

ความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร

ศรัญญา เอื้ออารียกุล¹, กรแก้ว จันทภาษา²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

²สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง **วิธีการ:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในตัวอย่างที่เลือกมาแบบตามสะดวกจำนวน 280 คน ความร่วมมือในการใช้ยาประเมินด้วยการนับเม็ดยา ความเข้าใจด้านยาประเมินด้วยแบบสอบถามความเข้าใจด้านยาฉบับภาษาไทย (Thai Medication Understanding Questionnaire) **ผลการวิจัย:** ตัวอย่างส่วนมากมีความเข้าใจด้านยาอยู่ในระดับดี (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน) ความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 97.75) การศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยา ($P<0.05$) การศึกษายังพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเข้าใจด้านยา คือ อาชีพ ระยะเวลาในการกินยา การเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว และปริมาณไวรัส ($P<0.05$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับสิทธิการรักษา ($P<0.05$) **สรุป:** การศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจด้านยากับความร่วมมือในการใช้ยา และสามารถบอกถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยา ผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาเพื่อลดปริมาณไวรัสได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

คำสำคัญ: ความเข้าใจด้านยา ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

รับต้นฉบับ: 2 ก.ย. 2564, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 9 ต.ค. 2564, รับลงตีพิมพ์: 14 ต.ค. 2564

ผู้ประสานงานบทความ: กรแก้ว จันทภาษา สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 **E-mail:** korcha@kku.ac.th

Understanding towards Medications and Medication Adherence among HIV-Infection /AIDs Patients: Case study in a Hospital in Sakon Nakhon

Saranya Ua-areekun¹, Kornkaew Chanthapasa²

¹Pharmacy Department, Wanon Niwat Hospital, Sakon Nakhon

²Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

Abstract

Objective: To examine understanding on medications and medication adherence among HIV/AIDS patients, and to study the relationship between these two variables. **Method:** This research was a cross-sectional study in 280 subjects selected by convenience sampling. Medication adherence was measured by pill counting. The Thai Medication Understanding Questionnaire was used to assess understanding on medications. **Results:** Most of the participants had good understanding on medication (having the score equal or greater than 5) and medication adherence was at a good level (97.75% of adherence). The medication understanding and medication adherence were positively and significantly correlated ($P < 0.05$). The study also revealed the relationship between drug understanding and personal factors including occupations, duration of drugs taking, experiences of side effects from antiviral drugs, CD4 cell level, and viral load ($P < 0.05$). Moreover, the study also found the relation between medication adherence and health benefit schemes ($P < 0.05$). **Conclusions:** The study revealed a correlation between medication understanding and medication adherence and factors associated with medication understanding and medication adherence. The results of the study could be used to develop a patient care model to help them realize the importance of medication taking to suppress the virus load, which is an important target of antiretroviral therapy.

Keywords: medication understanding, medication adherence, HIV/AIDS patients

บทนำ

โรคเอดส์และการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกปัญหาหนึ่ง เนื่องจากเอดส์เป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงและแพร่กระจายได้เร็ว ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/เอดส์ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย องค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี พ.ศ.2560 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 36.9 ล้านคน (1) ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกปี ดังนั้นโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) จึงกำหนดเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ในปี พ.ศ. 2573 (2) โดยมีแผนยุทธศาสตร์ คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงทราบถึงการติดเชื้อของตน ผู้ที่มีผลเลือดบวกได้รับการรักษา และผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถลดปริมาณไวรัสลงให้น้อยกว่า 1,000 copies/mL (3) การที่จะบรรลุเป้าหมายได้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านเอชไอวีเพื่อให้กดปริมาณเชื้อไวรัสให้น้อยที่สุดและลดโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อต่อ

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้นจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี คือผู้ป่วยต้องมีวินัยและมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส สามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้ถูกต้องครบทุกเม็ดและตรงเวลาไปตลอดชีวิต ซึ่งส่งผลให้สามารถกดปริมาณเชื้อไวรัส ลดโอกาสเกิดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และบรรลุเป้าหมายการรักษา (4) การวิจัยพบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนั้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการได้รับยามากไปหรือน้อยไปได้ (5) การที่ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะส่งผลต่อความสามารถในการลดปริมาณไวรัสและการเพิ่มระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว ผลลัพธ์นี้มีส่วนให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพดีขึ้น

ปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วย คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นต้น และปัจจัยด้านการรักษา เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยา การรับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากยา เป็นต้น (5,6)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเอดส์โรงพยาบาลวานรนิวาสจำนวน 470 ราย พบแนวโน้มของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไวรัสไม่ได้ คือ มีปริมาณไวรัส > 1000

copies เพิ่มขึ้นในทุกปี คือ ในปี พ.ศ. 2560 – 2562 มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไวรัสไม่ได้ จำนวน 5 ราย 8 ราย และ 10 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสมากขึ้น นอกจากนี้ การดื้อยายังส่งผลให้งบประมาณด้านยาเพิ่มขึ้น เพราะ ต้องเริ่มต้นรักษาผู้ติดเชื้อชนิดที่ดื้อยาด้วยสูตรยาใหม่ที่มีราคาแพงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมจึงสูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิต

เป้าหมายหลักในการรักษาโรคนี้ คือ การลดปริมาณไวรัสในร่างกายจนไม่สามารถตรวจพบเชื้อในกระแสเลือด หรือต่ำกว่า 50 copies/mL เพิ่มระดับภูมิคุ้มกันหรือเม็ดเลือดขาว CD4 ของร่างกาย (7) และไม่ให้เชื้อไวรัสเอชไอวี เกิดการดื้อยา ความสำเร็จของการรักษามีปัจจัยเกี่ยวเนื่องหลายประการ โดยเฉพาะความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 95 ของจำนวนมียาตามแพทย์สั่ง (5,6) ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยา ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง รวมถึงศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อตัวแปรทั้งสอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบตัดขวางในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2563 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2564 ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นในวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เลขที่รับรอง HE632238

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด 470 รายของคลินิกใจเป็นสุข (คลินิกโรคเอดส์) ณ โรงพยาบาลวานรนิวาส เกณฑ์การคัดเข้าในการวิจัยมี ดังนี้ 1. เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีทั้งเพศชายและหญิงที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปที่คลินิกใจเป็นสุข 2. มีอายุ 18- 65 ปี และรับประทานยาด้วยตนเอง 3. อยู่ในระบบโปรแกรมการรักษาของโรงพยาบาล และ 4. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความเต็มใจ การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาร์โร ยามาเน่ (8) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 280 ราย การเลือกตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบตามสะดวก

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือในงานวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามที่มี 3 ส่วน คือ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูลสองแบบ คือ การสัมภาษณ์ผู้ป่วย 6 ข้อ และการเก็บข้อมูลสุขภาพจากสมุดประจำตัวของผู้ป่วย 9 ข้อ 2. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีนับเม็ดยาที่เหลือ โดยให้ผู้ปวยนำยาที่เหลืออยู่มาด้วยเพื่อบันทึกเม็ดยาที่เหลืออยู่ แล้วคำนวณหาร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยา และ 3. แบบสอบถามความเข้าใจด้านยาฉบับภาษาไทย (Thai Medication Understanding Questionnaire) โดยขออนุญาตใช้ต้นฉบับแบบสอบถามจาก Sunil Kripalani (9) แบบวัดได้รับการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วขออนุญาตเพิ่มข้อคำถามจากต้นฉบับ แบบวัดนี้ประเมินความเข้าใจด้านยาใน 6 ประเด็น คือ 1. ชื่อยาด้านไวรัสที่รับประทาน 2. ข้อบ่งใช้ของยา 3. จำนวนเม็ดของยาด้านไวรัสที่รับประทานต่อครั้ง 4. ความถี่ของการรับประทานยา 5. ผลข้างเคียงของยา และ 6. วิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา

แบบวัดทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รวม 3 ท่าน โดยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อคำถาม ความเหมาะสมทางด้านภาษา และความครอบคลุมระหว่างคำถามกับตัวแปรที่ต้องการวัดในงานวิจัย

วิธีเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปจากผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์และจากจากสมุดประจำตัวของผู้ป่วย การสอบถามความเข้าใจด้านยาใช้การสัมภาษณ์ผ่านฉากรับรองในหอให้คำปรึกษา โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์อาสาสมัครใช้เวลาประมาณคนละ 10-15 นาที ขณะเก็บข้อมูลอาสาสมัครสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ และเมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณรวมทั้งเปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้ซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลยาหรือข้อมูลสุขภาพที่ต้องการทราบ และให้ข้อเสนอเพิ่มเติมอื่น ๆ เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยในคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 28 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น การศึกษาใช้

สถิติ Chi square ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความร่วมมือในการใช้ยากับความเข้าใจด้านยา การศึกษากำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

ผลการวิจัย

ลักษณะของตัวอย่าง

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากตัวอย่าง จำนวน 280 คน เป็นชายร้อยละ 52.50 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 31-45 ปี (ร้อยละ 41.70) โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 38 ± 10 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.30) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 51.07) ส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60) ร้อยละ 63.93 ใช้สิทธิ์การรักษาผู้มีรายได้น้อยซึ่งเป็นสิทธิ์การรักษาสำหรับผู้ที่ได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ร้อยละ 63.93) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 91.43) และไม่มีโรคประจำตัวอื่น (ร้อยละ 89.64) ผู้ป่วยร้อยละ 48.93 รับประทาน 1 ชนิด อีกร้อยละ 51.07 รับประทานมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่กินยามามากกว่า 1 ปี (ร้อยละ 92.14) ผู้ป่วยร้อยละ 97.14 ไม่เคยแพ้ยา มีเพียงร้อยละ 11.40 ที่เคยได้รับผลข้างเคียงจากยาด้านไวรัส

ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของของระดับ CD4 อยู่ที่ 569.06 ± 252.53 cells/mm³ ซึ่งเป็นระดับ CD4 ที่แสดงถึงระดับภูมิคุ้มกันที่ใกล้เคียงกับระดับของผู้ที่ไม่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ตัวอย่างเพียงร้อยละ 6.40 ที่มีระดับ CD4 ≤ 200 cells/mm³ ตัวอย่างร้อยละ 91.07 ตรวจไม่พบเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (not detected) ดังแสดงในตารางที่ 2

ความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยา

ตัวอย่างร้อยละ 76.43 มีความเข้าใจด้านยาในระดับดี (คะแนน ≥ 5) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.57 มีความเข้าใจด้านยาในระดับพอใช้ (คะแนน < 5) ตัวอย่างร้อยละ 97.50 มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดี (ทานยา $\square$ ร้อยละ 97.75 ของยาที่ได้รับ) ตัวอย่างเพียงร้อยละ 2.50 เท่านั้นที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับพอใช้ (ทานยา $\square$ ร้อยละ 97.75 ของยาที่ได้รับ) รายละเอียดตามตารางที่ 3 สำหรับการตอบคำถามในแบบสอบถามความเข้าใจด้านยาแต่ละข้อ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถบอกชื่อยา ข้อบ่งใช้ ความถี่ในการรับประทาน ผลข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 97.50, 100, 97.86, 75.71 และ 90.0 ตามลำดับ แต่สามารถ

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	147	52.50
หญิง	133	47.50
อายุ พิสัย: 19-64 ปี		
ค่าเฉลี่ย±SD: 38.04±10.21 ปี		
15-30 ปี	89	31.79
31-45 ปี	117	41.79
45 ปีขึ้นไป	74	26.43
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	222	79.30
มัธยมศึกษาขึ้นไป	58	20.70
อาชีพ		
เกษตรกร	143	51.07
รับจ้างทั่วไป	122	43.57
ค้าขาย/รับราชการ	15	5.36
รายได้/เดือน		
≤ 5000 บาท	168	60
> 5000 บาท	112	40
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ ประกันสังคม/จ่ายตรง	101	36.07
ผู้มีรายได้น้อย	179	63.93

บอกขนาดยาที่ได้รับประทานได้เพียงร้อยละ 39.29 ร้อยละเฉลี่ยดังแสดงในตารางที่ 4

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเข้าใจด้านยา

เมื่อแบ่งระดับความเข้าใจด้านยาเป็น 2 ระดับ คือ ดีมาก (คะแนน ≥ 5 คะแนน) และระดับพอใช้ (คะแนน < 5) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อาชีพ ระยะเวลาในการกินยา และการเกิดผลข้างเคียงจากยาด้านไวรัส (ตารางที่ 5)

ผลการรักษา คือ ระดับ CD4 และระดับไวรัสในร่างกาย มีความสัมพันธ์กับระดับความเข้าใจด้านยาของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 2. ข้อมูลด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยติดเชื้อฉวยโอกาส		
ไม่เคย	256	91.43
เคย	24	8.56
โรคประจำตัวอื่น		
ไม่มี	251	89.64
มี	29	10.36
จำนวนยาที่ได้รับ		
1 ชนิด	137	48.93
มากกว่า 1 ชนิด	143	51.07
ระยะเวลาในการกินยา		
น้อยกว่า 1 ปี	22	7.86
มากกว่า 1 ปี	258	92.14
การแพ้ยา		
ไม่เคย	272	97.14
เคย	8	2.86
ผลข้างเคียงจากยาอื่น		
ไม่เคยเกิด	252	90
เคยเกิด	28	10
ผลข้างเคียงจากยาด้านไวรัส		
ไม่มี	248	88.57
มี	32	11.43
ระดับ CD4		
CD4 ≤ 200 cells/mm ³	18	6.43
CD4 > 200 cells/mm ³	262	93.57
ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด		
ไม่สามารถตรวจพบ	255	91.07
สามารถตรวจพบ	25	8.93

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

เมื่อแบ่งระดับความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับดี (ทานยา ≥ ร้อยละ 97.75 ของยาที่ได้รับ) และระดับพอใช้ (ทานยา < ร้อยละ 97.75 ของยาที่ได้รับ) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา มีเพียงปัจจัยเดียว คือ สิทธิการรักษาที่ (ตารางที่ 6) ส่วนผลการรักษา คือ ระดับ CD4 และระดับไวรัสในร่างกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 3. ระดับของความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยา

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความร่วมมือในการใช้ยา		
ค่าเฉลี่ย±SD: 97.75±1.29		
พิสัย: 92.86-100		
< ร้อยละ 97.75	114	40.71
≥ ร้อยละ 97.75	166	59.29
ความเข้าใจด้านยา		
ค่าเฉลี่ย±SD: 5.00±0.80		
พิสัย: 3-6 (คะแนนเต็ม 6)		
< 5 คะแนน	66	23.57
≥ 5 คะแนน	214	76.43

ความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยา

ความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P = 0.041$ โดยผู้ที่มีความเข้าใจด้านยาที่ดีกว่า มีสัดส่วนของผู้ที่ร่วมมือในการใช้ยาดี อยู่ในระดับที่สูงกว่า ดังแสดงในตาราง 7

การอภิปรายและสรุปผล

การวิจัยครั้งนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจด้านยา คือ อาชีพ ระยะเวลาในการรับประทานยา การเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ระดับ CD4 และระดับไวรัสในร่างกาย สำหรับปัจจัยด้านอาชีพ ($P=0.029$) ตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งถือเป็นอาชีพอิสระที่สามารถจัดการเวลาของตนเองได้ และผู้ป่วยกลุ่มนี้มักสนใจเมื่อมีการให้ความรู้หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาหรือวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ที่ติดเชื้อเป็นอย่างดี และมักมาตามนัดทุกครั้ง ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมักไม่ค่อยมีเวลาว่างแม้จะมารักษาเอง ในการรับข้อมูลคำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ ก็มักจะรับรู้เพียงช่วงแรกที่เข้ารับการรักษาเท่านั้น เมื่อต้องเดินทางไปทำงานต่างถิ่นก็มักให้ญาติมาขอรับยาที่คลินิกแทนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาบ่อยเท่าผู้ป่วยที่มารับยาที่คลินิกด้วยตนเอง

ปัจจัยในเรื่องระยะเวลาในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความเข้าใจด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยกลุ่มที่รับประทานยามากกว่า 1 ปี

ตารางที่ 4. จำนวนผู้ป่วยที่ทราบ/ไม่ทราบคำตอบในแบบประเมินความเข้าใจด้านยา (n=280)

ข้อคำถาม	ร้อยละ
1. ยาที่รับประทานอยู่ชื่ออะไร	
- สามารถตอบได้ทั้งชื่อการค้า ชื่อสามัญทางยา และลักษณะสีเม็ดยา	97.50
- บอกไม่ได้	2.50
2. ยาที่รับประทานอยู่ใช้รักษาอะไร	
- สามารถบอกได้ว่าใช้สำหรับรักษาการติดเชื้อไวรัส	100
- บอกไม่ได้	0
3. ขนาดยาที่รับประทานต่อครั้งมีจำนวนเท่าใด	
- บอกขนาดยาที่ใช้ต่อครั้งได้	39.29
- ไม่ได้	60.71
4. ต้องรับประทานยานี้กี่ครั้ง เวลาใดบ้าง	
- ตอบความถี่ของการทานยาได้ถูกต้อง ตามสูตรยาที่ได้รับ	97.86
- บอกไม่ได้	2.14
5. ยาต้านไวรัสที่รับประทานอยู่ มีผลข้างเคียงจากยาหรือไม่ อย่างไร	
- บอกได้ว่ายาไม่มีผลข้างเคียงและบอกถึงผลข้างเคียงได้	75.71
- บอกไม่ได้	24.29
6. หากเกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสที่ท่านจะจัดการอย่างไร	
- บอกได้ว่าสอบถามแพทย์/เภสัชกร/พยาบาล หรือมาโรงพยาบาล	90
- บอกไม่ได้	10

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ความเข้าใจด้านยากับปัจจัยต่าง ๆ และผลการรักษา

ปัจจัย		ระดับความเข้าใจด้านยา, จำนวน (ร้อยละ)			P
		ปานกลาง (< 5)	ดี (≥ 5)	รวม	
เพศ	ชาย	33(22.45)	114(77.55)	147	0.642
	หญิง	33(24.81)	100(75.19)	133	
อายุ (ปี)	15-30	18(20.22)	71(79.78)	89	0.570
	31-45	31(26.50)	86(73.50)	117	
	45 ปีขึ้นไป	17(22.97)	57(77.03)	74	
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาขึ้นไป	14(24.14)	44(75.86)	58	0.909
	ประถมศึกษา	52(23.42)	170(76.58)	222	
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	38(31.15)	84(68.85)	122	0.029*
	ค้าขายหรือรับราชการ	2(3.33)	13(86.67)	15	
	เกษตรกรรม	26(18.18)	117(81.82)	143	
รายได้ต่อเดือน	>5,000 บาท	28(25.00)	84(75.00)	112	0.646
	$\leq 5,000$ บาท	38(22.62)	130(77.38)	168	
สิทธิการรักษา	รายได้น้อย	37(22.29)	129(77.71)	166	0.350
	ประกันถ้วนหน้า	27(27.55)	71(72.45)	98	
	ประกันสังคมหรือจ่ายตรง	2(12.50)	14(87.50)	16	
เคยติดเชื้อฉวยโอกาส	ไม่เคย	57(22.27)	199(77.73)	256	0.093
	เคย	9(37.50)	15(62.50)	24	
โรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว	6(20.69)	23(79.31)	29	0.699
	ไม่มีโรคประจำตัว	60(23.90)	191(76.10)	251	
จำนวนยาต้านที่ได้รับ	2 ตัวขึ้นไป	27(18.88)	116(81.12)	143	0.059
	1 ตัว	39(28.47)	98(71.53)	137	
ระยะเวลากินยา	มากกว่า 1 ปี	54(20.93)	204(79.07)	258	<0.001*
	น้อยกว่า 1 ปี	12(54.55)	10(45.45)	22	
ประวัติการแพ้ยา	ไม่เคยแพ้ยา	65(23.90)	207(76.10)	272	0.454
	เคยแพ้ยา	1(12.50)	7(87.50)	8	
เคยได้รับผลข้างเคียงจากยาอื่น	ไม่เคย	63(25.00)	189(75.00)	252	0.091
	เคย	3(10.71)	25(89.29)	28	
เกิดผลข้างเคียงจากยาด้านไวรัส	มี	3(9.38)	29(90.63)	32	0.044
	ไม่มี	63(25.40)	185(74.60)	248	
ค่า CD4	>200 cells/mm ³	53 (20.23)	209 (79.77)	262	<0.001
	≤ 200 cells/mm ³	13 (72.22)	5 (27.78)	18	
ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด	ไม่สามารถตรวจพบ	52(20.39)	203(79.61)	255	<0.001
	สามารถตรวจพบ	14(56.00)	11(44.00)	25	

ตารางที่ 6. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจัย	ระดับความร่วมมือในการใช้ยา, จำนวน (ร้อยละ)			P
	พอใช้ (<97.75%)	ดี (≥97.75%)	รวม	
เพศ				0.836
ชาย	59(40.14)	88(59.86)	147	
หญิง	55(41.35)	78(58.65)	133	
อายุ				0.459
15-30 ปี	41(46.07)	48(53.93)	89	
31-45 ปี	45(38.46)	72(61.54)	117	
45 ปีขึ้นไป	28(37.84)	46(62.16)	74	
ระดับการศึกษา				0.310
มัธยมศึกษาขึ้นไป	27(46.55)	31(53.45)	58	
ประถมศึกษา	87(39.19)	135(60.81)	222	
อาชีพ				0.561
รับจ้างทั่วไป	54(44.26)	68(55.74)	122	
ค้าขายหรือรับราชการ	6(40.00)	9(60.00)	15	
เกษตรกรรม	54(37.76)	89(62.24)	143	
รายได้ต่อเดือน				0.399
>5,000 บาท	49(43.75)	63(56.25)	112	
≤5,000 บาท	65(38.69)	103(61.31)	168	
สิทธิการรักษา				0.032
ผู้มีรายได้น้อย	66(39.76)	100(60.24)	166	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	46(46.94)	52(53.06)	98	
ประกันสังคมหรือข้าราชการ	2(12.50)	14(87.50)	16	
เคยติดเชื้อฉวยโอกาส				0.161
ไม่เคย	101(39.45)	155(60.55)	256	
เคย	13(54.17)	11(45.83)	24	
โรคประจำตัว				0.747
มีโรคประจำตัว	11(37.93)	18(62.07)	29	
ไม่มีโรคประจำตัว	103(41.04)	148(58.96)	251	
จำนวนยา				0.957
2 ตัวขึ้นไป	58(40.56)	85(59.44)	143	
1 ตัว	56(40.88)	81(59.12)	137	
ระยะเวลากินยา				0.356
มากกว่า 1 ปี	103(39.92)	155(60.08)	258	
น้อยกว่า 1 ปี	11(50.00)	11(50.00)	22	
ประวัติการแพ้ยา				0.203
ไม่เคยแพ้ยา	109(40.07)	163(59.93)	272	
เคยแพ้ยา	5(62.50)	3(37.50)	8	

ตารางที่ 6. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความร่วมมือในการใช้ยา (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความร่วมมือในการใช้ยา, จำนวน (ร้อยละ)			P
	พอใช้ (<97.75%)	ดี (≥97.75%)	รวม	
เคยได้รับผลข้างเคียงจากยาอื่น				0.517
ไม่เคย	101(40.08)	151(59.92)	252(100)	
เคย	13(46.42)	15(53.57)	28(100)	
เกิดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส				0.451
มี	15(46.88)	17(53.13)	32	
ไม่มี	99(39.92)	149(60.08)	248	
ค่า CD4				0.407
>200 cells/mm ³	105(40.08)	157(59.92)	262	
≤200 cells/mm ³	9(50.00)	9(50.00)	18	
ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด				0.437
ไม่สามารถตรวจพบ	102(40.00)	153(60.00)	255	
สามารถตรวจพบ	12(48.00)	13(52.00)	25	

มีคะแนนความเข้าใจด้านยามากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถึงร้อยละ 79.07 ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าพบแพทย์และได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรบ่อยครั้ง ทั้งในเรื่องยา วิธีการใช้ยา และได้รับการทวนสอบการใช้ยาเป็นประจำ จึงอาจส่งผลทำให้มีความเข้าใจในตัวยายู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hu ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการใช้ยารักษาโรคกับความเข้าใจด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.012) (11)

ปัจจัยด้านการเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P=0.044) กลุ่มที่ไม่มีผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส มีคะแนนความเข้าใจด้านยามากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน ถึงร้อยละ 74.60 ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสนใจในตัวยารับประทานอยู่ เนื่องจากต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ทำให้เกิดความอยากรู้ในข้อมูลด้านการรักษา โดยเฉพาะในด้านอาการข้างเคียงของยา ในการศึกษาของชนิกา ศรีราช และคณะ พบว่า ผู้ที่เกิดอาการข้างเคียงจาก

ยาต้านไวรัสมีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสถึง 4.6 เท่า (12) ผลการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ของความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยามาก ก็จะส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

ระดับ CD4 มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 > 200 cell/mm³ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีระดับ CD4 ต่ำมาก่อนในช่วงที่เริ่มรับประทานยาใหม่ เมื่อเริ่มรับประทานยาจะเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและยาที่รับประทานอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศันสนีย์ สีนารักษ์ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และเชื้อดื้อยาได้ (13) โดยความรู้ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับบทบาทของเภสัชกรในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่มีการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

ตารางที่ 7. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยา

ความเข้าใจในการใช้ยา (เต็ม 6 คะแนน)	ระดับความร่วมมือในการใช้ยา, จำนวน (ร้อยละ)			P
	พอใช้ (<97.75%)	ดี (□ ≥97.75%)	รวม	
พอใช้ (< 5 คะแนน)	34(51.52)	32(48.48)	66	0.041
ดี (≥5 คะแนน)	80(37.38)	134(62.62)	214	

(14,15) และเกี่ยวกับตัวโรคและข้อมูลเพิ่มเติมจากแพทย์และพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ March และคณะ ที่พบว่า การที่มีเภสัชกรให้ความรู้และดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ระดับ CD4 ของผู้ป่วยมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (14) ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคนำไปสู่ความเข้าใจด้านยาอย่างเหมาะสม

ระดับไวรัสในร่างกายมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถตรวจพบไวรัสในร่างกาย เป็นกลุ่มที่รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตรวจพบไวรัสในร่างกายนี้อาจมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบไวรัสในร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาจากเภสัชกรในทุกครั้งที่มารับบริการ และผู้ป่วยที่ค่า ระดับไวรัสในร่างกายนี้อาจไม่สามารถตรวจพบไวรัสในร่างกายทำให้ติดเชื้อมีโอกาสอื่นได้น้อยกว่า ทำให้ระดับความรุนแรงและความซับซ้อนของโรคน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Saberi และคณะ ที่ทบทวนอย่างเป็นระบบโดยรวบรวมการศึกษาจำนวน 32 งานเกี่ยวกับอิทธิพลของเภสัชกรต่อผลการรักษาทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีจำนวน 10 งานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ มี 6 งานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า การที่เภสัชกรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลช่วยให้ปริมาณไวรัสของผู้ป่วยลดลง (15) อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Paterson และคณะ ที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาที่มากกว่าร้อยละ 95 มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการลดปริมาณไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ความสัมพันธ์กันระหว่างปริมาณไวรัสกับความเข้าใจด้านยานี้ มีความเป็นไปได้ที่เกิดจากความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี (16)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยามีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hu ที่พบว่าผลเช่นเดียวกัน ($P < 0.001$) (17) งานวิจัยนี้พบว่า ระดับการศึกษาไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Paterson (14) และ Hu (15) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.005$ และ < 0.001 ตามลำดับ) (11,16) อย่างไรก็ตามพบว่างานวิจัยของ Hu ก็

ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความเข้าใจด้านยา (11) ซึ่งเหมือนกับที่พบในงานวิจัยนี้

การศึกษานี้พบว่า ระยะเวลาในการรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แต่ในส่วนของความร่วมมือในการใช้ยากลับไม่พบความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการกินยา แต่พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยามากกว่า 1 ปี มีความร่วมมือในการใช้ยาดีมากถึงร้อยละ 60 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนมากที่รับประทานยามานานมักจะเกิดความคุ้นชินกับยาที่รับประทาน เนื่องจากหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยามากกว่า 1 ปี สูตรยาที่ใช้รักษามักไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจึงเกิดความคุ้นเคยในการรับประทานยาในสูตรนั้น ๆ ทำให้รับประทานยาได้ถูกต้องและตรงเวลา เกิดเป็นความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี แต่การรับประทานยาเป็นเวลานาน ๆ อาจมีปัจจัยเรื่องการเกิดความเหนื่อยล้าในการรับประทานยาได้ ซึ่งอาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และอาจส่งผลให้รับประทานยาไม่ตรงตามสั่งได้

การศึกษานี้พบว่า ระดับ CD4 ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.004$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดด้วยวิธีนับเม็ดยา การวัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีนี้อาจมีความแม่นยำน้อยกว่าวิธีอื่น เนื่องจากข้อมูลที่ได้นั้นเป็นข้อมูลเพียงช่วงเวลาเดียว หากต้องการข้อมูลที่แม่นยำมากขึ้น อาจต้องวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมากกว่า 1 ครั้ง และการวัดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย แต่ในการศึกษานี้ ความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดด้วยวิธีนับเม็ดยาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับ CD4 และปริมาณไวรัส ในเลือด เพราะผู้ป่วยในการศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดีเป็นส่วนมาก ทำให้เกิดปัญหาเรื่องความจำกัดของช่วงข้อมูล (range restriction) ซึ่งทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ ผลการศึกษาจึงแย้งกับงานวิจัยของ Paterson ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาดี ($>$ ร้อยละ 95) มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับ CD4 ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.006$) (16) และผู้ป่วยที่สามารถกดปริมาณเชื้อไวรัสไว้ได้จนตรวจไม่พบ มีความเข้าใจด้านยาและมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่ตรวจพบเชื้อไวรัสถึง 6 เท่า และ 15 เท่า ตามลำดับ

ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ทำให้เข้าใจการใช้ยาและสามารถบริหารจัดการยาที่ตนเอง

รับประทานอยู่ได้ งานวิจัยของ Kripalani และคณะ พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยส่งผลต่อความสามารถด้านยาในประเด็นความสามารถในการแยกประเภทยา การทราบข้อบ่งใช้ และขนาดยา (9) ส่วนงานวิจัยของ Marvanova และคณะ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพและความเข้าใจด้านยา (10) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดี คือ ไม่สามารถตรวจพบเชื้อไวรัสได้ จึงบ่งชี้ได้ว่า ผู้ป่วยมีความตระหนักในการใช้ยา ทำให้มีความเข้าใจด้านยาที่ดี

สำหรับผู้ป่วยที่สามารถตรวจพบไวรัสในร่างกายในการศึกษานี้ มีทั้งในผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาดีและพอใช้ ระดับไวรัสในร่างกายเฉลี่ยของผู้ป่วย คือ 9573 copies/mL โดยมีผู้ป่วยที่ระดับไวรัสในร่างกาย < 50 copies/mL จำนวน 7 ราย และระดับไวรัสในร่างกาย > 50 copies/mL จำนวน 28 ราย การเก็บข้อมูลระดับไวรัสในร่างกาย เป็นการเก็บจากข้อมูลที่บันทึกในสมุดสุขภาพ ซึ่งการตรวจระดับไวรัสในร่างกายทำเพียงปีละ 1 ครั้งเท่านั้น ซึ่งช่วงเวลาที่วัดอาจห่างจากเวลาในการวิจัยที่วัดความร่วมมือในการใช้ยามาก จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์

ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 90 สามารถตอบข้อคำถามเกี่ยวกับชื่อยา ข้อบ่งใช้ ความถี่ในการใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้ ในการถามเกี่ยวกับชื่อยานั้น ผู้ป่วยอาจตอบได้ด้วยชื่อยา ลักษณะเม็ดยา หรือสีเม็ดยาได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นกลุ่มที่ต้องใช้ยาหลากหลายสูตรในการรักษา ชื่อยาบางชนิดอาจยากต่อการจดจำของผู้ป่วย จึงมีการจดจำลักษณะเม็ดยาหรือสีของเม็ดยาแทนชื่อยา ตัวอย่างร้อยละ 97.50 สามารถตอบคำถามในข้อนี้ได้ ส่วนข้อคำถามในด้านขนาดยาเป็นข้อที่ผู้ป่วยตอบได้น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 39.29 เนื่องจาก ในการรับประทานยาในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยอาจต้องทานตัวยารอื่นเพิ่มเติมนอกเหนือจากยาต้านไวรัส เช่น วิตามินหรือยาป้องกันกรดไหลย้อนโอกาส ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่า ยาทุกตัวที่รับประทานเป็นยาที่ใช้รักษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ผู้ป่วยจึงตอบจำนวนเม็ดยาที่รับประทานทั้งหมดมา ทำให้ในข้อคำถามนี้ผู้ป่วยส่วนมากไม่สามารถตอบได้ถูกต้อง

การศึกษานี้ครั้งนี้เลือกตัวอย่างแบบตามสะดวก จึงอาจทำให้ตัวอย่างไม่เป็นตัวแทนของประชากร ทำให้ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยกระจุกตัวอยู่เพียงกลุ่มเดียว เช่น ข้อมูลด้านการศึกษาหรือด้านสิทธิการรักษา ผลการวิจัยที่ได้อาจ

ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ส่วนของการวัดความร่วมมือในการใช้ยาดังวิธีกานับเม็ดยาทำให้พบว่า ความร่วมมือ ของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับดีเป็นส่วนมาก ซึ่งสอดคล้องกับระดับ CD4 เฉลี่ยที่สูงและปริมาณไวรัสที่ไม่สามารถตรวจ แต่การวิจัยนี้วัดความร่วมมือเพียงครั้งเดียว อาจทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ผู้ป่วยบางรายไม่ได้นำยามา ผู้วิจัยจึงสอบถามจำนวนยาที่เหลืออยู่แทน นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลงานวิจัยเป็นรูปแบบการสัมภาษณ์ แต่ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้การสัมภาษณ์เป็นไปด้วยความลำบาก

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์งบประมาณจากทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับความอนุเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการสัมภาษณ์เพื่อนำข้อมูลวิจัยที่ได้ไปพัฒนาการบริบาลและดูแลผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global health sector strategy on HIV 2016–2021 [online]. 2018 [cited Nov 10, 2018]. Available from: www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/en/
2. UNAIDS. UNAIDS data 2017 [online]. 2017 [cited Nov 12, 2018]. Available from: www.unaids.org/site/default/files/media_asset/2017_data-book_en.pdf
3. UNAIDS. UNAIDS data 2018 [online]. 2018 [cited Nov 18, 2018]. Available from: www.unaids.org/site/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf
4. World Health Organization. Section I setting the scene [online]. 2003 [cited Dec 7, 2018]. Available from: www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf
5. Long JM, Kee CC, Graham M V, Saethang TB, Dames FD. Medication compliance and the older hemodialysis patient. ANNA J 1998; 25: 43–9.

6. Bangsberg DR. Less than 95% adherence to non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. *Clin Infect Dis*. 2006; 43: 939–41.
7. Mannheimer S, Friedland G, Matts J, Child C, Chesney M. The consistency of adherence to anti-retroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus–infected persons in clinical trials. *Clin Infect Dis*. 2002; 34: 1115–21.
8. Mhothong P, Thongkot W, Aungpanyasattawong S. Determining the sample size by the Yamane's formula. *DPU Res*. :1–12.
9. Marvanova M, Roumie CL, Eden SK, Cawthon C, Schnipper JL, Kripalani S. Health literacy and medication understanding among hospitalized adults. *J Hosp Med*. 2011; 6: 488–93.
10. Srirach C, Boonshuyar C, Pacheun O. View of health behaviors and adherence to antiretroviral drug among people living with human immunodeficiency virus. *J Nursing Siam Univ* 2018; 19: 39–55.
11. Hfocus. AIDs: epidemics with no vaccines [online]. 2020 [cited May 21, 2021]. Available from: /www.hfocus.org/content/2020/05/19271
12. March K, Mak M, Louie SG. Effects of pharmacists' interventions on patient outcomes in an HIV primary care clinic. *Am J Heal Pharm*. 2007; 64: 2574–8.
13. Saberi P, Dong BJ, Johnson MO, Greenblatt RM, Cocohoba JM. The impact of HIV clinical pharmacists on HIV treatment outcomes: a systematic review. *Patient Prefer Adherence* 2012; 6: 297-322.
14. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000;133: 21-30.
15. Hu Y. The Study of Type 2 Diabetes in China: Patient Medication Understanding and Medication Adherence; Physician Prescribing Patterns and Attitudes toward Traditional Chinese Medicine. *J Med Assoc Thai* 2020; 103(10): 1004-10.
16. Kripalani S, Laura E, Chiu Y, Robertson R, Kolm P, Terry A. Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population setting and population. *J Gen Intern Med*. 2006; 21: 852-6. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00536.x.