลอดชีวิต โอกาสที่ผู้ป่วยจะขาดความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ จึงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้นการเฝ้าระวังและประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาโรคดังกล่าว

สถานภาพสมรสและการเปิดเผยตัวของผู้ป่วย เป็นเพียง 2 ปัจจัยส่วนบุคคลและสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างครบถ้วนต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคู่สมรสเป็นแรงผลักดันทางจิตใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อสามารถใช้ชีวิตคู่ร่วมกันต่อไป (Tipanya, 2004) ส่งผลทำให้การรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่วนการเปิดเผยตัวของผู้ป่วยเอดส์ มีผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเองที่ทำให้รู้สึกสบายใจ ไม่ต้องเก็บความลับเรื่องเจ็บป่วยจากบุคคลรอบข้าง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยหันมาดูแลตนเองมากขึ้นด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างเปิดเผย สามารถพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาได้เต็มที่ สามารถบอกเล่าอาการโรค อาการข้างเคียงของยา และปัญหาต่างๆที่มีผลกระทบต่อการรักษา ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ปัจจัยดังกล่าวจึงช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Tipanya, 2004)

เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาโรคเอช-ไอ-วี/เอดส์ โดยพิจารณาจากค่า CD4 พบว่า หากเปรียบเทียบค่า CD4 ก่อน-หลังรับประทานยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่ม adherence กับกลุ่ม non-adherence (ตารางที่ 3) พบว่าค่า CD₄ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) อธิบายได้ว่าผลการศึกษาที่ได้ อาจมีความคลาดเคลื่อนในด้านความถูกต้องของข้อมูล เนื่องจากในการศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ ไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อ

การศึกษา เช่น จำนวนผู้ป่วย non-adherence ค่อนข้างน้อย (39 คน) เมื่อเทียบกับกลุ่ม adherence ทำให้การกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ (normal distribution) ส่งผลต่อค่าการคำนวณ นอกจากนั้น ระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสที่อาจแตกต่างกัน รวมทั้งระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาที่ค่อนข้างสั้น ซึ่งส่งผลโดยตรงกับจำนวนครั้งในการตรวจวัดค่า CD₄ ของผู้ป่วย ทำให้ผลการศึกษาที่ได้ อาจยังไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของประชากรกลุ่มตัวอย่างได้อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการเปรียบเทียบค่า CD₄ ในแต่ละกลุ่ม (ตารางที่ 4) พบว่าค่า CD₄ ก่อน-หลังรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งในกลุ่ม adherence ค่า CD₄ ก่อน - หลังรับประทานยามีสัดส่วนเพิ่มมากกว่ากลุ่ม non-adherence แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส ส่งผลทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งดูจากระบบภูมิคุ้มกันที่ ดีขึ้น (CD₄ เพิ่มขึ้น) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีต (Inthisak, 2008) ที่พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาโรค เอช-ไอ-วี/เอดส์ รวมทั้งปัญหาการดื้อยาด้านไวรัส

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ (ตารางที่ 7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ดีขึ้น

จากข้อมูลในส่นที่ 6 ข้อ 6.5 ที่แสดงว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ ถึงแม้ปัจจัยด้านอารมณ์และสังคมจะไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยดังกล่าวมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม (Social emotional aids) หมายถึงการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ การเห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Thoits and Peggy, 1982) การได้รับความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขา

รู้สึกได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก (House, 1985) ซึ่งในการศึกษครั้งนี้ อาจไม่ได้ประเมินถึงเรื่องความรักหรือการเห็นคุณค่าการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อย่างไรก็ตาม ทีมบุคลากรทางสาธารณสุขที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ควรศึกษาหาแนวทางในการปรับกลวิธีเทคนิคในการดูแลรักษาเพื่อกระตุ้นจิตใจให้ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึกหรือคิดเห็นว่าเขาเหล่านั้นได้รับการยกย่อง เห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ อย่างจริงใจ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์ มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งผลต่อการรับประทานยาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับความรู้ ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และวินัยในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง จะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพดีมากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ในการทำนายความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Mathews *et al.*, 2002; Roberts, 2000; Wagner *et al.*, 2002) ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคง เกิดความมั่นใจ และมีการปรับตัวได้ดี นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะส่งเสริมบุคคลในการเผชิญหน้ากับความเครียด โดยกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้นจากการได้รับข้อมูลต่าง ๆ จะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น และช่วยให้บุคคลเรียนรู้วิธีเผชิญความเครียดแบบใหม่ ๆ พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยเหตุผล แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับยังทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้มีผลโดยตรงต่อการปรับตัวของบุคคล (Lieberman, 1972)

ถึงแม้ว่าปัจจัยด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยเอดส์ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ยังไม่เข้าใจและขาดการเอาใจใส่ในเรื่องของการให้ความรู้ ข้อมูล ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านไวรัสและผลเสีย

ที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยขาดยาหรือไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (หัวข้อ 6.5) ดังนั้นบุคลากรที่มีสุขภาพจึงมีบทบาทที่สำคัญในการหาแนวทางที่เหมาะสมในการสื่อสารระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์กับบุคลากรการแพทย์เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ความสำคัญในการรักษาผลดีของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งการสร้างความรู้ความตระหนักเป็นเรื่องยากแต่มีความสำคัญ กลไกการสร้างความรู้ความตระหนักของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ในการให้ความร่วมมือรับประทานยาต้านไวรัส เช่น การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ภายใต้การสนับสนุนจากทางโรงพยาบาล ซึ่งชมรมดังกล่าวจะเป็นที่ที่ผู้ป่วยพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ให้กำลังใจ และช่วยกันแก้ไขปัญหาของแต่ละคน โดยมีบุคลากรการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรเป็นผู้ดูแล ในปัจจุบันชมรมดังกล่าวมีการจัดตั้งในหลายพื้นที่และผลการดำเนินงานสำเร็จในระดับหนึ่ง วิธีดังกล่าวจะช่วยสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยในเรื่องการดูแลรักษาโรคเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่นได้ด้วย นอกจากนี้ การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นอีกวิธีที่อาจช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาโรค การสร้างแรงจูงใจให้มีชีวิตต่อไป การเอาใจใส่จากบุคลากรการแพทย์ที่ออกเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรที่ทำการรักษา อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา ภาระงานหลัก และค่าใช้จ่ายในการออกเยี่ยมบ้าน ซึ่งหน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ และให้การสนับสนุนโดยมีการประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด รวมทั้งระยะเวลาในการศึกษาวิจัยค่อนข้างสั้น จำเป็นต้องขยายระยะเวลาเพื่อให้สามารถติดตามผลในระยะยาวของประสิทธิภาพการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

2. ควรขยายการศึกษาวิจัยไปยังสถานพยาบาลอื่นๆในเขตพื้นที่อื่น โดยทำการศึกษารูปแบบ multi-centers เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและมีความหลากหลายทางกายภาพของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือมากขึ้น

3. นอกจากนี้ ควรศึกษาเพิ่มในประเด็นอื่น ๆ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลรักษา กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคการดูแลตนเอง เป็นต้น

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ตัวอย่างจังหวัดอำนาจเจริญ โดยเฉพาะด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และด้านการยอมรับ ดังนั้นการให้ข้อมูล ข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรค ตลอดจนการดูแลตนเอง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงความเข้าใจเอาใจใส่ในตัวผู้ป่วยจากบุคลากรการแพทย์ จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในการอนุเคราะห์ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

References

- Ammassari A, Murri R, Pezzotti P, et al. Self-reported symptoms and medication side effects influence adherence to highly active antiretroviral therapy in persons with HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 25: 445-9.
- Barrera M Jr, Ainley SL. The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *J Community Psychol* 1983; 11: 133-43.
- Bureau of Epidemiology, Thailand. An annual report of risk behavior of HIV/AIDS surveillance, Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, 2001.
- Bureau of Epidemiology, Thailand. An annual report of risk behavior of HIV/AIDS surveillance, Thailand from September 1984 to 31th January 2002. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2002.

- Darder M, Michaels D, Boulle A, et al. Determinants of short and long-term adherence to antiretroviral treatment in resource-poor settings. The 15th International AIDS Conference; 11th -16th July 2004; Bangkok. *Int Conf AIDS 2004*; 11-16; 15
- Department of AIDS/Sexual Transmitted Disease Control. A monthly report of the national access of ARV medications in February 2007. Am-nartcharoen: Division of Public Health, Am-nartcharoen, 2007a.
- Department of AIDS/Sexual Transmitted Disease Control. A monthly report of the national access of ARV medications in January 2007. Am-nartcharoen: Division of Public Health, Am-nartcharoen, 2007b.
- Department of Health and Human Services (DHHS) (2004). A textbook of guidelines for use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. [cited 2004 Mar 23] ; Available from: URL: <http://AIDSinfo.nih.gov/>
- Gifford AL, Bormann JE, Shively MJ, et al.. Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000; 23: 386-95.
- Golin CE, Liu H, Hays RD, et al. A prospective study of Predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 812-3.
- House JS. Measure and concept of social support. In: Cohen S, Shyme SL, editors. *Social support and health*. Orlando: Academic Press; 1985: 83-108.
- Kahn RL. Aging social support. In Riley MW, editor. *Aging from birth to death: Interdisciplinary Perspectives*. Boulder. CO: Westview Press 1979: 77-91.
- Inthisak K. Adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected adults. *IJPS* 2008; 4: 34-41.
- Kaplan BH, Cassel JC, Gore S. Social support and health. *Med Care* 1977; 15: 47-58.
- Kitajima T, Kobayashi Y, Chaipah W, et al. Access to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients in Khon Kaen province, Thailand. *AIDS Care* 2005; 17: 359 – 66.
- Krejcie RV, Morgan, DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30: 607-10.
- Langlee JK. Social Networks, Health Beliefs, and Preventive Health Behavior. *J Health Soc Behav* 1977; 18: 244-60.
- Lieberman MA. The effect of social support on responses to stress. In: Golberger L, Brezmitz S, editors. *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press, MacMilland Publishing Company; 1972: 68-87
- Little SJ, Holte S, Routy JP. Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV. *N Engl J Med* 2002; 347: 385-94.
- Maher K, Klimas N, Fletcher MA. Disease progression, adherence, and response to protease inhibitor therapy for HIV infection in an urban Veterans Affairs Medical Center. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999; 22: 358-63.
- Mannheimer S, Friedland G, Matts J, et al. The Consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for Human Immunodeficiency Virus-infected persons in clinical trials. *Clin Infect Dis* 2002; 34: 1115-21.
- Mathews WC, Mar-Tang M, Ballard C, et al. Prevalence, predictors, and outcomes of early adherence after starting or changing antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care STDs* 2002; 16: 157-72.
- Ministry of Public Health, Thailand. A practical guideline: the development of the service and follow-up system of HIV/AIDS receiving ARV medications 2003. Bangkok: Express transportation organization of Thailand, 2003.

- Paterson DL, Swindells S, Mohr J, *et al.* Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV Infection. *Ann Int Med* 2002; 133: 21-30.
- Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 2nded. California: Appleton and Lange; 1987.
- Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rded. Baltimore: Appleton and Lange. 1996.
- Roberts KJ. Barriers to and facilitators of HIV-positive patients' adherence to antiretroviral treatment regimens. *AIDS Patient Care STDs* 2000; 14: 155-68.
- Thoits P, Peggy A. Conceptual, methodological, and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Sol Behav* 1982; 23: 145-59.
- Tipanya T. The relationship between knowledge, perception regarding antiretroviral agents and adherence in Chiangmai province. [Thesis for The degree of Master of Public Health] Chiangmai: Graduate school Chiangmai University, 2004.
- Vanhove GF, Schapiro JM, Winters MA. Patient compliance and drug failure in protease inhibitor monotherapy. *JAMA* 1996; 276: 1955-6.
- Wagner GJ, Remien RH, Carballo-Diequez A, *et al.* Correlates of adherence to combination antiretroviral therapy among member of HIV-positive mixed status couples. *AIDS Care* 2002; 14: 105-9.
- Wanthana Maneesriwongul. The analysis of knowledge of ARV medication adherence regarding the promotion of ARV medication adherence in HIV/AIDS patients. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand., Limited; 2004.