

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมโดยเภสัชกรผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลหัวหิน

มัตติกา คุลี^{1,2}, หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล³, ชิดชนก เรือนก้อน^{3,4}

¹นักศึกษาบัณฑิตศึกษา สาขาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหัวหิน

³ภาควิชาปริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

⁴ศูนย์วิจัยเภสัชระบาศิทยาและสถิติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมโดยเภสัชกรผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Self-efficacy and Social Support Enhancement Program through Line Application on Antiretroviral Adherence: SSPLA) ต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสและความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีต่อการเข้าร่วม SSPLA **วิธีการ:** การศึกษาเป็นเชิงทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่รับยาต้านไวรัสจากคลินิกเอชไอวี/เอดส์โรงพยาบาลหัวหินต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยก่อนเริ่มการศึกษามี viral load ล่าสุด ≥ 50 Copies/ml แต่ไม่เกิน 1,000 Copies/ml และมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสน้อยกว่าร้อยละ 95 อย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีโทรศัพท์เคลื่อนที่และใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ ตัวอย่างถูกสุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองได้รับ SSPLA แบบรายบุคคลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 17 ราย และกลุ่มควบคุมได้รับการปกติของโรงพยาบาลจำนวน 17 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามผล 3 ครั้งที่สัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 **ผลการวิจัย:** คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเมื่อประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยาและแบบสอบถาม MTB-Thai ภายในกลุ่มทดลองสัปดาห์ที่ 1 เท่ากับ 86.24 ± 9.98 (เต็ม 100) และ 19.94 ± 2.49 (เต็ม 24) ตามลำดับ ในสัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 93.12 ± 4.01 และ 22.06 ± 1.52 ตามลำดับ และสัปดาห์ที่ 8 เท่ากับ 98.94 ± 1.71 และ 23.53 ± 0.51 ตามลำดับ ตัวแปรทั้งสองในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 และในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองร้อยละ 52.9 พึงพอใจในระดับมากต่อ SSPLA **สรุป:** SSPLA ที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในระดับมากต่อ SSPLA

คำสำคัญ: การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม แอปพลิเคชันไลน์ ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

รับต้นฉบับ: 11 เม.ย. 2565, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 17 พ.ค. 2565, รับลงตีพิมพ์: 29 พ.ค. 2565

ผู้ประสานงานบทความ: ชิดชนก เรือนก้อน ภาควิชาปริบาลเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

E-mail: Chidchanok.r@cmu.ac.th

Effects of the Self-efficacy and Social Support Enhancement Program by Pharmacists through Line Application on Antiretroviral Adherence of HIV / AIDS Patients in Hua Hin Hospital

Mattika Kulee^{1,2}, Hathaikan Chowwanapoonpohn³, Chidchanok Ruengorn^{3,4}

¹Graduate Student in Pharmacy Management, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

²Pharmacy Department, Hua Hin Hospital

³Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

⁴Pharmacoepidemiology and Statistics Research Center (PESRC), Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To determine the effects of Self-efficacy and Social Support Enhancement Program by Pharmacists through Line Application (SSPLA) on antiretroviral adherence and patient satisfaction towards SSPLA. **Methods:** The study was a randomized controlled trial conducted in HIV/AIDS patients receiving antiretroviral drugs from the HIV/AIDS Clinic, Hua Hin Hospital continuously for at least 6 months with viral load ≥ 50 copies/ml but not more than 1,000 copies/ml, having antiretroviral adherence less than 95% at least once in the past 6 months and having a mobile with the LINE application. Subjects were randomized into 2 groups i.e., 17 patients in study group individually received SSPLA for 8 weeks, and 17 patients in control group receiving usual care. They all were followed up 3 times at weeks 1, 4 and 8. **Results:** Score on antiretroviral adherence assessed by pill count and the MTB-Thai questionnaire in study group at week 1 were 86.24 ± 9.98 (out of 100) and 19.94 ± 2.49 (out of 24), respectively, while those at week 4 were 93.12 ± 4.01 and 22.06 ± 1.52 , respectively, and those at week 8 were 98.94 ± 1.71 and 23.53 ± 0.51 , respectively. These two outcomes in study group were significantly higher than those of the control group at week 4 and at week 8 ($P < 0.05$). 52.9% of patients receiving SSPLA had a high level of satisfaction. **Conclusion:** SSPLA developed in the study significantly increased antiretroviral adherence. Patients receiving SSPLA were highly satisfied with the intervention.

Keywords: enhancement of self-efficacy, social support, LINE application, adherence, HIV/AIDS patients

บทนำ

ยาต้านไวรัสมีบทบาทสำคัญในลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (1) ในปี พ.ศ.2550 ประเทศไทยมีการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สูงถึงร้อยละ 60.0 ซึ่งสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ในแถบภูมิภาคเดียวกัน (2) แต่กลับพบว่า คนไทยมีความชุกของการติดยาต้านไวรัสมากถึงร้อยละ 13.9 (3) ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรักษา เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาสู่สังคม (4) การเปลี่ยนไปใช้การรักษาที่ซับซ้อนขึ้น ทำให้รัฐต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 3,343 ล้านบาทต่อปี (5)

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาถือเป็นปัญหาสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (6) ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ (adherence) ยาต้านไวรัสจึงสามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำจนตรวจไม่พบไวรัสในกระแสเลือดได้ ในทางกลับกันหากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามได้ จะไม่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสในเลือดได้ดี (viral load: VL ≥ 50 copies/ml) และอาจนำไปสู่ปัญหาการดื้อยาส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพทรุดโทรม เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิตตามมา (7) การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อยู่ที่ร้อยละ 60-90 (8, 9) ความเคร่งครัดในการใช้ยาของผู้ป่วยจะลดลงหลังใช้ยาแล้วประมาณ 6 เดือน (10) ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันตามพื้นที่ ส่งผลให้รูปแบบการจัดบริการมีความแตกต่างกัน (9) ดังนั้นการทำความเข้าใจปัญหาแต่ละพื้นที่จะช่วยให้สามารถกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (11)

โรงพยาบาลหัวหินเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แยกจากผู้ป่วยนอกทั่วไป จากข้อมูลปี พ.ศ.2562-2563 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มี VL ≥ 50 copies/ml ร้อยละ 8.3 และ 14.2 ตามลำดับ และพบความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเมื่อประเมินด้วยวิธีการนับเม็ดยาร่วมกับการรายงานการรับประทานยาด้วยตัวผู้ป่วยเองเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 88.1 สถานการณ์ดังกล่าวมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์ปัญหาในระดับประเทศ ทั้งนี้การศึกษานำร่องในเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ ความมั่นใจและแรงจูงใจในการใช้ยาที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่า การจัดการบริการสุขภาพที่ผ่านมาไม่สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอ

วี/เอดส์ มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาตามเป้าหมาย ($\geq$ ร้อยละ 95) ในระยะยาวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า วิธีการที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนนั้นต้องประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy: SE) และการสนับสนุนทางสังคม (social support: SS) (12) มีการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ SE ในเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่า การฝึกทักษะอย่างประสบความสำเร็จด้วยตนเองช่วยให้การจัดการโรคของผู้ป่วยดีขึ้น และมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง (13) นอกจากนี้การได้เรียนรู้จากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกันช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (14) การถ่ายทอดประสบการณ์ด้วยสื่อภาพและวิดีโอซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการจดจำและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (15) ขณะเดียวกันมีการศึกษาพบว่า SS โดยเฉพาะจากเภสัชกรนั้น ช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้นและส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อมากยิ่งขึ้นด้วย (16) อีกทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล และการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ผลลัพธ์ทางคลินิก และระดับความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (17) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมแบบเป็นระบบที่พบว่า เภสัชกรมีบทบาทสำคัญช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สามารถควบคุมปริมาณไวรัสในเลือดระดับที่ต่ำสุดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (18)

อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาถึงรูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสโดยเภสัชกรพบว่า ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่โรงพยาบาลร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้านตามกำหนดการ ซึ่งมีข้อจำกัดในการรับส่งข้อมูลและให้ข้อมูลย้อนกลับที่ไม่ได้อย่างทันทั่วถึงเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหา แม้ปัจจุบันมีการนำเอาแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการติดตามสุขภาพทางไกล (telemedicine) แต่การศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังมีการศึกษาน้อย (19, 20) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Self-efficacy and Social Support Enhancement Program through Line Application on Antiretroviral Adherence: SSPLA) ตามแนวคิดของ SE และ SS โดยมีการติดตามให้คำปรึกษาและ

เสริมแรงผ่านข้อความ วิดีโอ และรูปภาพอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ SSPLA ต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสและประเมินความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีต่อการเข้าร่วม SSPLA

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหัวหิน วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2564 (RECHHH017/2564) การศึกษาดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2565

ตัวอย่างและการเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปที่รับยาต้านไวรัสจากคลินิกเอชไอวี/เอดส์โรงพยาบาลหัวหินต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีปริมาณไวรัสในเลือดช่วงระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ.2564 มากกว่าหรือเท่ากับ 50 copies/ml แต่ไม่เกิน 1,000 copies/ml มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเมื่อประเมินด้วยวิธีการนับเม็ดยาร่วมกับการรายงานการรับประทานยาด้วยตัวผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 95 อย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีคะแนน SE หรือคะแนน SS จากการศึกษาสำรองอยู่ในระดับต่ำเมื่อประเมินด้วยแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา นั่นคือมีคะแนน SE น้อยกว่า 41 คะแนน (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) หรือคะแนน SS น้อยกว่า 46 คะแนน (คะแนนเต็ม 70 คะแนน) มีโทรศัพท์และใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ได้ ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น การฟัง และสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้อย่างเข้าใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยาทำให้ต้องหยุดการใช้ยาต้านไวรัส

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนในประชากรสองกลุ่ม โดยใช้โปรแกรม Stata version 14 พารามิเตอร์ที่ใช้ในการคำนวณอ้างอิงจากงานวิจัยของนัสซุฎาพร นันทะจันทร์ (21) ซึ่งพบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสหลังได้สั่งทดลอง ร้อยละ 78.5 และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 25.0 เมื่อกำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 และอำนาจในการทดสอบที่ร้อยละ 90 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างระหว่างการวิจัย จึงเพิ่ม

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการศึกษา คือ กลุ่มละ 17 ราย รวม 34 ราย

การสุ่มแยกตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้การสุ่มเลือกแบบง่ายด้วยโปรแกรมสุ่มบนเว็บไซต์ (22) เขียนคำสั่งระหว่างหมายเลข 1 ถึง 34 ตัวเลขที่สุ่มได้จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ส่วนตัวเลขที่ไม่ถูกสุ่มขึ้นมาจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุม เมื่อมีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จะจัดเข้ากลุ่มตามหมายเลขที่กำหนดไว้

เครื่องมือส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา

เครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส คือ โปรแกรม SSPLA ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดแนวคิด SE ของแบนดูรา ร่วมกับแนวคิด SS ของเฮาส์ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางการดำเนินทุกกิจกรรมรายบุคคล เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมเสริมสร้าง SE ในการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องกัน ได้แก่

กิจกรรมที่ 1.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรมสอบถามปัญหาให้กำลังใจ คำชมเชยโดยการส่งข้อความหรือสติ๊กเกอร์ก่อนเริ่มกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ทุกครั้ง โดยผู้ป่วยสามารถเลือกช่วงเวลาเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามความสะดวกและความพึงพอใจ

กิจกรรมที่ 1.2 การใช้ตัวแบบ โดยให้ตัวแบบที่มีอิทธิพลและมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และทีมสุขภาพถ่ายทอดผ่านสื่อวิดีโอถึงประสบการณ์ปัญหาและวิธีการจัดการจนนำไปสู่ความสำเร็จ การศึกษาส่งสื่อวิดีโอสัปดาห์ละ 1 เรื่อง จำนวน 7 เรื่อง โดยส่งวิดีโอทุกวันที 1 ของสัปดาห์ ผู้วิจัยยังส่งภาพตัวแบบพร้อมข้อความสั้นกระตุ้นเตือนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สัปดาห์ละ 2 ภาพ รวมทั้งสิ้น 14 ภาพ โดยส่งทุกวันที 1 และ 4 ของสัปดาห์

กิจกรรมที่ 1.3 การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยกิจกรรมส่งข้อความวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของตนเองเทียบกับพฤติกรรมของตัวแบบ หลังจากผู้ป่วยส่งข้อความหรือสติ๊กเกอร์ยืนยันการชมสื่อวิดีโอ จากนั้นแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้วิจัยและฝึกทักษะการกินยาที่ถูกต้อง

โดยยกตัวอย่างพฤติกรรมของตนเองส่งในรูปแบบข้อความ วิดีโอ หรือข้อความเสียง

กิจกรรมที่ 1.4 การใช้คำพูดชักจูง ประกอบด้วย กิจกรรมส่งข้อความชี้ให้เห็นถึงผลดีของการมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาและผลเสียของพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

2) กิจกรรมให้ SS เป็นกิจกรรมที่ดำเนินควบคู่ไปพร้อมกับกิจกรรมการส่งเสริม SE ได้แก่

กิจกรรมที่ 2.1 การประเมินผล โดยให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคลผ่านทางข้อความและสติ๊กเกอร์หลังการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วย MTB-Thai ผ่าน Google form ในวันแรกของสัปดาห์

กิจกรรมที่ 2.2 การให้ข้อมูลข่าวสาร ดำเนินกิจกรรมตลอดสัปดาห์ โดยให้ความรู้ คำแนะนำในการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ผ่านทางข้อความ วิดีโอ หรือรูปภาพ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมขึ้น

กิจกรรมที่ 2.3 ด้านเครื่องมือ ดำเนินกิจกรรมตลอดสัปดาห์ โดยใช้ line official สนับสนุนการเข้าถึงบริการที่ง่าย ทันต่อสถานการณ์ปัญหา และลดความกังวลด้านการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้อื่น

กิจกรรมที่ 2.4 ด้านอารมณ์ โดยการสรุปพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเทียบกับพฤติกรรมเป้าหมาย และให้กำลังใจ ชื่นชมผ่านทางข้อความและสติ๊กเกอร์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 8

กระบวนการและสื่อทุกชุดผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 2 ท่าน และเภสัชกรผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 ท่าน หลังจากปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรจากคลินิกเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลหัวหินที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างที่ศึกษา 5 ราย เพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (face validity) และความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยได้ป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยการติดตั้ง line official ในโพลเดอร์ที่มีรหัสผ่าน และกำหนดรูปโปรไฟล์ของ SSPLA ไม่ให้บ่งชี้ถึงโรคเอชไอวี/เอดส์ ทั้งนี้ผู้อ่านสามารถชมสื่อวิดีโอและสื่อภาพพร้อมข้อความสั้น โดยสแกน QR code จากในรูปที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการวิจัยแก่ตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้

ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกเอชไอวี/เอดส์อีกครั้งให้ตรงตามวันนัด การวิจัยนี้เก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 โดยนัดหมายกลุ่มทดลองห่างจากกลุ่มควบคุม 1 สัปดาห์ และเลือกใช้ในการสื่อสารผ่านทาง line official เพื่อป้องกันหรือลดการส่งต่อข้อมูลในไลน์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง เมื่อถึงวันนัดหมายผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เวลาคนละ 15-20 นาที เครื่องมือเก็บข้อมูล 2 ชนิด ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ใช้เก็บข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยและข้อมูลด้านการรักษาจากแฟ้มเวชระเบียน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นต้น

2) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัส ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 2.1) แบบประเมินจำนวนเม็ดยาเหลือ (pill count) โดยผู้วิจัยเป็นผู้นับเม็ดยา ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาคำนวณจากอัตราส่วนจำนวนยาที่ผู้ป่วยใช้ไปต่อจำนวนที่ควรใช้ตามแพทย์สั่ง ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 0-100 การแปลผลระดับความร่วมมือในการใช้ยา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 95 คะแนน) ระดับกลาง (75-94 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่า 75 คะแนน) (23) 2.2) แบบบันทึกพฤติกรรมกรับประทานยาด้านไวรัสด้วยตนเอง (self-report) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรับประทานยา Medication Taking Behavior ฉบับภาษาไทย (MTB-Thai) ที่พัฒนาโดย พรพรรณ ทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ ซึ่งมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.76 แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ในแต่ละคำถามมีคำตอบ 4 ตัวเลือก คือ 1) ไม่เคย 2) เคย 1-2 ครั้ง 3) เคย 3-4 ครั้ง และ 4) เคย 5 ครั้งขึ้นไป แต่ละข้อมีคะแนน 1-4 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมจึงอยู่ในช่วง 6-24 คะแนน การแปลผลระดับความร่วมมือในการใช้ยา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (24 คะแนน) ระดับกลาง (22-23 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน) (24)

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับ SSPLA เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นเภสัชกรที่มีประสบการณ์ทำงานในคลินิกเอชไอวี/เอดส์ 9 ปี และผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมเป็นสมาชิก line official ชื่อ "SSPLA" ผ่าน QR code พร้อมนัดหมายการ

เริ่มโครงการวิจัยในวันถัดไป จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับบริการตามปกติจากทางโรงพยาบาล เมื่อเริ่มดำเนินการกิจกรรม ผู้วิจัยจะประเมินผลการได้รับ SE และ SS โดยติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยแบบบันทึกการเข้าร่วม SSPLA ผ่าน line official ซึ่งติดตามผลการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง 4 ด้าน ได้แก่ 1) สิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวแบบผ่านวิดีโอ 2) ข้อเสนอจากพฤติกรรมของตัวแบบ 3) ปัญหา อุปสรรค และการให้คำปรึกษาทาง line official และ 4) ความพึงพอใจในภาพรวมต่อ SSPLA เมื่อเทียบกับการบริการตามปกติ ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในสัปดาห์ที่ 8 ในวันนัดหมายเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 โดยให้คะแนนแบบ 5 ระดับ คือ 1=น้อยที่สุด 2=น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก และ 5=มากที่สุด รวมถึงข้อเสนอแนะต่อ SSPLA ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดที่กลุ่มทดลองสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

ในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมที่หลากหลายควบคู่กันไป ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1-7 ผู้วิจัยดำเนินการที่ 1 ครบทั้ง 4 กิจกรรม ควบคู่กับกิจกรรมย่อยที่ 2.1, 2.2 และ 2.3 และในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมย่อยที่ 1.1 และ 1.4 ควบคู่กับกิจกรรมที่ 2 ครบทั้ง 4 กิจกรรม ภายหลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ด้วยแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 ด้วยแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสและสัมภาษณ์ความพึงพอใจในภาพรวมและข้อเสนอแนะต่อ SSPLA

ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติจากทางโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาเก็บข้อมูลอีก 2 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ด้วยแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสชุดเดียวกับกลุ่มทดลอง และหลังสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับสื่อวิดีโอและสื่อภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา พร้อมทั้งคำอธิบายสาระสำคัญ และให้คำแนะนำเพื่อให้สามารถหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาต้านไวรัสได้

ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มาที่คลินิกเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลหัวหิน เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการศึกษา ดังแสดงในรูปที่ 1

การให้บริการตามปกติจากทางโรงพยาบาล

ขั้นตอนการรับบริการที่คลินิกเอชไอวี/เอดส์ โรงพยาบาลหัวหิน เป็นระบบบริการจุดเดียว โดยมีการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ชักประวัติเพื่อบันทึกในฐาน

ข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ประเมินอาการทางคลินิกที่จุดซักประวัติโดยพยาบาลประจำคลินิก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการผิดปกติจะถูกส่งเข้าพบแพทย์ที่ห้องตรวจ ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการคงที่ จะมารับยาที่จุดจ่ายยาในคลินิกเอชไอวี/เอดส์ โดยมีเภสัชกรประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่สัมพันธ์กับการใช้ยาและจ่ายยา

ผลลัพธ์ในการศึกษา

การวิจัยวัดผลลัพธ์ 2 ชนิด คือ ผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยาแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการนับเม็ดยา 2) คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจาก MTB-Thai ส่วนที่สอง คือ ความพึงพอใจในภาพรวมเมื่อเทียบกับการบริการตามปกติเฉพาะในกลุ่มที่ได้สิ่งทดลอง SSPLA

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบ Intention-to-treat analysis การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและความพึงใจของผู้ป่วยใช้สถิติพรรณนา การวิเคราะห์หาความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มใช้สถิติ chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลแบบกลุ่ม ส่วนข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติ Wilcoxon's rank sum test การหาความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการใช้ยาที่วัด 2 วิธีด้วยสถิติ Pearson correlation การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มศึกษาและในกลุ่มศึกษาใช้สถิติ Mixed effect model การศึกษาควบคุมคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาก่อนเริ่มการวิจัย และนำเสนอ ค่า β -coefficient และ 95% confidence interval การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Stata version 14.0 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ SE และ SS ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1,175 คน แต่คัดออกจำนวน 1,141 คน เนื่องจากมีค่าปริมาณไวรัสในเลือดน้อยกว่า 50 copies/ml (n=929) มีความร่วมมือในการใช้ยา $\geq$ ร้อยละ 95 อย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 114 คน มีคะแนน SE หรือ SS อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 20 คน ไม่มี line

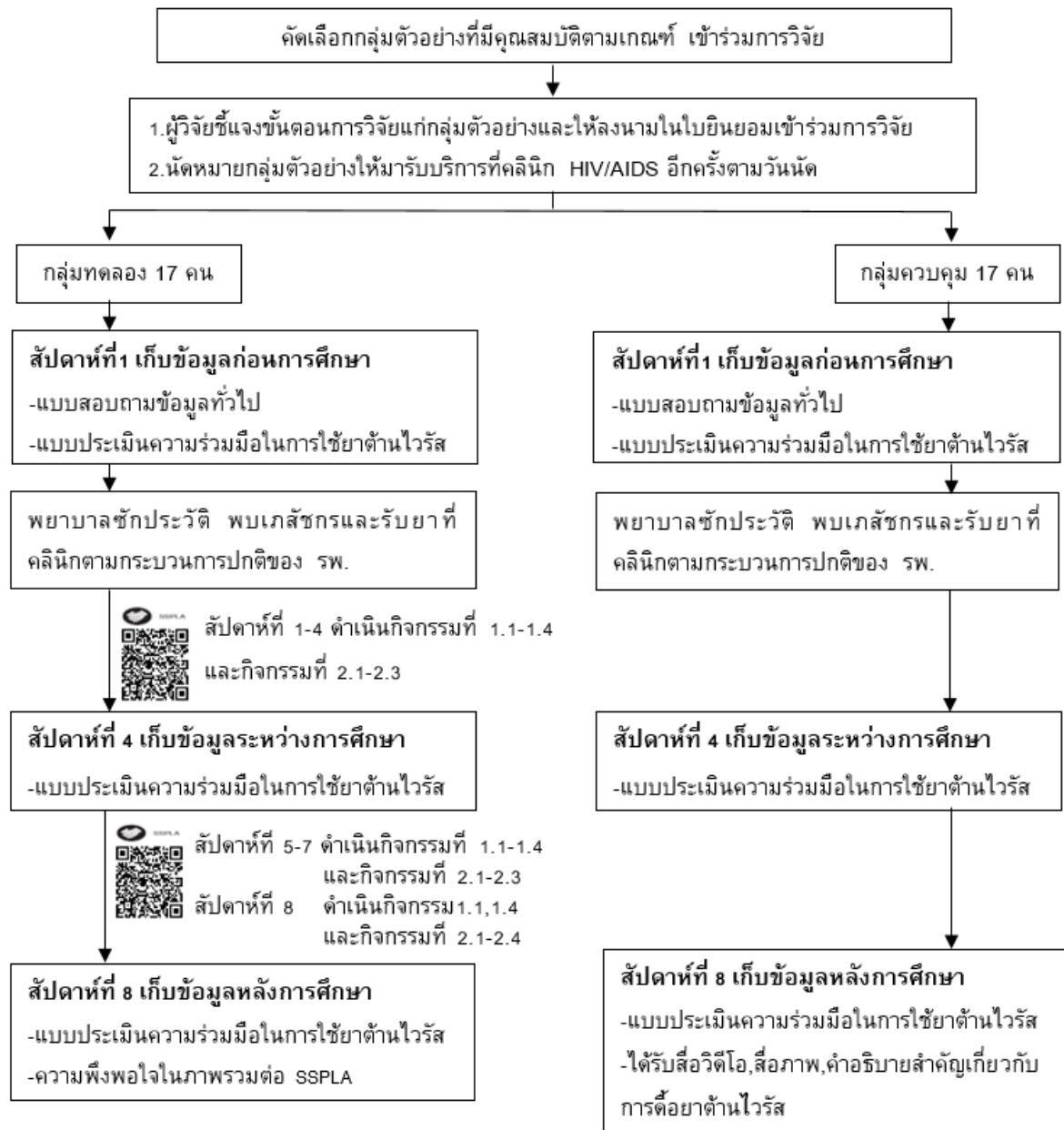
application จำนวน 9 คน ปฏิเสธเข้าร่วมการรักษา จำนวน 44 คน มีปัญหาด้านการมองเห็น ฟัง และการสื่อสาร จำนวน 25 คน ทำให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 34 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาจนครบกำหนด

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($P>0.05$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 43.82 ± 9.55 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 40.12 ± 11.37 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สำเร็จการระดับ ปวส. และปริญญาตรี หรือสูงกว่าคิดเป็นร้อยละ 58.8 และ 70.6 ตามลำดับ

ปัจจุบันทั้ง 2 กลุ่มมีงานทำร้อยละ 94.1 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

ตารางที่ 2 และรูปที่ 2 แสดงคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนการศึกษา (สัปดาห์ที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีการนับเม็ดยาและจาก MTB-Thai ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($P=0.858$ และ $P=0.838$) หลังการได้รับ SSPLA การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mixed effect model พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุมกับเวลา เมื่อใช้กลุ่มควบคุมที่สัปดาห์ที่ 1 เป็นกลุ่มอ้างอิงพบว่า



รูปที่ 1. ขั้นตอนการดำเนินการ

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=17)		กลุ่มควบคุม (n=17)		P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000
ชาย	8	47.1	8	47.1	
หญิง	9	52.9	9	52.9	
อายุเฉลี่ย (ปี) $\pm$ S.D	43.82 $\pm$ 9.55		40.12 $\pm$ 11.37		0.311
ระดับการศึกษา					0.891 ¹
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2	11.8	1	5.9	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	11.8	1	5.9	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	17.6	3	17.6	
ปวส./ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10	58.8	12	70.6	
อาชีพ					0.537 ¹
ไม่ได้ทำงาน	1	5.9	1	5.9	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	17.7	3	17.7	
พนักงานบริษัท/ลูกจ้างเอกชน	3	17.6	5	29.4	
รับจ้างทั่วไป	5	29.4	1	5.9	
เกษตรกรรวม	1	5.9	3	17.6	
เจ้าของธุรกิจ/ค้าขาย	4	23.5	4	23.5	
รายได้ทั้งหมดต่อเดือน (บาท)					0.192 ¹
<5,000	2	11.8	2	11.8	
5,000-10,000	10	58.8	5	29.4	
>10,000	5	29.4	10	28.8	
การเปิดเผยสถานะกับคนใกล้ชิด					0.714
เปิดเผย	6	35.3	5	29.4	
ไม่เปิดเผย	11	64.7	12	70.6	
สูตรยาต้านไวรัสที่รักษาในปัจจุบัน					0.468 ¹
TDF+3TC+EFV	10	58.9	7	41.2	
TDF+FTC+EFV	2	11.7	6	35.3	
AZT+3TC+ KALETRA	1	5.9	0	0	
TDF+3TC+ KALETRA	1	5.9	0	0	
AZT+3TC+EFV/ ZILAVIR+EFV	2	11.7	3	17.6	
TDF+3TC+NVP	1	5.9	1	5.9	
ระยะเวลาที่ทานยาต้านไวรัส (ปี):ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	5(1-13)		6(1-15)		0.876
ระดับ CD4 ก่อนรักษา (cells/ml.): ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	64(22-485)		221(2-984)		0.459
ระดับ CD4 ล่าสุด (cells/ml.) (ไม่เกิน 1 ปี) ²	384(55-655)		321(54-1074)		0.459
ปริมาณ HIV-viral load ล่าสุด (copies/ml.) (ไม่เกิน 1 ปี) ²	119(56-848)		117(61-445)		0.667

1=Fisher's exact test หากไม่ได้ระบุ คือ chi=quare

2: ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)

ตารางที่ 2. คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของวิธีการนับเม็ดยาและแบบสอบถาม MTB-Thai

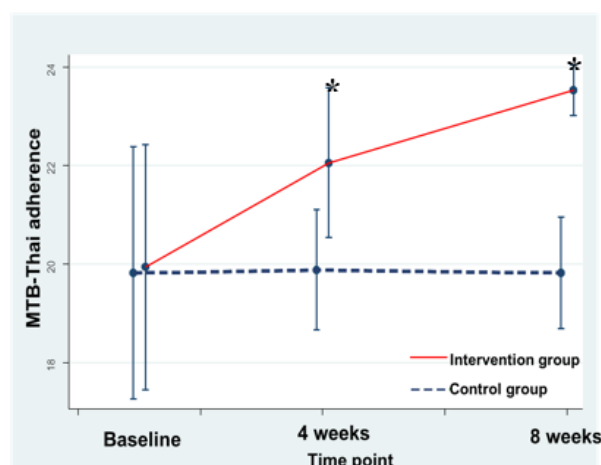
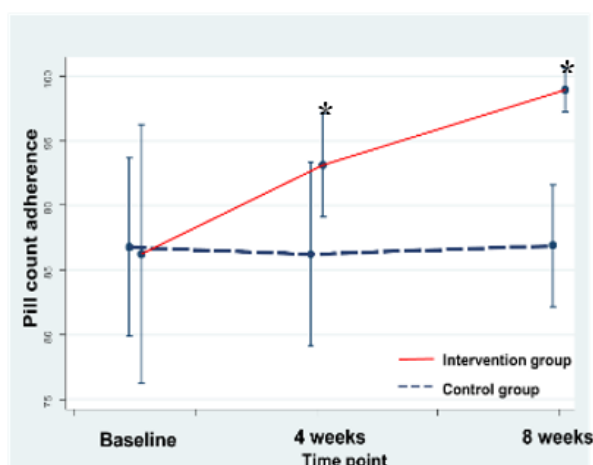
กลุ่ม	ระยะเวลา	คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	β -coefficient (95% CI)	P ¹
Pill count ²				
กลุ่มควบคุม (n=17)	สัปดาห์ที่ 1	86.76±6.88	ref.	
	สัปดาห์ที่ 4	86.24±7.10	-0.53 (-3.78,2.72)	0.749
	สัปดาห์ที่ 8	86.88±4.70	0.12 (-3.13,3.37)	0.943
กลุ่มทดลอง (n=17)	สัปดาห์ที่ 1	86.24±9.98	-0.53 (-4.64,3.58)	0.801
	สัปดาห์ที่ 4	93.12±4.01	6.35 (2.24,10.47)	0.002
	สัปดาห์ที่ 8	98.94±1.71	12.18 (8.06,16.29)	<0.001
MTB-Thai ³				
กลุ่มควบคุม (n=17)	สัปดาห์ที่ 1	19.82±2.56	ref.	
	สัปดาห์ที่ 4	19.88±1.22	0.06 (-0.76,0.88)	0.888
	สัปดาห์ที่ 8	19.82±1.13	-5.33 (-0.82,0.82)	0.818
กลุ่มทดลอง (n=17)	สัปดาห์ที่ 1	19.94±2.49	0.11 (-1.01,1.25)	0.838
	สัปดาห์ที่ 4	22.06±1.52	2.24 (1.10,3.37)	<0.001
	สัปดาห์ที่ 8	23.53±0.51	3.71 (2.57,4.84)	<0.001

1= mixed effect model, 2 = ช่วงคะแนน 0-100, 3=ช่วงคะแนน 0-24

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม SSPLA มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสที่สัปดาห์ที่ 4 และ 8 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดโดยวิธีนับเม็ดยากับแบบสอบถาม MTB-Thai มีค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ในสัปดาห์ที่ 1 เท่ากับ 0.70 สัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 0.60 และสัปดาห์ที่ 8 เท่ากับ 0.95 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$, $P<0.001$, $P<0.001$)

ตามลำดับ) หากพิจารณาจากระดับความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละเครื่องมือพบว่า ก่อนการให้ SSPLA (สัปดาห์ที่ 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ระดับสูง 5 ราย (ร้อยละ 29.4) และ 0 ราย เมื่อประเมินด้วยการนับเม็ดยาและแบบสอบถาม MTB-Thai ตามลำดับ, หลังการให้ SSPLA ในสัปดาห์ที่ 8 พบกลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง เพิ่มขึ้นเป็น 16 ราย (ร้อยละ 94.1) และ 9 ราย (ร้อยละ 52.9) ตามลำดับ หากประเมิน



รูปที่ 2. ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (* $P < 0.05$)

ด้วยเครื่องมือทั้ง 2 ชนิดร่วมกัน พบว่าก่อนการให้ SSPLA ไม่มีตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง แต่หลังให้ SSPLA มีกลุ่มทดลอง 1 ราย (ร้อยละ 5.9) และ 9 ราย (ร้อยละ 26.5) มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ตามลำดับ ทั้งนี้หลังการให้ SSPLA ในสัปดาห์ที่ 4 ไม่พบผู้ป่วยที่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดลง เพียงแต่ยังคงมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาให้อยู่ในระดับสูงได้ หลังสิ้นสุดการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8

ตัวแปรทางจิตวิทยาที่ศึกษา

การเปรียบเทียบ SE, SS และความพึงพอใจก่อนและหลังได้รับ SSPLA พบว่า

1) หลังการได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวแบบผ่านวิดีโอ ตัวอย่างที่ได้รับ SSPLA จำนวน 17 ราย มีการดูวิดีโอในแต่ละชุดอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยวิดีโอที่ได้รับ ความสนใจมากที่สุด แบ่งเป็นวิดีโอที่ตัวแบบเป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ เรื่อง “มีเอชไอวี ฉันก็เรียน-ทำงานได้” จำนวนเข้าชม 46 ครั้ง และวิดีโอที่ตัวแบบเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เรื่อง “ข้อควรรู้ หากไม่อยากดื้อยาต้องรู้จัก” จำนวนเข้าชม 34 ครั้ง ทั้งนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการประเมินตัดสินว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสส่งผลดีต่อตนเอง และเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องแล้วจะสามารถลดระดับปริมาณไวรัสในเลือด มีสุขภาพที่ดีขึ้นจนเป็นที่พอใจ ทำให้เกิดความหวังและเป็นแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อไป ดังเช่น ข้อมูล

“อยากแข็งแรงขึ้นอย่างที่หมอบอก... คือคิดว่ายา มันจะช่วยให้ เลือดตัดสินใจจะตั้งใจกินยา” (หญิง อายุ 43 ปี รับประทานไวรัส 1 ปี)

กลุ่มศึกษาที่ได้รับ SSPLA รับรู้ถึงผลดีของการ รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องแล้ว แต่ไม่มั่นใจว่าสิ่งที่ทำถูกต้องหรือไม่ เมื่อเห็นวิธีการจัดการปัญหาของตัวแบบ จึงเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ดังเช่น ข้อมูล

“ตอนที่ลืมทานยาไม่แน่ใจว่าต้องกินไหม ... แต่ดูแล้วทำเหมือนในวิดีโอเลย ถ้าลืมอีกจะได้ทำแบบเดิม...” (หญิง อายุ 34 ปี รับประทานไวรัส 3 ปี)

2) ข้อสงสัยจากพฤติกรรมของตัวแบบ ตัวอย่างที่ได้รับ SSPLA จำนวน 11 ราย มีข้อสงสัยหลังทราบ พฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ

กลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความน่าสนใจและคล้อยตามในการ ทำพฤติกรรมตาม ดังเช่น ข้อมูล

“สมุนไพร่ที่พูดในวิดีโอคือตัวไหน ...นั่นที่กินอยู่ก็ เล็กบ้างดีกว่า จะได้ไม่ดื้อยา” (ชาย อายุ 53 ปี รับประทาน ไวรัส 11 ปี)

ตัวอย่างที่ได้รับ SSPLA ส่วนหนึ่งไม่มีข้อสงสัย จากพฤติกรรมของตัวแบบ แต่เมื่อเห็นพฤติกรรมดังกล่าว แล้ว ทำให้เกิดความตระหนักรู้ด้วยตนเอง ดังเช่น ข้อมูล

“เดี่ยวจะลองตั้งนาฬิกา....แล้วจะมามอบนะว่า ได้ผลไหม” (หญิง อายุ 36 ปี รับประทานไวรัส 3 ปี)

3) จากปัญหา อุปสรรค และการให้คำปรึกษาทาง line official มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ SSPLA จำนวน 17 ราย ที่ได้รับคำปรึกษาจากเภสัชกร ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง รู้สึกว่า การแก้ไขปัญหาและช่วยกันวางแผนการรักษาอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความมั่นใจ ส่งผลให้การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งรู้สึกว่า การติดตามปัญหาจากเภสัชกรเป็นระยะ โดยไม่ทำหยา แต่เน้นการหาแนวทางแก้ไข ทำให้มีกำลังใจและแรงจูงใจในการ รับประทานยาต้านไวรัสต่อไป ดังเช่น ข้อมูล

“ได้ยาต้านโควิดมา ไม่รู้ว่าต้องหยุดยาต้านที่กิน อยู่ก่อนไหม...พอเภสัชอธิบายถึงเข้าใจ...” (ชาย อายุ 46 ปี รับประทานไวรัส 9 ปี)

“กลัวพอเจอยาในกระเป๋...ถ้าหากล่องลูกอม น่ารัก ๆ มาใส่ยาที่พี่บอก...ก็คงดีเหมือนกัน” (หญิง อายุ 21 ปี รับประทานไวรัส 1 ปี)

4) ความพึงพอใจในภาพรวมต่อ SSPLA จากการ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 17 ราย พบความพึงพอใจระดับมากที่สุด 7 ราย (ร้อยละ 41.2) ระดับมาก 9 ราย (ร้อยละ 52.9) และระดับปานกลาง 1 ราย (ร้อยละ 5.9) ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเห็นว่า SSPLA เป็นรูปแบบการ เสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อป้องกันการดื้อยา ต้านไวรัสที่เป็นประโยชน์ และมีความปลอดภัยของข้อมูล กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเห็นว่าควรให้ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ได้เข้า ร่วมทำกิจกรรมด้วย เพราะปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ไม่มั่นใจว่าต้องดูแลตัวเองอย่างไร ดังเช่นข้อมูล

อยากให้เพื่อนเข้าในกลุ่มนี้ด้วย มันจะได้รู้เยอะ ๆ ได้ไม่เครียดมาก” (ชาย อายุ 33 ปี รับประทานไวรัส 6 ปี)

“บ่าวาดีนะ จะได้ไม่ลืมด้วย” (หญิง อายุ 54 ปี รับประทานไวรัส 12 ปี)

“ดีมากเลย ได้ถามเรื่องที่สงสัย ไม่กล้าถามที่
โรงพยาบาลคนมันเยอะ” (หญิง อายุ 34 ปี ได้รับยาต้าน
ไวรัส 3 ปี)

ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ SSPLA
จำนวน 6 ราย คือ ควรดำเนินการ SSPLA ต่อไป แต่ควร
เพิ่มบริการดูแลที่ครบวงจร เช่น การบริการเป็นทีมจาก
แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร รวมถึงการจัดส่งยา เพื่อเพิ่ม
การเข้าถึงบริการและลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโค
วิด ดังเช่น ข้อมูล

“น่าจะเพิ่มการส่งยาทางไปรษณีย์ด้วย..ข้าม
จังหวัดมาลำบาก..” (ชาย อายุ 40 ปี ได้รับยาต้านไวรัส 5 ปี)

“...น่าจะให้ชั๊กประวัติ ของคิวมาที่บ้านเลย...ได้
ไม่ต้องมารอนาน” (หญิง อายุ 21 ปี ได้รับยาต้านไวรัส 3 ปี)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า SSPLA ทำให้คะแนนความ
ร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่
สัปดาห์ที่ 4 และในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างยังคงมีคะแนน
ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
การวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรม
ทำให้ทราบว่า หลังได้รับ SSPLA กลุ่มทดลองมีความมั่นใจ
ความหวังและแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา
เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับ SSPLA ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรม
นี้ พัฒนาขึ้นจากกลยุทธ์ที่นำแนวคิด SE ของแบนดูราที่
ครอบคลุมแหล่งสนับสนุนข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง ซึ่งประกอบด้วย
การส่งเสริม SE ด้านสภาวะร่างกายและอารมณ์

การศึกษาครั้งนี้ตั้งใจให้กลุ่มทดลองสามารถเลือก
เรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ตามความสะดวกและความพึง
พอใจ เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ จึง
ไม่กำหนดเวลาที่แน่นอนในการเข้าร่วมโปรแกรม เพียงแต่
กำหนดลำดับกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองทุก
รายสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนจบการศึกษา หลังจาก
นั้นกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านการ
เห็นตัวแบบจากผู้ประสบความสำเร็จถ่ายทอด
ประสบการณ์ผ่านสื่อวิดีโอ ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่
สามารถปรับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส
จนเป็นผู้ที่สามารถมีพฤติกรรมควบคุมโรคที่เหมาะสม
นอกจากนี้ ตัวอย่างยังได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงพฤติกรรม
ของตัวแบบกับผู้วิจัย การเรียนรู้จากตัวแบบที่มีลักษณะ

คล้ายคลึงกับตนเองทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นและ
คล้อยตาม เพราะคาดว่าจะได้รับผลดีเช่นเดียวกับตัวแบบ
(14) ทั้งนี้การให้ข้อมูลด้วยสื่อวิดีโอทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็น
ภาพ เกิดการจดจำ และนำไปสู่การสร้างพฤติกรรมใหม่ได้
(25) การศึกษานี้ยังเลือกใช้ตัวแบบซึ่งเป็นบุคลากรทาง
การแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเพิ่ม SE หลังจากนั้น
กลุ่มทดลองยังได้รับการส่งเสริม SE จากการฝึกทักษะการ
รับประทานยาที่ถูกต้อง และให้ยกตัวอย่างพฤติกรรมการ
รับประทานยาของตนเองที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดความมั่นใจใน
การปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป ผู้วิจัยและตัวแบบได้ชักจูงโดย
การชี้ให้เห็นถึงประโยชน์และโทษของการมีพฤติกรรมความ
ร่วมมือในการใช้ยาและการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว
รวมถึงให้กำลังใจและชักจูงให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ
พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง
ได้ (26)

นอกจากการใช้แนวคิด SE แล้ว ในขณะที่กลุ่ม
ทดลองฝึกปฏิบัติกิจกรรมการให้ความร่วมมือในด้านต่าง ๆ
นั้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เภสัชกรจะให้การ
สนับสนุนกลุ่มทดลองโดยครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้าน
ข้อมูลข่าวสารโดยการให้คำปรึกษาและตอบคำถามทันที
เมื่อกลุ่มทดลองมีปัญหาหรือข้อสงสัย 2) ด้านการ
ประเมินผลโดยให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้กลุ่มทดลองนำ
ข้อมูลมาพิจารณาความสามารถของตน 3) ด้านอารมณ์โดย
ให้คำชมเชย เมื่อกลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสม
และ 4) ด้านทรัพยากรผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันไลน์มา
สนับสนุนการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ทำให้กลุ่มทดลอง
ได้รับคำแนะนำได้ทันต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาของ สรวิศ อมตเวทย์ ที่นำแอป
พลิเคชันไลน์ มาเป็นสื่อกลางในการสื่อสารสุขภาพทางไกล
พบว่าทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการบริการอย่าง
ต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นช่องทางการเข้าถึงบริการที่ง่าย
ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (19) ซึ่งผลการศึกษานับสนุน
แนวคิด SS ของเฮาส์ (27) ที่กล่าวว่า หากบุคคลได้รับการ
สนับสนุนในด้านต่าง ๆ จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับ
เหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาส่วนนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่
พบว่า โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิด SE ร่วมกับ SS
สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เป็น
อย่างดี (28-30) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารินทร บิน
โฮเซ็น และคณะ (12) ที่พบว่า SS และ SE เป็นปัจจัยที่

สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ร้อยละ 51 ดังนั้น ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและได้รับผลกระทบที่รุนแรงและซับซ้อนมากกว่าโรคเรื้อรังประเภทอื่น ๆ จึงควรได้รับ SE ร่วมกับ SS ที่เพียงพอเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรวิวรรณ พงศ์พุทธรชาติ และคณะ (17) แต่การศึกษาดังกล่าวประยุกต์ใช้ SE ร่วมกับ SS โดยพยาบาล และวัดผลลัพธ์ที่ 16 สัปดาห์ พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส และ SE ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งต่างจากงานวิจัยนี้ที่ประยุกต์ใช้ SE ร่วมกับ SS จากเภสัชกร วัดผลลัพธ์ที่ 8 สัปดาห์ แต่ให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน ในการศึกษาที่ใช้ระยะเวลาศึกษาระยะสั้นเพียง 8 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถวัดผลลัพธ์ทางคลินิกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมชกร เพื่องโพธิ์ทอง และคณะ (31) ที่พบว่า การให้ SS จากเภสัชกรเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ แรงจูงใจ และความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของราไฟ หาญมนต์และคณะ (13) ที่มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อฝึกให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดทักษะในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ และติดตามผลทุกสัปดาห์ พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในระดับดี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์เนื้อหาด้าน SE และ SS จากเภสัชกร แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมใน SSPLA ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับความรู้สึกรู้สึกและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยา แต่ไม่สามารถเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยทุกรายได้ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหา ความพร้อม การตัดสินใจที่ไม่เหมือนกันและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำพร ธินะ (32) ที่จัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังควบคู่กับ SS ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่าเมื่อประเมินผลหลังจัดกิจกรรมที่ 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพียงครั้งเดียว ยังไม่เพียงพอที่จะเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่าง

ชัดเจน หากต้องการให้ประสบความสำเร็จ ควรเพิ่มการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่จำเพาะกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส 2 วิธี คือ วิธีการนับเม็ดยาและแบบสอบถาม MTB-Thai พบว่า แม้ว่าจะพบค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันของค่าที่ได้จากการวัดทั้ง 2 เครื่องมืออยู่ในระดับสูง แต่เมื่อแบ่งความร่วมมือในการใช้ยาเป็นระดับ ยังพบความแตกต่างของทั้ง 2 วิธี ทั้งนี้อาจเนื่องจากการนับเม็ดยาเป็นการประเมินภาพรวมตลอดเวลา 4 สัปดาห์ และผู้ป่วยบางรายอาจเตรียมนับยามาก่อน ทำให้ไม่อาจยืนยันว่าผู้ป่วยใช้ยาอย่างแท้จริง ในขณะที่แบบสอบถาม MTB-Thai เป็นการรายงานโดยผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ของการใช้ยา ซึ่งแม้เป็นวิธีที่ง่ายแต่มีข้อจำกัดเนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยอาจเกิดความสับสน จำในสิ่งที่ปฏิบัติไม่ได้ จึงตอบคำถามด้วยการประมาณ ซึ่งพบในช่วงก่อนการให้โปรแกรมและระหว่างการให้โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 แสดงให้เห็นว่า แต่ละวิธีอาจมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลตามความจริง ซึ่งต้องอาศัยความเชื่อใจ ดังนั้นการวัดความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงควรใช้อย่างน้อย 2 วิธีร่วมกัน โดยนำข้อมูลที่ได้แต่ละวิธีมาตรวจสอบความถูกต้องกันเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu Peng และคณะ (33) ที่พบว่า การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส 2 วิธีร่วมกัน คือการนับเม็ดยาเหลือและการรายงานการรับประทานยาด้วยตนเองเป็นวิธีการตรวจสอบที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธา คงศีล และคณะ (9) ซึ่งกล่าวว่าสถานบริการควรมีวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสมากกว่า 1 วิธี เนื่องจากแต่ละวิธีประเมินมีจุดเด่นที่ต่างกัน

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้เอื้อต่อการเรียนรู้และการฝึกทักษะของตัวอย่าง การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวในเรื่องการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นในรูปแบบของวิดีโอ ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจได้ง่ายในระยะสั้น การพูดคุยให้คำปรึกษารายบุคคลจากเภสัชกร ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและกล้าพูดคุยมากกว่าเวลามารับยาตามปกติ ส่งผลให้เกิดความสัมพันธที่ดี ทั้งนี้การติดตามผลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทำให้กลุ่มทดลองประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

อีกทั้งการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายเป็นระยะ ช่วยให้กลุ่มทดลองรู้สึกว่าเป็นการใส่ใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ และเกิดความพึงพอใจในการจัดบริการแบบ SSPLA ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการให้คำแนะนำผ่านบริการสุขภาพทางไกลและคำปรึกษาโดยเภสัชกรที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมั่นใจว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการบริการด้านสุขภาพ (28)

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือ เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม และประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสโดยใช้เครื่องมือวัด 2 วิธี ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ การแทรกแซงผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ทำให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งได้มีการประเมินผลความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ทำให้สามารถขยายผลและดำเนินกิจกรรมในหัวข้ออื่นที่สนใจได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่วัดปริมาณไวรัสในเลือดพบว่า ระยะเวลาอยู่ในช่วงกว้าง คือ 1-12 เดือน เนื่องจากเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในคลินิกของโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยสามารถตรวจปริมาณไวรัสในเลือดได้ปีละ 1 ครั้ง ทำให้มีการวัดผลในผู้ป่วยก่อนการแทรกแซงในเวลาที่แตกต่างกัน แต่การศึกษานี้สุ่มแยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ปัจจัยดังกล่าวน่าจะกระจายในทั้งสองกลุ่มพอ ๆ กัน และไม่น่าจะส่งผลต่อข้อสรุปของการศึกษา SSPLA สามารถใช้ได้เฉพาะโทรศัพท์มือถือร่วมกับสัญญาณอินเทอร์เน็ตเท่านั้น อาจทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สามารถขยายผลการศึกษาไปนอกกลุ่มได้ การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาศึกษาเพียง 8 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้

สรุป

SSPLA ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ได้ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความพึงพอใจต่อ SSPLA ในระดับมาก ดังนั้นจึงควรดำเนินกิจกรรมดังกล่าวต่อเนื่อง แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลา การศึกษาในอนาคตควรขยายระยะเวลาการศึกษาเพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรม คุณภาพชีวิตและผลทางคลินิก และควรมีการประเมินผลของสื่อที่

นำมาใช้ ทั้งในด้านรูปแบบ ข้อมูล การเข้าถึง และประโยชน์ที่ได้รับ นอกจากนี้ควรนำ SSPLA มาเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งจะช่วยยืนยันผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วนจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และขอขอบคุณ คุณเกษราภรณ์ แซ่สียง ที่ช่วยพัฒนาสื่อวิดีโอซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัย และขอขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่และแกนนำในคลินิกโรค HIV/AIDS ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการวิจัย และสุดท้ายขอขอบคุณผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Montaner JS, Lima VD, Harrigan PR, Lourenço L, Yip B, Nosyk B, et al. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the "HIV Treatment as Prevention" experience in a Canadian setting. PLoS One. 2014; 9: e87872.
2. World Health Organization, UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Scale up of anti-retroviral coverage over time, select group of generalized and concentrated epidemic countries, 2004 to 2007 [online]. 2008 [cited Mar 19, 2022]. Available from: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc15_10_2008globalreport_en_0.pdf.
3. Thanprasertsuk S, Phokhasawad K, Teeraratkul A, Chasombat S, Pattarapayoon N, Saeng-Aroon S, et al. HIV drug resistance among pre-treatment cases in Thailand: four rounds of surveys during 2006-2013. Outbreak Surveill Investig Rep. 2018; 11: 6-13.
4. Sungkanuparph S, Sukasem C, Kiertiburanakul S, Pa-somsub E. Emergence of HIV-1 drug resistance mutations among antiretroviral-naïve HIV-1-infected patients after rapid scaling up of antiretroviral therapy in Thailand. J Int AIDS Soc. 2012; 15: 12.

5. National Health Security Office. NHSO joins the campaign 'World AIDS Day' 2021, revealing 81% of infected patients successfully take anti-retroviral to suppress the virus [online]. 2021 [cited Feb 6, 2022]. Available from: www.hfocus.org/content/2021/12/23823.
6. Nachega JB, Marconi VC, van Zyl GU, Gardner EM, Preiser W, Hong SY, et al. HIV treatment adherence, drug resistance, virologic failure: evolving concepts. *Infect Disord Drug Targets*. 2011; 11:167-74.
7. Paterson D, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis E, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000; 133: 21-30.
8. Chamroonsawasdi K, Insri N. Predictive factors of antiretroviral (ARV) drug adherence among people living with HIV/AIDS attending at Taksin Hospital, Bangkok, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2011; 94: 775-81.
9. Sukhontha K, Sukhum J, Kanoksak W, Kitiya P-O, Sittikorn R, Nootchawan B, et al. Comparison of adherence of Antiretroviral Therapy between community hospitals and regional hospitals under the universal coverage. *Journal of Health Systems Research*. 2011; 5: 485-94.
10. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005; 353: 487-97.
11. Thanawuth N, Sinarak S. medication adherence among hiv-infected patients and associated factors in the era of universal access to antiretroviral therapy. *J Health Sci Med Res* 2014; 32: 11-22.
12. Binhosen V, Jamkranj T. Factors predicting health promotion behaviors of persons with HIV/AIDS. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2021; 21: 65-79.
13. Hanmon R, Kasatpibal N, Chitreechuer J. Effects of self-management enhancement on antiretroviral drug adherence and risk behaviors among people living with HIV/AIDS. *Nursing Journal* 2013; 40: 40-9.
14. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997
15. Pookkong L. Reducing anxiety of HIV patients through presentation of model at Samutsakhon Hospital [master thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2015.
16. Prasopdee P, Songserm N, Wonglao P. Effects of pharmaceutical care and social support program in HIV/AIDS patients taking anti-retroviral drugs in Phana hospital, Amnat Charoen Province. *Journal of Health Science*. 2015; 24: 893-906.
17. Phonghuthacha R. Application of self-efficacy theory on antiretroviral drug adherence among HIV-infected/AIDS patients [master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2004.
18. 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.
19. Amatavete S, Lujintanon S, Teeratakulpisarn N, Thitipatarakorn S, Seekaew P, Hanaree C, et al. Evaluation of the integration of telehealth into the same-day antiretroviral therapy initiation service in Bangkok, Thailand in response to COVID-19: a mixed-method analysis of real-world data. *J Int AIDS Soc* 2021; 24 (Suppl 6): e25816. doi: 10.1002/jia2.25816.
20. Nooin P. Effect of holistic care model on self-care behavior of people living with HIV/AIDS. *Health Science Journal of Thailand*. 2021; 3: 62-73.
21. Nanthachan N, Kasatpibal N, Viseskul N. Effect of information provision, motivation, and skill development on antiretroviral adherence among youths living with HIV. *Nursing Journal*. 2015; 42: 72-83.
22. CalculatorSoup. Random number generator [online]. 2006 [cited Mar 1, 2022]. Available from: www.calculatorsoup.com/calculators/statistics/random-number-generator.php.
23. Steel G, Nwokike J, Joshi MPJRP. Development of a multi-method tool to measure ART adherence in

- resource-constrained settings: the South Africa experience [online]. 2007 [cited Mar 1, 2022]. Available from: pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadk153.pdf.
24. Sakthong P, Sonsa-Ardjit N, Sukarnjanaset P, Munpan W, Suksanga P. Development and psychometric testing of the medication taking behavior tool in Thai patients. *Int J Clin Pharm* 2016; 38: 438-45.
 25. Tuong W, Larsen ER, Armstrong AW. Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors. *J Behav Med*. 2014; 37: 218-33.
 26. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003; 26: 1-7.
 27. House JS. Social support and social structure. *Sociol Forum* 1987; 2: 135-46.
 28. Tiparat W, Saraluk P, Lertwanawattana J, Pratum S. The effect of the self-efficacy and social support program enhancing to low-salt dietary behavior and the level of blood pressure in elderly patients with hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2014; 25: 70-84.
 29. Nawinprasert K, Soivong P, Boonchuang P. Effects of the self-efficacy and social support enhancement program on adherence to therapeutic regimens and revisiting to hospital among persons with heart failure. *Nursing Journal*. 2015; 42: 11-23.
 30. Riamchan S, Lasuka D, Khampolsiri T. Effects of the self-efficacy and social support enhancement program on disease control behaviors and serum creatinine level among the elderly with end stage renal disease *Nursing Journal*. 2012; 39: 14-27.
 31. Fuangphothong P, Songserm N, Wonglao P. Pharmaceutical care program improves antiretroviral drug adherence in non-adherence patients. *Journal of Health Science*. 2017; 26: 185-97.
 32. Tina A. Effects of empowerment together with social supports to health behaviors among HIV infected persons and AIDS patients currently receiving anti-retroviral in Sansai Hospital, Chiang Mai. *Lanna Public Health Journal*. 2011; 7: 211-23.
 33. Wu P, Johnson BA, Nachega JB, Wu B, Ordonez CE, Hare AQ, et al. The combination of pill count and self-reported adherence is a strong predictor of first-line ART failure for adults in South Africa. *Curr HIV Res*. 2014; 12: 366-75.