

คุณภาพชีวิตและรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ : การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ขวัญดาว ศิลาทอง^{1,2}, เดือนกาญจน์ สุทธิเวทย์³, สุระรอง ชินวงศ์³, ดุจดดี ชินวงศ์³

¹นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

³ภาควิชาปริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์กับรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ในโรงพยาบาลราชวิถี **วิธีการ:** การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสและมีอาการคงที่ ซึ่งมารับการรักษาและมีข้อมูลในเวชระเบียนในช่วง 1 มีนาคม ถึง 31 ธันวาคม 2565 รูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสที่ศึกษามี 3 รูปแบบคือ 1) รับยาโดยพบแพทย์ 2) รับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร และ 3) รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ **เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต** คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกฉบับแปลภาษาไทย **ผลการวิจัย:** ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการศึกษามีทั้งหมด 464 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยรับยาโดยพบแพทย์ 161 คน (ร้อยละ 34.7) ผู้รับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร 164 คน (ร้อยละ 35.3) และผู้รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ 139 คน (ร้อยละ 30.0) ตัวอย่างเป็นเพศชาย 320 คน (ร้อยละ 68.9) อายุเฉลี่ย 43.8 ± 9.7 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 110.8 ± 16.9 (คะแนนเต็ม 155) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบบริการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่รับยาโดยพบแพทย์ 4.66 คะแนน (95%CI 0.58, 8.74) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.025$) แต่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันจากผู้รับยาโดยพบแพทย์เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น **สรุป:** คุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ซึ่งรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ มีระดับที่สูงกว่าผู้ที่รับยาโดยพบแพทย์ ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ควรรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต รูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่

รับต้นฉบับ: 13 เม.ย. 2566, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 19 มิ.ย. 2566, รัลงตีพิมพ์: 22 มิ.ย. 2566

ผู้ประสานงานบทความ: ดุจดดี ชินวงศ์ ภาควิชาปริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

E-mail: dujrudee.c@cmu.ac.th

Quality of life and Service Deliveries for Antiretroviral Drugs among People with Stable HIV Disease: A Comparative Analysis

Kwandaw Silathong^{1,2}, Duankan Sutthiwet³, Surarong Chinwong³, Dujrudee Chinwong³

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

²Department of Pharmacy, Rajavithi Hospital

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

Abstract

Objective: To study the quality of life and its relationship with and service deliveries for antiretroviral drugs among people with stable HIV disease in Rajavithi Hospital. **Methods:** This cross-sectional analytical study collected data from HIV-infected people with antiretroviral therapy and stable conditions of disease who received treatment and had relevant information in their medical records between March 1 and December 31, 2022. There were 3 service deliveries for antiretroviral drugs including 1) receiving drugs by attending a physician's appointment, 2) regular medication refill with a pharmacist, and 3) regularly receiving medication through postal delivery. Quality of life measuring tool was Thai version of the brief World Health Organization Quality of Life Scale for HIV patients. **Results:** A total of 464 HIV-infected patients participated in the study, comprising 161 of those receiving medication after attending physician appointment (34.7 percent), 164 of those with medication refills from a pharmacist (35.3%), and 139 of those with postal drug delivery (30.0%). Subjects were 320 males (68.9%) with mean age of 43.8±9.7 years. The mean overall quality of life was 110.8±16.9 (full score of 155). People living with HIV with postal drug delivery had a higher quality of life score than those who received drugs after physician visits by 4.66 points (95%CI 0.58, 8.74), which was statistically significant (P=0.025). However, it was found that HIV-infected patients with medication refill with a pharmacist had no difference in quality of life scores from those receiving drug after physician visits when controlling for the influence of confounding variables. **Conclusion:** Quality of life scores among stable HIV-infected patients receiving medication through postal delivery was higher than those who received medication after physician visits. Therefore, stable HIV-infected patients should participate in postal drug delivery.

Keywords: quality of life, service deliveries of antiretroviral drugs, stable HIV-infected patients

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย แม้ว่าแนวโน้มในการติดเชื้อรายใหม่จะมีจำนวนลดลงก็ตาม ในปี พ.ศ. 2564 โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ ได้รายงานว่ามีจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงมีชีวิตอยู่ประมาณ 38.4 ล้านคน และมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 1.5 ล้านคน (1) ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ข้อมูลจากแบบจำลองทางด้านคณิตศาสตร์ (AEM-Spectrum ปรับปรุง 22 เมษายน 2565) ได้ประมาณการณ์ไว้ว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 520,000 คน จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรับยาต้านไวรัส 447,061 คน จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,500 คน (2)

ประเทศไทยมีเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 เพื่อควบคุมการแพร่เชื้อเอชไอวีไม่ให้เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข โดยได้กำหนดเป้าหมายสำหรับการดูแลรักษาที่ 90:90:90 ซึ่งร้อยละ 90 ที่ 1 หมายถึงร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง ส่วนร้อยละ 90 ที่ 2 หมายถึงร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส และร้อยละ 90 ที่ 3 หมายถึงร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสและสามารถกดไวรัสได้ (3) แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี 2564/2565 แนะนำให้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวีที่พร้อมในการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส และควรเริ่มยาต้านไวรัสภายในวันเดียวกันกับวันที่วินิจฉัย (4) จากการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการรักษาดังกล่าวทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสในสถานพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ประเทศไทยจึงได้กำหนดแนวทางการดูแลรักษาแบบการปรับบริการตามความแตกต่าง (differentiated care) ซึ่งเป็นวิธีการดูแลรักษาที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะการจัดระบบบริการยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสมานานมากกว่า 1 ปี มีค่า viral load <50 copies/ml (อย่างน้อย 1 ครั้ง) มีวินัยในการกินยา (ใช้ยาตามสั่งมากกว่าร้อยละ 95) ไม่มีโรคร่วมหรืออาการโรคร่วมที่ควบคุมไม่ได้ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ทุกครั้ง รูปแบบที่ได้ดำเนินการ เช่น การจ่ายยาต้าน

ไวรัสนาน 6 เดือน การรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร หรือการรับยาทางไปรษณีย์ ทำให้สถานพยาบาลสามารถดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และรายที่มีอาการโรครุนแรงและมีอาการไม่คงที่ได้อย่างเร่งด่วนและใกล้ชิด ซึ่งจะช่วยลดโอกาสในการแพร่เชื้อเอชไอวีและลดการเสียชีวิต อีกทั้งยังช่วยประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในอนาคต และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งลดภาระงาน ลดความแออัดของหน่วยบริการอีกด้วย (5)

การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสภาวะที่บุคคลพึงประสงค์และบ่งบอกถึงความพึงพอใจเมื่อได้รับสิ่งที่ต้องการอย่างเพียงพอ อาจหมายถึงการอยู่ดี กินดี ประสบความสำเร็จในด้านหน้าที่การงานและด้านชีวิตครอบครัว แต่ละบุคคลให้ความสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องอยู่กับการดำเนินของโรคและต้องรับประทานยาต้านไวรัสตลอดชีวิต ดังนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการดำรงชีวิตและทำให้มีชีวิที่ยาวนานเหมือนกับคนปกติทั่วไป โดยการศึกษาคุณภาพชีวิตในรายมิติได้แก่ มิติร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม จะทำให้ทราบว่าโรคและการดูแลรักษาส่งผลกระทบต่อชีวิตจากมุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง และมีปัจจัยด้านใดบ้างที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ข้อมูลดังกล่าวมีประโยชน์ต่อการจัดระบบบริการเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้นได้ (6) HIV/AIDS Quality of Life Group ได้สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพัฒนาจากแบบวัด WHOQOL ได้เป็นแบบวัด 2 ชุด คือ WHOQOL-HIV มีจำนวนคำถาม 120 ข้อ และ WHOQOL-HIV-BREF ซึ่งเป็นฉบับย่อ มีจำนวนคำถาม 31 ข้อ (7) ณัฐณิย์ มีมนต์ และคณะ ได้แปลแบบสอบถามวัด WHOQOL-HIV-BREF ขององค์การอนามัยโลกเป็นฉบับภาษาไทย (8)

โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงขนาด 1,200 เตียง (9) ในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3,604 ราย ที่มารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำนวน 12,464 ครั้ง (10) โรงพยาบาลมีรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส มี 3 รูปแบบคือ 1) การรับยาโดยพบแพทย์ เป็นการจ่ายยาต้านไวรัสและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาพบแพทย์ตามปกติ 2) การรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร เป็นการจ่ายยาต้านไวรัสและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แพทย์เป็นผู้พิจารณาให้รับยากับเภสัชกร

โดยไม่ต้องพบแพทย์ และ 3) การรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ เป็นการจ่ายยาด้านไวรัสและให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แพทย์เป็นผู้พิจารณาให้รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ จากจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการรับยาโดยพบแพทย์ทุกครั้ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการ ทำให้ผู้รับบริการต้องรอนาน สถานที่แออัด มีผลต่อคุณภาพของการดูแลรักษา เช่น การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการบริการให้คำปรึกษาไม่สามารถทำได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการขาดนัดได้ (5) ดังนั้นโรงพยาบาลจึงได้มีการจัดระบบบริการยาด้านไวรัสแบบ differentiated care ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ โดยเริ่มจากรูปแบบบริการรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรทุก 3 เดือนโดยไม่พบแพทย์ หลังจากนั้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงมีการเพิ่มรูปแบบบริการรับยาทางไปรษณีย์ ซึ่งพบว่า ทั้ง 2 รูปแบบช่วยลดระยะเวลาในการรอรับยา และอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ สถานพยาบาลหลายแห่งมีการจัดรูปแบบบริการรับยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่เพิ่มขึ้น คือการรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรและการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ ซึ่งการจัดรูปแบบบริการดังกล่าวเพื่อต้องการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับมารับยาโดยการพบแพทย์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (5) รวมทั้งโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งยังไม่มีมีการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 รูปแบบ (รับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรและรับยาทางไปรษณีย์) เมื่อเปรียบเทียบกับมารับยาโดยการพบแพทย์ จึงจำเป็นต้องทำการวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับรูปแบบบริการรับยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ในโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนารูปแบบบริการรับยาด้านไวรัสให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง การศึกษาผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 102/2565 และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 007/2565/E

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสและมีอาการคงที่ ซึ่งได้รับการรักษาจากคลินิกโรคติดเชื้อและเมืองร้อน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ตัวอย่าง คือ กลุ่มประชากรที่มารับการรักษาและมีข้อมูลในเวชระเบียนในช่วง 1 มีนาคม ถึง 31 ธันวาคม 2565

เกณฑ์การคัดเข้าในการวิจัยมีดังนี้ 1) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่คงอยู่ในรูปแบบบริการรับยาด้านไวรัสอย่างน้อยติดต่อกัน 3 เดือน 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาด้านไวรัสสูตรปัจจุบันที่ประกอบด้วยยาด้านไวรัสจำนวน 3 ชนิดติดต่อกันมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีและไม่มีการเปลี่ยนสูตรยา 3) มีปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด < 50 copies/ml อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปี 4) มีความร่วมมือในการรับประทานยาดี (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95) เมื่อประเมินจากวิธีการนับเม็ดยา 5) ไม่มีอาการเจ็บป่วยวิกฤต ดังนี้ โรคจิตเภท (F20) เบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนทางไต (E102) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัส อันเป็นผลให้เกิดเนื้องอกร้ายอื่น ๆ ของเนื้อเยื่อต่อมน้ำเหลือง เนื้อเยื่อที่สร้างเม็ดเลือด และเนื้อเยื่ออื่น ๆ (B213) มะเร็งปากมดลูก (C53) และ 6) ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออกในการวิจัยคือ 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อครั้งแรก 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาที่มีอันตรกิริยากับยาด้านไวรัส เช่น ยาฆ่าเชื้อราบางชนิด 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดข้อมูลของตัวแปรที่ต้องการศึกษา และ 4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถตอบแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์ได้

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยในประชากรขนาดใหญ่ (11) เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (d) ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 20 ของค่าเฉลี่ย และไม่เกิน 1 ใน 3 ของ SD ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเบื้องต้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 32 คน โดยใช้แบบวัด WHOQOL-HIV-BREF พบคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 114.66 ± 14.88 ในที่นี้กำหนดค่า $d = 1.5$ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 378 คน และเพิ่มจำนวนขึ้นอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างเกิดการสูญหาย จึงได้จำนวนตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่เท่ากับ 454 คน โดยแบ่งเป็นตัวอย่างในกลุ่มรูปแบบการรับยากลุ่มละ 152 คน การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากเลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้าจนครบจำนวนที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปที่มี 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1.1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไปจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลราชวิถี ส่วนที่ 1.2 แบบเก็บข้อมูลทั่วไปสำหรับอาสาสมัครเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้วยตนเองจากแนวคิดหรือตัวแปรที่สนใจศึกษาวิจัย 2) แบบวัด WHOQOL-HIV-BREF ฉบับภาษาไทยของณัฐณิย์ มีมนต์และคณะ จำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็น 6 มิติ (8) คำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับคือ ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) มากที่สุด (5 คะแนน) โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนตรงตามที่ระบุข้างต้น ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงข้ามกัน การคำนวณคะแนนทำโดยรวมคะแนนเข้าด้วยกันและหารด้วยจำนวนข้อแล้วแปลตามความหมายของสเกล (7)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ มีการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยแพทย์เฉพาะทางที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีนานกว่า 10 ปี จำนวน 3 ท่าน การวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ในการวัด (index of item object congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 แสดงว่า ข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การศึกษายังทดสอบความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเป็น 0.94

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 31 ธันวาคม 2565 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 ส่วนดังนี้

1) เก็บข้อมูลทั่วไปจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลราชวิถี เช่น เพศ อายุ สิทธิการรักษา รูปแบบการรับยาต้านไวรัส ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสในสูตรปัจจุบัน สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับในปัจจุบัน ประวัติแพ้ยา ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส ระดับ CD4 ล่าสุด ระดับ viral load ล่าสุด โรคร่วมที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วย จำนวนรายการยาที่ใช้รักษาโรคร่วม สำหรับการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยใช้วิธีการนับเม็ดยาโดยใช้ข้อมูลจากบันทึกการนับเม็ดยาที่เหลือในครั้งถัดไปกรณีเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีในรูปแบบบริการรับยาโดยพบแพทย์และรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร ส่วนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบบริการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ ใช้การโทรศัพท์สอบถามจำนวนเม็ดยาที่เหลือ ข้อมูลทั้งหมดดังกล่าวถูกบันทึกโดยเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก ซึ่งจะมีการเชื่อมโยงข้อมูลให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

2) เก็บข้อมูลทั่วไปจากแบบสอบถามที่อาสาสมัครตอบด้วยตัวเอง เช่น ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต สถานภาพสมรส การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยไว้วางใจ ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (ที่ส่งผลกระทบต่อรับยาต้านไวรัส) ปัญหาจากการรับประทานยาต้านไวรัส และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตจำนวน 31 ข้อที่อาสาสมัครตอบด้วยตัวเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ใช้โปรแกรม STATA version 14.0 (Serial number: 301406219300) ในการวิเคราะห์ข้อมูล การบรรยายข้อมูลทั่วไปและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้สถิติพรรณนา โดยข้อมูลแบบต่อเนื่องแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ในกรณีที่ข้อมูลแจกแจงแบบปกติ หรือแสดงผลด้วยค่าค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile range: IQR) ในกรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ การเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็นแบบกลุ่มระหว่างกลุ่มการรับยาต่างๆ ใช้ Fishers' exact test หรือ Chi-square test ตามความเหมาะสม การเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็นค่าต่อเนื่องในประชากร 3 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันใช้สถิติ Analysis of variance (ANOVA) กรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติ และใช้สถิติ Kruskal Wallis Test กรณีข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยหาความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้วย univariable linear regression และคัดเลือกตัวแปรที่มี P value < 0.2 ตลอดจนตัวแปรที่อาจสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (6,13) ถึงแม้ว่าค่า P value > 0.2 ก็ตาม เพื่อนำมาเป็นตัวแปรอิสระร่วมกับรูปแบบการรับยาต้านไวรัสเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตโดยใช้ multivariable linear regression ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรกวนที่ควบคุมใน multivariable linear regression ได้แก่ อายุ สิทธิการรักษา

ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือน อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อการรับยาต้านไวรัสสูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับในปัจจุบัน ระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสสูตรปัจจุบัน ระดับ CD4 ล่าสุด ประวัติแพ้ยา และจำนวนรายการยาที่ใช้รักษาโรคร่วม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 464 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่รับยาโดยพบแพทย์จำนวน 161 คน (ร้อยละ 34.7) กลุ่มรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรจำนวน 164 คน (ร้อยละ 35.3) และกลุ่มรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์จำนวน 139 คน (ร้อยละ 30.0) โดยเป็นเพศชายจำนวน

320 คน (ร้อยละ 68.9) อายุเฉลี่ย 43.8 ± 9.7 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีค่ามัธยฐานของระยะเวลารับประทานยาต้านไวรัสเท่ากับ 8.2 ปี (IQR: 5.6-12.5) มีค่ามัธยฐานของระยะเวลารับประทานยาต้านไวรัสสูตรปัจจุบันเท่ากับ 4.3 ปี (IQR: 1.4-5.8) สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับในปัจจุบันที่พบมากที่สุดคือสูตร TDF/FTC/EFV จำนวน 185 คน (ร้อยละ 39.9) รองลงมาเป็นสูตร TDF/3TC/DTG จำนวน 50 คน (ร้อยละ 10.8) ส่วนใหญ่ได้รับยาเป็นชนิดเม็ดรวมที่มีตัวยา 3 ชนิดอยู่ในเม็ดเดียวกัน และรับประทานวันละ 1 ครั้ง จำนวน 236 คน (ร้อยละ 50.9)

ตัวอย่างมีโรคร่วมจำนวน 261 คน (ร้อยละ 56.2) โดยเป็นโรคไข้มันในเลือดสูงมากที่สุดจำนวน 173 คน (ร้อยละ 37.3) ได้รับยาที่ใช้รักษาโรคร่วมจำนวน 186 คน (ร้อยละ 40.1)

ตารางที่ 1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส (ร้อยละ)				P
	ทั้งหมด (n=464)	รับยาโดยพบแพทย์ (n=161)	รับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร (n=164)	รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ (n=139)	
เพศ					
ชาย	320 (68.9)	115 (71.4)	114 (69.5)	91 (65.5)	0.522 ^a
หญิง	144 (31.0)	46 (28.5)	50 (30.5)	48 (34.5)	
อายุ (ปี) $\pm$ SD	43.8 ± 9.7	44.3 ± 10.6	44.4 ± 8.9	42.7 ± 9.3	0.254 ^c
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2) $\pm$ SD	22.9 ± 3.9	23.1 ± 4.1	22.7 ± 3.8	22.9 ± 4.1	0.702 ^c
สิทธิการรักษา					
ประกันสังคม	293 (63.2)	92 (57.1)	112 (68.3)	89 (64.0)	0.054 ^a
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	127 (27.4)	57 (35.4)	38 (23.2)	32 (23.0)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	39 (8.4)	11 (6.8)	11 (6.7)	17 (12.2)	
ชำระเงินเอง	5 (1.1)	1 (0.6)	3 (1.8)	1 (0.7)	
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	208 (44.8)	73 (45.3)	59 (36.0)	76 (54.7)	0.027 ^a
มัธยมศึกษาและต่ำกว่าปริญญาตรี	183 (39.4)	61 (37.9)	76 (46.3)	46 (33.1)	
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	73 (15.7)	27 (16.8)	29 (17.7)	17 (12.2)	
อาชีพหลัก					
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัท	213 (45.9)	76 (47.2)	85 (51.8)	52 (37.4)	0.176 ^b
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	90 (19.4)	28 (17.4)	26 (15.9)	36 (25.9)	
ลูกจ้างชั่วคราว/รับจ้างทั่วไป	82 (17.7)	34 (21.1)	25 (15.2)	23 (16.6)	
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	42 (9.1)	12 (7.5)	14 (8.5)	16 (11.5)	
ว่างงาน	37 (8.0)	11 (6.8)	14 (8.5)	12 (8.6)	

ตารางที่ 1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส (ร้อยละ)				P
	ทั้งหมด (n=464)	รับยาโดยพบ แพทย์ (n=161)	รับยาต่อเนื่องกับ เภสัชกร (n=164)	รับยาต่อเนื่องทาง ไปรษณีย์ (n=139)	
รายได้ต่อเดือนของท่าน					
< 10,000 บาท	103 (22.2)	45 (27.9)	32 (19.5)	26 (18.7)	0.029 ^a
10,000 – 20,000 บาท	181 (39.0)	58 (36.0)	76 (46.3)	47 (33.8)	
> 20,001 บาท	180 (38.8)	58 (36.0)	56 (34.2)	66 (47.5)	
สถานภาพสมรส					
โสด	299 (64.4)	106 (65.8)	99 (60.4)	94 (67.6)	0.688 ^a
คู่	112 (24.1)	39 (24.2)	43 (26.2)	30 (21.6)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	53 (11.4)	16 (9.9)	22 (13.4)	15 (10.8)	
ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต					
ไม่เพียงพอ	210 (45.3)	75 (46.6)	83 (50.6)	52 (37.4)	0.064 ^a
เพียงพอ	254 (54.7)	86 (53.4)	81 (49.4)	87 (62.6)	
การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลในครอบครัวที่ไว้ใจ					
ไม่เปิดเผย	252 (54.3)	95 (59.0)	82 (50.0)	75 (53.9)	0.264 ^a
เปิดเผย	212 (45.7)	66 (41.0)	82 (50.0)	64 (46.0)	
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อการรับยาต้านไวรัส					
ไม่ได้รับผลกระทบ	352 (75.9)	141 (87.6)	133 (81.1)	78 (56.1)	< 0.001 ^a
ได้รับผลกระทบ ^e	112 (24.1)	20 (12.4)	31 (18.9)	61 (43.9)	
ระยะเวลารับประทานยาต้านไวรัส (ปี)					
1-5	133 (28.7)	53 (32.9)	38 (23.2)	42 (30.2)	0.359 ^a
6-10	161 (34.7)	53 (32.9)	59 (36.0)	49 (35.3)	
> 10	170 (36.6)	55 (34.2)	67 (40.9)	48 (34.5)	
ค่ามัธยฐาน (IQR)	8.2(5.6,12.5)	7.8 (4.8,13.4)	8.8 (6.2,12.4)	8.2 (5.7,12.5)	0.333 ^d

a: = Fisher's exact test; b: Chi-square tests; c: Analysis of Variance (ANOVA); d: Kruskal-Wallis H test; e: ไม่กล้ามาโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวติดเชื้อโควิด เกิดการเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษา เช่น ไม่ได้รับสิทธิประกันสังคม เพราะออกจากงานประจำ

ละ 40.1) ผลการรักษาในปัจจุบันพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดมี viral load < 50 copies/ml มีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ล่าสุดเฉลี่ย 579.9±233.2 cell/m² มีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 จำนวน 448 คน (ร้อยละ 96.5) ดังตารางที่ 2

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วย WHOQOL-HIV-BREF โดยจำแนกรายคำถาม คะแนนในคำถามข้อที่ให้ตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมมีเฉลี่ย

3.5±0.8 คะแนน (คะแนนเต็ม 5) บ่งบอกว่า ตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงมาก

จากตารางที่ 4 คะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 110.8±16.9 คะแนน (คะแนนเต็ม 155) คะแนนรวมของคุณภาพชีวิตในตัวอย่างจำแนกตามรูปแบบการบริการเรียงจากมากไปหาน้อยคือ การรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ (114.0±17.9) รองลงมาคือ รับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร (110.3±15.9) และรับยาโดยพบแพทย์ (108.5±16.7) เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 3 รูปแบบพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตมิติร่างกาย ความรู้สึก

ตารางที่ 2. ลักษณะข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส (ร้อยละ)				P
	ทั้งหมด (n=464)	รับยาโดยพบ แพทย์ (n=161)	รับยาต่อเนื่องกับ เภสัชกร (n=164)	รับยาต่อเนื่องทาง ไปรษณีย์ (n=139)	
สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับในปัจจุบัน					
NNRTI based regimens ⁺					
- EFV based regimens ¹	332 (71.6)	94 (58.4)	131 (79.9)	107 (77.0)	< 0.001 ^a
- NVP based regimens ²					
- RPV based regimens ³					
INSTI based regimens ⁺⁺					
- DTG based regimens ⁴	80 (17.2)	49 (30.4)	16 (9.8)	15 (10.8)	
- RAL based regimens ⁵					
PI based regimens ⁺⁺⁺					
- LPV/r based regimens ⁶	52 (11.2)	18 (11.2)	17 (10.4)	17 (12.2)	
- ATV/r based regimens ⁷					
รูปแบบยาต้านไวรัสที่ได้รับ					
สูตรยาเม็ดเดี่ยว	236 (50.9)	85 (52.8)	79 (48.2)	72 (51.8)	0.685 ^a
สูตรยาหลายเม็ด	228 (49.1)	76 (47.2)	85 (51.8)	67 (48.2)	
จำนวนมือของการรับประทานยาต้านไวรัส					
1 มือต่อวัน	246 (53.0)	89 (55.3)	81 (49.4)	76 (54.7)	0.514 ^a
2 มือต่อวัน	218 (47.0)	72 (44.7)	83 (50.6)	63 (45.3)	
ระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสสูตรปัจจุบัน (ปี)					
1-5	355 (76.5)	138 (85.7)	115 (70.1)	102 (73.4)	0.012 ^a
6-10	72 (15.5)	16 (9.9)	31 (18.9)	25 (18.0)	
> 10	37 (8.0)	7 (4.4)	18 (11.0)	12 (8.6)	
ค่ามัธยฐาน (IQR)	4.3 (1.4,5.8)	2 (0.3,5.3)	5.4 (3.7,6.4)	4.8 (2.0,6.2)	< 0.001 ^d
ระดับ CD4 ล่าสุด (cell/m ³)					
< 200	14 (3.0)	10 (6.2)	3 (1.8)	1 (0.7)	0.030 ^a
200-500	163 (35.1)	61 (37.9)	51 (31.1)	51 (36.7)	
> 500	287 (61.9)	90 (55.9)	110 (67.1)	87 (62.6)	
ระดับ CD4 เฉลี่ย±SD	579.9±233.2	528.5±216.9	600.6±223.8	615.1±252.7	0.002 ^c
ความร่วมมือในการใช้ยา					
< ร้อยละ 95	16 (3.5)	7 (4.4)	5 (3.1)	4 (2.9)	0.772 ^a
≥ ร้อยละ 95	448 (96.5)	154 (95.6)	159 (96.9)	135 (97.1)	
ค่ามัธยฐาน (IQR)	100 (100,100)	100 (100,100)	100 (100,100)	100 (100,100)	0.245 ^d
ปัญหาจากการใช้ยาต้านไวรัส (จากการประเมินของผู้ป่วย)					
ไม่มีปัญหา	420 (90.5)	149 (92.6)	149 (90.9)	122 (87.8)	0.385 ^a
มีปัญหา ^e	44 (9.5)	12 (7.5)	15 (9.2)	17 (12.2)	

ตารางที่ 2. ลักษณะข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส (ร้อยละ)				P
	ทั้งหมด (n=464)	รับยาโดยพบ แพทย์ (n=161)	รับยาต่อเนื่องกับ เภสัชกร (n=164)	รับยาต่อเนื่องทาง ไปรษณีย์ (n=139)	
ประวัติแพ้ยา					
ไม่มีประวัติแพ้ยา	366 (78.9)	114 (70.8)	145 (88.4)	107 (77.0)	< 0.001 ^a
มีประวัติแพ้ยา	98 (21.1)	47 (29.2)	19 (11.6)	32 (23.0)	
ประวัติการรับประทานยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส					
ไม่เคยรับประทาน	149 (32.1)	47 (29.2)	56 (34.2)	46 (33.1)	0.521 ^a
เคย แต่หยุดยาแล้ว	307 (66.2)	109 (67.7)	106 (64.6)	92 (66.2)	
กำลังรับประทาน	8 (1.7)	5 (3.1)	2 (1.2)	1 (0.7)	
โรคที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วย					
ไม่มี	203 (43.8)	63 (39.1)	76 (46.3)	64 (46.0)	0.347 ^a
มี	261 (56.2)	98 (60.9)	88 (53.7)	75 (54.0)	
โรคร่วม (1 คนอาจเป็นมากกว่า 1 โรค)					
โรคไขมันในเลือดสูง	173 (37.3)	61 (37.9)	66 (40.2)	46 (33.1)	**
โรคความดันโลหิตสูง	59 (12.7)	22 (13.7)	21 (12.8)	16 (11.5)	
โรคเบาหวาน	23 (5.0)	13 (8.1)	6 (3.7)	4 (2.9)	
โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	23 (5.0)	10 (6.2)	4 (2.4)	9 (6.5)	
โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	19 (4.1)	7 (4.4)	6 (3.7)	6 (4.3)	
โรคไตเรื้อรัง	17 (3.7)	10 (6.2)	5 (3.0)	2 (1.4)	
โรคซึมเศร้า	10 (2.2)	4 (2.5)	1 (0.6)	5 (3.6)	
อื่นๆ	33 (7.1)	17 (15.6)	8 (4.9)	8 (5.8)	
จำนวนรายการยาที่ใช้รักษาโรคร่วม					
0	278 (59.9)	80 (49.7)	107 (65.2)	91 (65.5)	< 0.001 ^a
1-2	137 (29.5)	50 (31.1)	48 (29.3)	39 (28.1)	
> 3	49 (10.6)	31 (19.2)	9 (5.5)	9 (6.4)	
ค่ามัธยฐาน (IQR)	0 (0,1)	1 (0,2)	0 (0,1)	0 (0,1)	0.007 ^d

*Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors **Integrase inhibitors ***Protease inhibitors

1: TDF/FTC/EFV, AZT/3TC+EFV, TDF+3TC+EFV, ABC/3TC+EFV; 2: AZT/3TC/NVP, TDF+3TC+NVP, TDF/FTC+NVP; 3: TDF/FTC+RPV, ABC/3TC+RPV; 4: TDF/3TC/DTG, TDF/FTC+DTG, ABC/3TC+DTG, AZT/3TC+TDF+DTG; 5: TDF/FTC+RAL, AZT/3TC+LPV/r+RAL; 6: TDF/FTC+LPV/r, ABC/3TC+LPV/r, AZT+3TC+LPV/r, AZT+TDF+LPV/r; 7: TDF/FTC+ATV/r, AZT/3TC+ATV/r, ABC/3TC+ATV/r

**ไม่มีการทดสอบทางสถิติหาค่า P

a: Fisher's exact test;

b: Chi-square;

c: Analysis of Variance (ANOVA);

d: Kruskal-Wallis H test;

e: เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา มีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงระยะยาว

ตารางที่ 3. คะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วย WHOQOL-HIV-BREF จำแนกรายข้อ (n=464)

คำถาม	จำนวนผู้ติดเชื้อจำแนกตามคำตอบ (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย ±SD
	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	
ท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ชีวิตความเป็นอยู่) มากน้อยเพียงใด	7 (1.5)	19 (4.1)	213 (45.9)	166 (35.8)	59 (12.7)	3.5±0.8
ท่านรู้สึกพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	12 (2.6)	11 (2.4)	160 (34.5)	210 (45.3)	71 (15.3)	3.7±0.9
ด้านร่างกาย						
1.ความเจ็บปวดตามร่างกาย ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้**	176 (37.9)	133 (28.7)	115 (24.8)	35 (7.5)	5 (1.1)	3.9±1.0
2.ท่านมีความขัดเคืองใจหรือรำคาญกับอาการเจ็บป่วยทางร่างกายที่น่าจะเป็นผลจากการติดเชื้อเอชไอวี**	187 (40.3)	110 (23.7)	105 (22.6)	44 (9.5)	18 (3.9)	3.9±1.2
3.ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน	3 (0.7)	12 (2.6)	133 (28.7)	229 (49.3)	87 (18.8)	3.8±0.8
4.ท่านรู้สึกพอใจกับการนอนหลับของตนเอง	16 (3.5)	46 (9.9)	171 (36.9)	176 (37.9)	55 (11.9)	3.5±0.9
ด้านจิตใจ						
5.ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ)	9 (1.9)	15 (3.2)	163 (35.1)	170 (36.6)	107 (23.1)	3.8±0.9
6.ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ได้เป็นอย่างดี	5 (1.1)	13 (2.8)	135 (29.1)	218 (47.0)	93 (20.0)	3.8±0.8
7.ท่านยอมรับในรูปร่างหน้าตาของตนเอง	8 (1.7)	25 (5.4)	169 (36.4)	172 (37.1)	90 (19.4)	3.7±0.9
8.ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง	7 (1.5)	11 (2.4)	135 (29.1)	207 (44.6)	104 (22.4)	3.8±0.8
9.ท่านมีความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกอารมณ์ไม่ดี เศร้า สิ้นหวัง หดหู่ หรือวิตกกังวล**	114 (24.6)	175 (37.7)	128 (27.6)	32 (6.9)	15 (3.2)	3.7±1.0
ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ						
10.ท่านมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อที่จะสามารถทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ไปได้ในแต่ละวัน**	111 (23.9)	47 (10.1)	105 (22.6)	89 (19.2)	112 (24.1)	2.9±1.5
11.ท่านสามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้อย่างสะดวก	6 (1.3)	19 (4.1)	152 (32.8)	186 (40.1)	101 (21.8)	3.8±0.9
12.ท่านรู้สึกพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	4 (0.9)	20 (4.3)	151 (32.5)	214 (46.1)	75 (16.2)	3.7±0.8
13.ท่านรู้สึกพอใจกับความสามารถในการทำงานในปัจจุบันที่สามารถทำได้อย่างที่เคยทำมา	6 (1.3)	18 (3.9)	149 (32.1)	213 (45.9)	78 (16.8)	3.7±0.8

ตารางที่ 3. คะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วย WHOQOL-HIV-BREF จำแนกรายข้อ (n=464) (ต่อ)

คำถาม	จำนวนผู้ติดเชื่อจำแนกตามคำตอบ (ร้อยละ)					ค่าเฉลี่ย ±SD
	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)	
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม						
14.ท่านรู้สึกพอใจที่ได้รับการยอมรับจากคนรู้จัก	18 (3.9)	40 (8.6)	184 (39.7)	175 (37.7)	47 (10.1)	3.4±0.9
15.ท่านรู้สึกพอใจกับความสัมพันธ์ต่อผู้อื่น	8 (1.7)	18 (3.9)	143 (30.8)	222 (47.8)	73 (15.7)	3.7±0.8
16.ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิตรักและการมีเพศสัมพันธ์	27 (5.8)	107 (23.1)	189 (40.7)	100 (21.6)	41 (8.8)	3.0±1.0
17.ท่านได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	43 (9.3)	65 (14.0)	215 (46.3)	116 (25.0)	25 (5.4)	3.0±1.0
ด้านสิ่งแวดล้อม						
18.ท่านรู้สึกว่าชีวิตในแต่ละวันของท่านมีความมั่นคงปลอดภัย	6 (1.3)	28 (6.0)	205 (44.2)	170 (36.6)	55 (11.9)	3.5±0.8
19.ท่านรู้สึกว่าสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน	9 (1.9)	21 (4.5)	167 (36.0)	183 (39.4)	84 (18.1)	3.7±0.9
20.ท่านมีเงินมากเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของท่านเอง	33 (7.1)	101 (21.8)	257 (55.4)	57 (12.3)	16 (3.5)	2.8±0.9
21.ท่านมีโอกาสได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	10 (2.2)	24 (5.2)	185 (39.9)	205 (44.2)	40 (8.6)	3.5±0.8
22.ท่านมีโอกาสได้ทำกิจกรรมพักผ่อนคลายเครียด	10 (2.2)	68 (14.7)	209 (45.0)	137 (29.5)	40 (8.6)	3.3±0.9
23.ท่านรู้สึกพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของท่าน	9 (1.9)	29 (6.3)	170 (36.6)	185 (39.9)	71 (15.3)	3.6±0.9
24.ท่านรู้สึกพอใจในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของท่าน	9 (1.9)	21 (4.5)	154 (33.2)	203 (43.8)	77 (16.6)	3.7±0.9
25.ท่านรู้สึกพอใจในการเดินทางคมนาคมของท่าน	11 (2.4)	46 (9.9)	205 (44.2)	160 (34.5)	42 (9.1)	3.4±0.9
ด้านจิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคลและศาสนา						
26.ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย	7 (1.5)	16 (3.5)	81 (17.5)	151 (32.5)	209 (45.0)	4.2±0.9
27.ท่านรู้สึกขัดเคืองใจหรือรำคาญกับการที่มีคนมาตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับสถานะการติดเชื่อของท่าน**	197 (42.5)	62 (13.4)	99 (21.3)	55 (11.9)	51 (11.0)	3.6±1.4
28.ท่านรู้สึกหวาดกลัวกับอนาคต**	107 (23.1)	98 (21.1)	139 (30.0)	74 (15.9)	46 (9.9)	3.3±1.3
29.ท่านรู้สึกมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิต**	163 (35.1)	116 (25.0)	98 (21.1)	51 (11.0)	36 (7.8)	3.7±1.3

**ในคำถามเชิงลบ ให้คะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)

ตารางที่ 4. คะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสจำแนกรายมิติ (n=464)

รายมิติ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ยจำแนกตามรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส (±SD)				P*
		ทั้งหมด (n=464)	รับยาโดยพบแพทย์ (n=161)	รับยากับเภสัชกร (n=164)	รับยาทางไปรษณีย์ (n=139)	
ร่างกาย (4 ข้อ)	20	15.1±2.8	14.6±2.6 ^a	15.1±2.8 ^{ab}	15.7±2.8 ^b	< 0.001
จิตใจ (5 ข้อ)	25	18.8±3.3	18.5±3.3	19.0±3.0	19.0±3.5	0.303
ความรู้สึกรับเป็นอิสระ (4 ข้อ)	20	14.1±2.6	13.7±2.4 ^a	13.9±2.4 ^a	14.9±2.9 ^b	< 0.001
สัมพันธภาพทางสังคม (4 ข้อ)	20	13.2±2.8	13.2±2.8	13.2±2.6	13.2±3.0	0.961
สิ่งแวดล้อม (8 ข้อ)	40	27.5±4.6	27.4±4.6	27.3±4.7	27.8±4.7	0.559
จิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคลและศาสนา (4 ข้อ)	20	14.8±3.6	14.0±3.4 ^a	14.6±3.7 ^a	16.0±3.3 ^b	< 0.001
คะแนนรวมทั้งหมด (31 ข้อ) ^c	155	110.8±16.9	108.5±16.7 ^a	110.2±15.9 ^{ab}	114.0±17.9 ^b	0.015

*Analysis of variance (ANOVA); a, b: ตัวอักษรที่แตกต่างกันในแถวเดียวกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติ Bonferroni ที่ $P < 0.05$; c: คะแนนรวมได้รวมคำตอบจากคำถามประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (2 ข้อ) ที่มีคะแนนเต็ม 10 ด้วย แต่ไม่ได้แสดงคะแนนดังกล่าวในตาราง

เป็นอิสระ และจิตวิญญาณ/ความเชื่อส่วนบุคคลและศาสนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและทั้ง 3 มิติสูงกว่าผู้ที่รับยาโดยพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.015, <0.001, <0.001, <0.001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ของการรับยาและคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสกับคุณภาพชีวิต เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ multivariable linear regression เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น (ตามที่ระบุในตารางที่ 5) พบว่า ผู้ที่รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่รับยาโดยพบ

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสกับคุณภาพชีวิตเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ univariable และ multivariable linear regression (n=464)

รูปแบบบริการรับยาต้านไวรัส	β-Coefficients	95%CI	P
univariable linear regression			
รับยาโดยพบแพทย์	กลุ่มอ้างอิง		
รับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร	1.72	-1.94, 5.38	0.356
รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์	5.49	1.67, 9.32	0.005
multivariable linear regression*			
รับยาโดยพบแพทย์	กลุ่มอ้างอิง		
รับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร	1.36	-2.44, 5.16	0.482
รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์	4.66	0.58, 8.74	0.025

*ควบคุมอิทธิพลของอายุ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อการบริการรับยาต้านไวรัส สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับในปัจจุบัน ระยะเวลาในการรับประทานยาต้านไวรัสสูตรปัจจุบัน ระดับ CD4 ล่าสุด ประวัติแพ้ยา และจำนวนรายการยาที่ใช้รักษาโรคร่วม ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรอื่นดังกล่าวจากการวิเคราะห์แบบ univariable โดยคัดเลือกตัวแปรที่ $P < 0.2$ และคัดเลือกตัวแปรที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องถึงแม้ว่าค่า $P > 0.2$ ก็ตาม

แพทย์ เท่ากับ 4.66 คะแนน (95%CI 0.58, 8.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.025$) แต่ผู้ที่รับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้รับยาโดยพบแพทย์ ($P=0.482$)

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่

จากการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน 3 รูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก อาจเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ทราบผลการรักษาว่า ตนสามารถควบคุมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาได้ดี เช่น viral load, CD4 เป็นต้น และรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ทำใจยอมรับต่อการเสียชีวิตได้ อีกทั้งรู้สึกรำคาญเล็กน้อยที่มีคนวิจารณ์เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในส่วนของคุณภาพชีวิตในมิติด้านความรู้สึกเป็นอิสระและด้านสัมพันธภาพทางสังคมพบว่า คะแนนบางข้ออยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจาก 2 สาเหตุดังนี้ 1) ความรู้สึกเป็นอิสระจากปัญหาเรื่องโรคและการรักษาอาจมีระดับไม่สูงเพราะโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องรับประทานยาต้านไวรัสตลอดชีวิตและรับประทานตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ จนต้องเข้ารับการรักษายาบาลบ่อยครั้ง 2) สัมพันธภาพทางสังคมเกี่ยวกับปัญหาจากการดำรงชีวิตในสังคมอาจไม่อยู่ในระดับที่สูงจากสาเหตุ เช่น ต้องปกปิดการติดเชื้อเอชไอวีเป็นความลับ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อถึงร้อยละ 54.3 อาจเนื่องมาจากผู้คนในสังคมบางกลุ่มขาดการยอมรับการเข้าร่วมในสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งยังมีทัศนคติในเชิงลบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย ยังชี้ให้เห็นได้จากการสมัครเข้าทำงานในธุรกิจบางประเภท รวมถึงหน่วยงานราชการบางส่วนที่ยังมีการบังคับให้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น (12)

จากข้อมูลการวิจัยจากเครือข่ายเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยพบว่า ข้อกังวลเรื่องสถานะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ตัวอย่างในการวิจัยไม่ประสบความสำเร็จในการทำงาน ส่วนมากมีอาชีพรับจ้างชั่วคราวและมักทำได้ไม่เกิน 3 เดือน เป็นต้น (12) ดังนั้นแม้ว่าในปัจจุบันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทั่วถึงโดยภาครัฐได้มีนโยบายสนับสนุนให้เริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็วที่สุดหรือภายในวันเดียวกันกับการวินิจฉัย ทำให้ลด

ภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตได้ (4) อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีแนวโน้มจะได้รับการยอมรับในสังคมมากขึ้นจากการรณรงค์จากภาคส่วนต่าง ๆ ที่พยายามให้ข้อมูลสร้างความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี แต่อย่างไรก็ตาม ผลกระทบด้านโรคและการดำรงชีวิตในสังคมดังกล่าวข้างต้นอาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางก็เป็นได้

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า คำถามหนึ่งข้อที่ถามถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนเฉลี่ย 3.5 ± 0.8 คะแนน (เต็ม 5) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเดียวกัน (WHOQOL-HIV-BREF-THAI) ของน้องเล็ก คุณวรวิทย์ และคณะ (13) ที่พบว่า คะแนนจากคำถามในข้อดังกล่าวมีค่าเฉลี่ย 3.31 คะแนนซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของวิษณุ อนิลบล (14) เกษรวิ ละม้ายสกุล (15) และประทีป ดวงงาม (6) ที่ใช้แบบวัดเดียวกันที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้การศึกษาของเปรมจิตร์ ตันบุญยืน ที่ประเมินคุณภาพชีวิตโดยวิธี standard gamble (16) พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากผลการศึกษาของปวิศ พากวิพัทธ์และคณะ ที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้วย MOS-HIV ฉบับภาษาไทย (17) และการศึกษาของนิตยา ดาววงศ์ญาติ ที่ใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิต 9-THAI (18) รวมทั้งการศึกษาของณัฐพร สีนวิภาตและคณะ ที่ใช้แบบสอบถาม WHOQOL-BREF-THAI (19) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของผู้ป่วยในแต่ละการศึกษาในเรื่องอาการและความรุนแรงของโรค การเข้าถึงการรักษา การรับประทานยาตามสั่ง การได้รับคำแนะนำในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการควบคุมอาการของโรคและคุณภาพชีวิต (20) นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมและการมีกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทำกิจกรรมเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนและให้กำลังใจซึ่งกันและกันกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (21)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยในมิติร่างกาย ความรู้สึกเป็นอิสระ และจิตวิญญาณ/ความเชื่อ

ส่วนบุคคลและศาสนามากกว่าผู้ที่รับยาโดยพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์โดยควบคุมปัจจัยแทรกพบว่า ผู้ที่รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่รับยาโดยพบแพทย์ เท่ากับ 4.66 คะแนน ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่รับยาทางไปรษณีย์เป็นกลุ่มที่แพทย์ได้พิจารณาแล้วว่า มีภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายน้อย ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดความกังวลที่จะถูกตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับสถานะการติดเชื้อเอชไอวีจากการมาพบแพทย์ที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลในด้านความเป็นส่วนตัว เช่น การถูกเรียกชื่อนามสกุลแทนการใช้ระบบคิว เป็นต้น อีกทั้งแนวทางนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ เช่น การรับยาทางไปรษณีย์ ที่ระบุว่า ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ (5) นอกจากนี้ การรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ยังช่วยประหยัดเวลาในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายลดความแออัดและลดการลางาน สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์และคณะ ที่ศึกษาการจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณัแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นต่อโครงการว่า ยังคงอยากใหัดำเนินโครงการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ต่อเนื่องและมีความต้องการให้ขยายผลโครงการไปยังผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น โดยให้เหตุผลเรื่องการลดค่าใช้จ่ายและประหยัดเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาล (22) ทั้งนี้ ผู้ติดเชื้อในรูปแบบบริการรับยาโดยพบแพทย์อาจมีความต้องการพบแพทย์จริง ๆ เพราะคิดว่าอาการทางด้านร่างกายนั้นยังไม่ดีเท่าที่ควร

ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ที่รับยาทางไปรษณีย์ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษา เช่น ไม่ได้รับสิทธิประกันสังคมเนื่องจากออกจากงานประจำ ซึ่งยังทำให้รายได้จากการทำงานลดลงอีกด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่กล้าเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลเนื่องจากกลัวติดโรคโควิด-19 และกังวลกับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเลือกรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของหนึ่งฤทัย อภิพัทธ์กานต์ และคณะ ที่ศึกษาระบบการจัดส่งยาแบบความปกติใหม่ (new normal) ในสถานการณัแพร่ระบาดของโควิด-19 ของหน่วยเวชกรรมโรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่พบว่า การ

จัดส่งยาทางไปรษณีย์ลดความแออัดในการมารับบริการและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส (23) แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสกับคุณภาพชีวิต มีเพียงการศึกษาแบบการส่งยาต้านไวรัสทางไปรษณีย์กับผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาทางไปรษณีย์จำนวน 157 คน ได้รับยาครบถ้วน ไม่พบการขาดยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเกือบทุกคน (ประมาณร้อยละ 98.7) มีระดับเชื้อไวรัสในกระแสเลือด < 40 copies/ml รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ลดการหยุดงาน และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ในส่วนของผู้ให้บริการพบว่า ช่วยลดภาระงานโดยเฉพาะในช่วงเวลาเร่งด่วน และลดความแออัดภายในโรงพยาบาล (5)

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานโดยตรงของผู้วิจัยพบว่า อุปสรรคในการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางราย คือ ไม่สะดวกรับยาทางไปรษณีย์เนื่องจากต้องการปกปิดความลับเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีกับคนในครอบครัว อีกทั้งระยะเวลาในการขนส่งไปรษณีย์ในบางสถานที่ไม่แน่นอน ทำให้ได้รับยาต้านไวรัสไม่ทันเวลาจนเกิดการขาดยา เป็นต้น ดังนั้นสถานพยาบาลควรหาแนวทางป้องกันเกี่ยวกับความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น กล่องพัสดุจะต้องไม่บ่งบอกสถานะว่าเป็นผู้ป่วยและไม่มีสัญลักษณ์ของโรงพยาบาล เป็นต้น และควรพัฒนาระบบจัดส่งยาล่วงหน้าก่อนวันนัด 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาทันเวลา

ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้รับยาโดยพบแพทย์เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนต่าง ๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรมีระยะเวลาในการรอรับยาค่อนข้างนาน อีกทั้งบางขั้นตอนในการรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรเหมือนกับการรับยาโดยพบแพทย์ เช่น ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ต้องลงทะเบียนเปิดสิทธิการรักษา รอการซักประวัติจากพยาบาล เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ข้อคิดเห็นว่า รูปแบบบริการรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรช่วยลดระยะเวลารอพบแพทย์

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ การศึกษาเก็บข้อมูลช่วงเวลาเดียว จึงไม่สามารถบอกทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ คือ ไม่สามารถบอกได้ว่ารูปแบบรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิต

ที่ตื้น หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณภาพชีวิตดีจะกำหนดให้เลือกรับยาทางไปรษณีย์โดยแพทย์หรือโดยตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบเป็นการวิจัยแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) โดยติดตามเก็บข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่คงอยู่ในระบบแต่ละรูปแบบบริการ 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจตอบแบบสอบถามในทิศทางที่สังคมหรือบุคลากรทางการแพทย์ต้องการ ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่เกิดความลำเอียง นอกจากนี้ ตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทางออนไลน์ จึงไม่การอธิบายคำถามจากผู้วิจัยหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีข้อสงสัย เช่น คำถามเกี่ยวกับการทำให้ผ่อนคลายลง เมื่อมีความรู้สึกทางเพศเกิดขึ้น ตัวอย่างบางคนเข้าใจว่าอยู่คนเดียวเลยไม่มีเพศสัมพันธ์ จึงเลือกตอบตัวเลือก “ไม่เลย” ซึ่งในความเป็นจริงแล้วคำตอบนี้หมายถึง ไม่พอใจกับการจัดการที่ทำให้ผ่อนคลายลงเมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้การสัมภาษณ์ เพื่อให้สามารถอธิบายคำถามให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจอย่างละเอียดหรือให้คำอธิบายเพิ่มเติมหากมีข้อสงสัย

สรุป

คุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์สูงกว่าผู้รับยาโดยการพบแพทย์ จึงควรส่งเสริมให้สถานพยาบาลจัดรูปแบบบริการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์เพิ่มขึ้น โดยควรพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบการส่งยาทางไปรษณีย์โดยตรงและควรมีการพัฒนาบริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) เพื่อเป็นช่องทางให้คำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ ในส่วนของการรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกรควรปรับปรุงในเรื่องระยะเวลาการรับยา โดยอาจเปลี่ยนสถานที่ในการรับยาเพื่อไม่ให้แออัดหรือนำเทคโนโลยีมาช่วย เช่น การนำตู้จ่ายยาอัตโนมัติที่สามารถรับยาได้ตลอดเวลามาใช้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเมืองร้อนและติดเชื้อ โรงพยาบาลราชวิถี ที่ให้การช่วยเหลือ

ในงานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณเภสัชกร เจ้าหน้าที่ประจำห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกดีกาศอุทิศ โรงพยาบาลราชวิถี ที่ให้การช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization (WHO). Aids by the numbers [online]. 2021 [cited Nov 9, 2021]. Available from: www.unaids.org/en.
2. Thailand HIV Information Collection Center Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases. Estimates of HIV infection: AIDS epidemic model: AEM updated [online]. 2022 [cited Mar 15, 2023]. Available from: www.hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php.
3. National AIDS Prevention and Alleviation Committee Thailand. National strategy for ending AIDS 2017-2030. Bangkok: NC Concept; 2017.
4. Bureau of AIDS, Tuberculosis and STIs Department of Disease Control, Thailand. Thailand national guideline on HIV/AIDS treatment and prevention 2021/2022. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2022.
5. Thai-US Cooperation Center for Public Health Division of AIDS and Sexually Transmitted Diseases Department of Disease Control. Guidelines for the provision of antiretroviral therapy services for people with stable symptoms of HIV infection with service users as the center in the context of health service units in Thailand. Bangkok: Radiation Company; 2020.
6. Duangngam P. Level of quality of life and factors effecting quality of life among HIV Infected and AIDS patients received antiretroviral drugs in community hospitals, Trang [master thesis]. Department of Health Systems Management: Thaksin University; 2012.

7. HIV/AIDS Quality of Life Group. WHOQOL-HIV instrument. Geneva: World Health Organization; 2002.
8. Meemon N, Paek SC, Yenchai D, Wan TT. Application of the WHOQOL-HIV-BREF questionnaire in HIV-infected Thai patients: Reliability and validity of the instrument. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2016; 27: 698-708.
9. Medical Records and Statistics Information Technology Group. Annual statistical report of Rajavithi Hospital [online]. 2020 [cited Nov 8, 2021]. Available from: www.rajavithi.go.th/rj/?cat=76.
10. Outpatient Pharmacy Department. Service profile in Rajavithi Hospital [online]. 2022 [cited Dec 15, 2022]. Available from: www.rajavithi.go.th/rj/tqm/.
11. Daniel, Wayne W. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley and Sons; 1995.
12. BBC Thai. The new generation living with HIV reveals obstacles in the working life of "positive people" [online]. 2018 [cited Nov 27, 2022]. Available from: www.bbc.com/thai/thailand -55172053.
13. Kunawaradisai N, Dawnvongyad N, Wannathong K, Moonsrikaew N, Thaiyanan S. Quality of life of HIV infected and AIDS patients in Ubon Ratchathani. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences* 2016; 12: 21-32.
14. Aninlabon W, Prasertchai A, Geerapong P. A comparison of quality of life among HIV/AIDS patients attending government hospitals. *Journal of the Department of Medical Services* 2019; 44: 120-9.
15. Lamaisakul G. Health-related quality of life amongst persons living with HIV/AIDS receiving antiretroviral drug at the secondary level hospital in Samut Sakhon Province [master thesis]. Bangkok: Christian University; 2012.
16. Tanboonyuen P, Leelaknaveera Y, Homsin P. Quality of life predictors of people living with HIV/AIDS. *Journal of Public Health Nursing*. 2015; 29: 80-97.
17. Phaktipat P, Kingphaiklang M, Cherdchaiyaphum W, Kimal W, Thangthonglang C, Sramunee K. Factors affecting CD4 levels and quality of life of HIV infected persons. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University* 2017; 36: 561-71.
18. Dawvongyad N. Quality of life, satisfaction of service and viral load suppression of HIV infected patients with differentiated care service refill clinic Sunprasittiprasong Hospital. *AIDS Journal* 2021; 33: 102-10.
19. Leenwiphat N, Khotphuwang T. Quality of life among people living with HIV received antiretroviral drugs in Khon Kaen province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*. 2019; 27: 1-11.
20. Huang L, Li L, Zhang Y, Li H, Li X, Wang H. Self-efficacy, medication adherence, and quality of life among people living with HIV in Hunan Province of China: a questionnaire survey. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2013; 24: 145-53.
21. Jiwpanya W, Makkunchorn J, Tadsreepeeradol N. The role of social groups is affecting for quality of life of HIV case: The case study of Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan province. *Thai AIDS Journal* 2022; 34: 171-83.
22. Rattanapan P, Phetcharun P, Suriya S. Development of mail-order pharmacy system for hypertensive patients in era of coronavirus disease 2019 pandemic. *Chiangrai Medical Journal* 2020; 12: 48-66.
23. Apipatkan N, Thanritaweeporn K, Wonginyu K, Sanprasert S. Efficiency development of drug delivery system in the new normal model of the pharmacy unit dental hospital faculty of dentistry Khon Kaen University in the situation of the epidemic of COVID 19. The 13th National Academic Conference, Nakhon Pathom Rajabhat University: Nakhon Pathom; 8-9 July 2021.