

ผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีคลินิกยาต้านไวรัส

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

The effect of clinical pharmacy care of patients with HIV in Anti-retroviral clinic,
Chaturapakphiman hospital, Roi-et Province

ภณิชา ประพนธ์*

Phanicha Praphon

Corresponding author: E-mail: phanicha2024@gmail.com

(Received: June 23, 2025; Revised: June 30, 2025; Accepted: July 31, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบ และผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีวิจัย : เก็บข้อมูลการวิจัยไปข้างหน้า ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568 ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างน้อย 6 เดือน รวม 103 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ บันทึก Adherence และแบบทดสอบความรู้ที่มีความตรงตั้งแต่ 0.67 – 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Wilcoxon sign-drank test, Shapiro-wilk normality test และ Maxwell-Stuart test

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยที่มารักษาต่อเนื่องทั้งหมด 103 ราย พบปัญหาจากการใช้ยาจำนวน 50 ครั้ง ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 39 ครั้ง (ร้อยละ 78) นอกจากนี้พบปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางยา คือผู้ป่วยมีค่า eGFR ลดลงต่ำกว่า 50 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตร.ม. จำนวน 6 ครั้ง (ร้อยละ 12) ผู้ป่วยมีคะแนนความร่วมมือมากกว่า 95 คะแนน ก่อนบริบาลและหลังบริบาลพบ จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 91.26) และจำนวน 96 ราย (ร้อยละ 93.2) ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .044$) ค่า CD4 cell count ก่อนและหลังการบริบาลพบ $491.83 \pm 245.32 \text{ cell/mm}^3$ และ $555.96 \pm 229.45 \text{ (Cell/mm}^3\text{)}$ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่า viral load หลังการบริบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีระดับ Viral load $<20 \text{ copies/ml}$ เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 4.71

สรุปและข้อเสนอแนะ : การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน สามารถช่วยแก้ไขปัญหาด้านยา เพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องยาและการปฏิบัติตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้องและปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดี

คำสำคัญ : การบริบาลทางเภสัชกรรม; ยาต้านไวรัสเอชไอวี; ปัญหาในการใช้ยา; ความร่วมมือในการใช้ยา

Abstract

Purposes : To examine the existing problems, develop a care model, and evaluate the outcomes of pharmaceutical care for patients living with HIV and AIDS.

Study Design : Action research.

Materials and Methods : A prospective study was conducted from October 1, 2024, to March 31, 2025, at the antiretroviral (ARV) clinic of Chaturaphak Phiman Hospital. A total of 103 patients who had been on antiretroviral therapy (ART) for at least six months were enrolled. Data collection tools included structured interviews, adherence records, and validated knowledge tests with content validity indices ranging from 0.67 to 1.00. Statistical analyses included the Wilcoxon signed-rank test, Shapiro-Wilk test, and Maxwell-Stuart test.

Main findings : Among the 103 patients receiving continuous care, a total of 50 drug-related problems (DRPs) were identified. The most frequent issue was non-adherence to ART, accounting for 39 cases (78%). Adverse drug reactions were observed in 6 cases (12%), primarily due to decreased eGFR (<50 mL/min/1.73 m²). The number of patients achieving an adherence score above 95 increased from 94 (91.26%) before pharmaceutical care to 96 (93.2%) after the intervention, showing a statistically significant improvement ($p = .044$). The mean CD4 cell count significantly increased from 491.83 ± 245.32 cells/mm³ to 555.96 ± 229.45 cells/mm³ ($p < .001$). Additionally, the proportion of patients with viral load <20 copies/mL increased by 4.71% post-intervention.

Conclusion and Recommendations : Pharmaceutical care provided at the ARV clinic of Chaturaphak Phiman Hospital effectively addressed medication-related problems and enhanced adherence to ART among patients with HIV. The intervention also improved patient understanding, safe medication use, and clinical outcomes. These findings support the integration of pharmaceutical care into routine HIV services to optimize long-term treatment success.

Keywords : Pharmaceutical care; HIV antiretroviral therapy; Drug-related problems; Adherence

*Pharmacist, Senior Level, Chaturaphakphiman Hospital.

บทนำ

โรคเอดส์หรือโรคติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี Human Immunodeficiency virus หรือเรียกว่าโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องข้อมูลปี พ.ศ.2566 จาก WHO พบอุบัติการณ์การติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 42.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 630,000 คน¹ ในประเทศไทยจากข้อมูลกรมควบคุมโรคพบอุบัติการณ์ ปี พ.ศ.2566 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 580,000 คน และพบ 474,675 คน ที่กำลังได้รับยาต้านไวรัส คิดเป็น 98% ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 12,000 คน² โรคเอดส์ค้นพบครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1981 โรคนี้แพร่ไปในกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ได้รับเลือด หญิงติดเชื้อจากคู่นอน และทารกติดเชื้อจากการดาโนอิตโรคเอดส์ทำให้เกิดการเสียชีวิตและมีผลต่อความมั่นคงของประเทศอย่างสูง ปัจจุบันเอดส์กลายเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ (Chronic and treatable disease) ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต รวมถึงจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลรักษาควรจัดระบบบริการที่จะดูแลไปในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ

การรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ดีที่สุดคือการให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุดไม่ว่าผู้ป่วยจะติดเชื้อในระดับภูมิคุ้มกันเท่าใด (บริการแบบ Same-day ART) ยาต้านไวรัสมีความสำคัญมาก มีกลไกในการกดเชื้อไวรัสให้เข้าสู่เป้าหมายได้เร็ว ปัจจุบันยาต้านไวรัสเอชไอวีประกอบไปด้วยยาอย่างน้อย 3 ชนิดขึ้นไป เป้าหมายคือให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อกดไวรัสไม่ให้เกิดการแบ่งตัว มีค่า Viral load (VL) น้อยกว่า 50 copies/ml³ และมีค่าเม็ดเลือดขาว T-lymphocyte (CD4) มากกว่า 350 cel/ml³ เป้าหมายของผู้ป่วยคือผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอ³ มีวินัย และตรงเวลา มีค่าความร่วมมือการกินยามากกว่าหรือเท่ากับ 95% และรวมถึงการดูแลด้านอื่นๆของผู้ป่วยด้วย ทั้งสองส่วนต้องดูแลควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานเห็นความสำคัญของผู้ป่วย

กลุ่มนี้ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับยาตลอดชีวิต ดังนั้นการบริหารเภสัชกรรม คือความรับผิดชอบของเภสัชกรต่อการใช้ยารักษาโรค ปัจจุบันผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสมีจำนวนเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 ถึงปี พ.ศ.2567 พบว่ามีจำนวน 231 คน, 241 คน, 249 คน, 258 คน และ 247 คน ตามลำดับ และผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมีปริมาณเชื้อที่ต่ำกว่า 50 Copies/mm³ เป็นจำนวนที่น้อยลง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 ถึง 2567 พบจำนวน 227 คน, 223 คน, 234 คน, 238 คน และ 217 คน ตามลำดับ แสดงถึงการรักษาที่เป็นไปตามเป้าหมายนั้นลดน้อยลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำเรื่องนี้เพราะการบริหารทางเภสัชกรรมมีความสำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยถึงเป้าหมายของการรักษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลวาปีปทุม⁴ ทำการศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวนผู้ป่วย 247 ราย ใช้รูปแบบการศึกษาแบบพรรณน่าย้อนหลัง ผลการศึกษาพบว่าทำให้การบริหารทางเภสัชกรรมมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการกินยาดีขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงส่งผลให้มีผลการรักษาที่ดี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมด้วยรูปแบบการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)⁵ ซึ่งเป็นการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม โดยสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทางมารับยาเอง จึงมีการเก็บรวบรวมข้อมูลการบริหารในลักษณะนี้ร่วมกับการบริหารเภสัชกรรมในรูปแบบปกติ ผู้จัดทำวิจัยเรื่องนี้เนื่องจากโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานดำเนินการจ่ายยาผู้ป่วยในรูปแบบ One stop service ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 ถึงปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี ระยะเวลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568 และศึกษาผลลัพธ์การบริหารทางเภสัชกรรม โดยศึกษาเกี่ยวกับ

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย ปัญหาที่เกี่ยวข้องยาของผู้ป่วยแต่ละราย และผลการรักษา โดยพิจารณาจากค่า CD4 cell count และค่า Viral load ผลในการศึกษาค้างนี้ เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมและการเฝ้าระวังไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยหลังจากกินยาต้านไวรัสเอชไอวี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบ และผลลัพธ์การบริหารทางเภสัชกรรมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์

วิธีการดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการในคลินิกยาต้านไวรัส รพ.จุตรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการให้บริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับ ยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลจุตรพักตรพิมานมากกว่า 6 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 - 31 มีนาคม 2568 จำนวน 103 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสในแผนกผู้ป่วยนอกวันที่ 1 ตุลาคม 2567 - 31 มีนาคม 2568 และรับยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน 2) สามารถประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดและไม่สามารถ

ติดตามได้ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือตอบคำถามได้ 3) ผู้ที่ขอถอนตัวหรือย้ายโรงพยาบาลในขณะที่มีการวิจัย และเกณฑ์ในการให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือ ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยน้อยกว่า 50 %

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เวชระเบียนข้อมูลการตรวจรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2) ฐานข้อมูลการสั่งยาและจ่ายยาจากโปรแกรม HOSxP และ Drug Dispensing X

3) แบบบันทึก Adherence% ความร่วมมือในการรับประทานยาใช้การนับเม็ดยา (Pill count) แบ่งเป็น 3 ช่วงคะแนน ระดับดีมีค่ามากกว่า 95% ระดับปานกลางมีระดับ 85%- 95% และระดับต่ำมีความร่วมมือต่ำกว่า 85%

4) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี

5) แผ่นพับความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวีและอาการไม่พึงประสงค์ที่จัดทำขึ้นเองโดยอ้างอิงจากแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี พ.ศ.2564/2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เภสัชกรประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย หากพบว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่า 95% เภสัชกรแนะนำการรับประทานยาและทำให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาสม่ำเสมอ รวมถึงให้ความรู้โดยการให้ความรู้ตามแผ่นพับจากกรมควบคุมโรคเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและการแจกแบบบันทึกการรับประทานยาที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นให้ผู้ป่วยนำไปบันทึกมาส่งเภสัชกรในวันนัดครั้งต่อไป

2) เภสัชกรค้นหาปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยเบื้องต้นบันทึกในโปรแกรม Drug dispensing X และหลังจากนั้นเก็บข้อมูลโดยบันทึกในแบบฟอร์ม หากพบปัญหาในการใช้ยาด้านต่างๆ ประสิทธิภาพและแก้ไขปัญหาเภสัชกรเก็บบันทึกการรวบรวมบันทึกในแบบฟอร์ม

3) สำหรับผู้ป่วยที่รับยาทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยจะคัดเลือกจากผู้ที่ไม่สะดวกเดินทางมารับยาด้วยตนเอง

ทำงานอยู่ต่างจังหวัดหรือติดงานในวันนัดผู้วิจัยจะดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมทางไกล โดยการใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อม หากผู้ป่วยไม่มีแอปพลิเคชันหมอพร้อม เภสัชกรจะดำเนินการสื่อสารผ่านทางวิดีโอคอล และตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย

4) ผู้วิจัยให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ บันทึกลงแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม

5) บันทึกปัญหาการใช้ยา ความร่วมมือการรับประทานยา ผล Viral load (VL) ก่อนและหลังการให้ Intervention และผล CD4 ก่อนและหลังการให้ Intervention ลงในแบบฟอร์มเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วัดความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังให้การบริหารเภสัชกรรม โดยใช้การทดสอบ Maxwell-Stuart test และใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test ในการวิเคราะห์ค่า CD4 ก่อนและหลัง การบริหารทางเภสัชกรรม

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หน่วยงานรับรอง สสจ.ร้อยเอ็ด เลขที่ COE 1892566, COE 0762567 วันที่รับรอง 26 ธ.ค.66 - 21 พ.ย.68

ผลการวิจัย

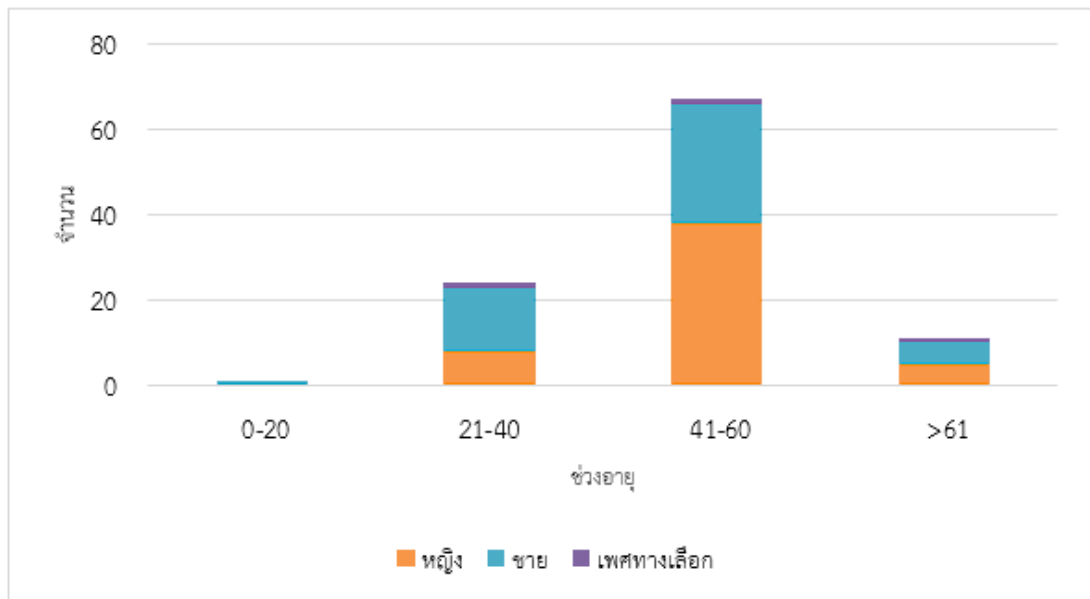
ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาล จตุรพักตรพิมาน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 - 31 มีนาคม 2568 จำนวน 103 ราย และส่งต่อผู้ป่วยมารับการบริหารเภสัชกรรมจากเภสัชกรอย่างต่อเนื่องจนครบ 3 ครั้ง ซึ่งการนัดของผู้ป่วยจะนัดติดตามรับยาและรับการบริหารทางเภสัชกรรมต่อเนื่องทุก 3 เดือน ตามแนวทางปฏิบัติงานร่วมกันกับสหวิชาชีพ โดยบทบาทหลักของเภสัชกร เริ่มตั้งแต่การประเมินความร่วมมือการรับประทานยา การให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา วิธีการใช้ยา การค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาที่อาจมีผลกระทบต่อเป้าหมายการรักษา และ

การติดตามผลการรักษา ทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยตัวเองที่โรงพยาบาล และผ่านระบบออนไลน์การบริหารเภสัชกรรมทางไกลหรือระบบวิดีโอคอล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบริหารเภสัชกรรม โดยวัดระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ระดับจำนวนเซลล์ซีดีโฟร์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรม รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างการบริหารทางเภสัชกรรม โดยจะแสดงผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.1 ลักษณะทั่วไปผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 103 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาจนครบระยะเวลาที่กำหนดรวมทั้งสิ้น 103 ราย สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลได้ครบถ้วน พบว่าเป็นเพศชายจำนวน 49 ราย เพศหญิง 51 ราย และเพศทางเลือก 3 ราย สามารถแบ่งเป็นช่วงอายุ ได้ 4 ช่วง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 65.05 อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี แบ่งเป็นเพศหญิง 38 ราย เพศชาย 28 ราย และเพศทางเลือก 1 ราย รองลงมาเป็นช่วงอายุ 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.30 แบ่งเป็นผู้ป่วยเพศหญิง 8 ราย เพศชาย 15 ราย และเพศทางเลือก 1 ราย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 แผนภูมิแสดงเพศผู้ป่วยจำแนกในแต่ละช่วงอายุ

สำหรับระดับการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 54.37 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 35.92 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา และน้อยที่สุดร้อยละ 7.77 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ขณะเดียวกัน อาชีพส่วนใหญ่ของผู้ป่วย ร้อยละ 38.83 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและร้อยละ 33.01 มีอาชีพเกษตรกรโดยมีช่วงรายได้

มากที่สุดร้อยละ 39.81 ที่ช่วง 3,000-10,000 บาท นอกจากนี้ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 83.5 ไม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 86.41 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งรายละเอียดทั้งหมดลักษณะทั่วไปผู้ป่วย แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมการศึกษา (N=103)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ	อายุเฉลี่ย (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	49.34 $\pm$ 11.50
เพศ	หญิง	51(49.51)
	ชาย	49(47.57)
	เพศทางเลือก	3(2.91)
การศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	56(54.37)
	มัธยมศึกษา	37(35.92)
	ปริญญาตรี	8(7.77)
อาชีพ	เกษตรกร	34(33.01)
	ค้าขายหรืออาชีพอิสระ	17(16.50)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)
รายได้	รับจ้างทั่วไป	40(38.83)
	ไม่ได้ทำงาน	8(7.77)
	รับราชการ	2(1.94)
	นักเรียน	1(0.97)
	พนักงานโรงแรม	1(0.97)
	1-1,000 บาท	17(16.50)
	1,001-3,000 บาท	23(22.33)
	3,000-10,000 บาท	41(39.81)
	มากกว่า 10,000 บาท	22(21.36)
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบบุหรี่	17(16.50)
	ไม่สูบบุหรี่	86(83.50)
ประวัติการดื่มสุรา	ไม่ดื่ม	89(86.41)
	ดื่มมากกว่า 2 แก้วต่อวัน	14(13.59)
ประวัติโรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	68(66.02)
	มีโรคประจำตัว	35(33.98)
	เบาหวาน	6(15.00)
	ความดันโลหิตสูง	12(30.00)
	ไขมันในเลือดสูง	26(65.00)
	ไทรอยด์	1(2.50)
	โรคหัวใจหรือถุงลมอุดกั้น	3(7.50)
	หนังแข็ง	1(2.50)
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	100(97.09)
	เบิกกรมบัญชีกลาง	1(0.97)
	ปกส.ร้อยละ	1(0.97)
	เบิก อปท.	1(0.97)

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ระดับเซลล์ซีดีโฟร์ของผู้ป่วยก่อนการศึกษาสามารถแบ่งเป็นช่วงตามเกณฑ์ระดับการแบ่งของ CDC โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยร้อยละ 45.63 มีระดับเซลล์ซีดีโฟร์มากกว่า 500 เซลล์ต่อไมโครลิตร ในขณะที่ร้อยละ 10.68

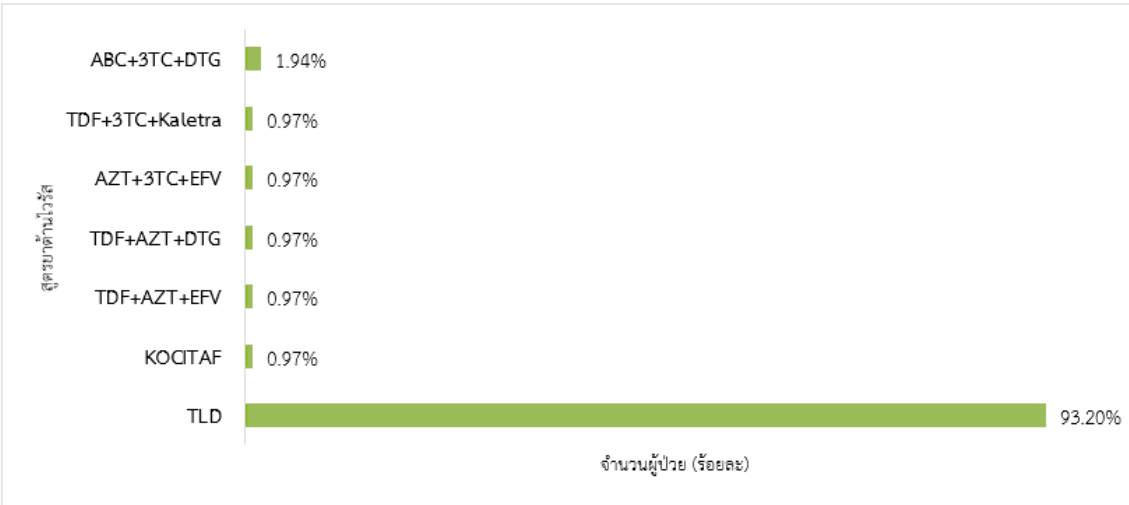
เป็น ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะลุกลาม หรือเป็นโรคที่มีจำนวนเซลล์ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 81.55 ปริมาณไวรัส <20 Copies per milliliter of blood ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับจำนวนเซลล์ CD4+ และ ปริมาณไวรัส (Viral load) (N=103)

ตัวแปร	จำนวน(ร้อยละ)
จำนวน CD4 (cell/mm ³)	
>500	47(45.63)
200-499	45(43.69)
<200	11(10.68)
ปริมาณไวรัส (copies per milliliter of blood)	
>20	19(18.45)
<20	84(81.55)

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและยาที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติการรับยาต้านไวรัสของผู้ป่วยทั้งหมดก่อนการได้รับการบริหารเภสัชกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 93.20

รับยาสูตร TLD ซึ่งประกอบด้วย ทีโนโฟเวียร์(TDF) + ลามิวูดีน (3TC) + โดลูทกราเวียร์ ดังแสดงในภาพที่ 2

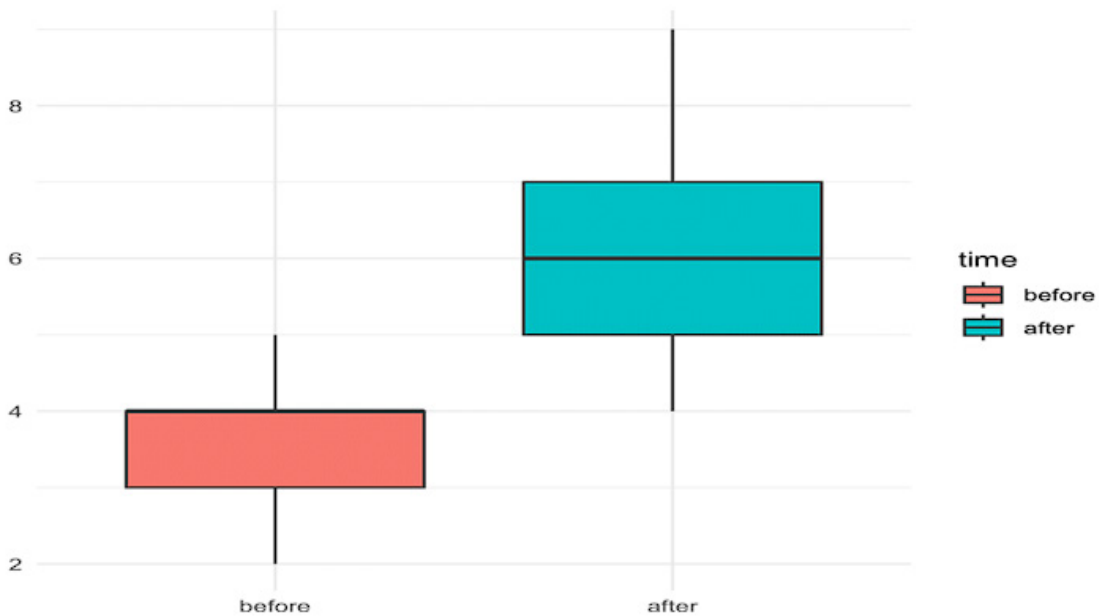


ภาพประกอบที่ 2 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรต่างๆ

2. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้ารับการบริบาลเภสัชกรรม

การประเมินความรู้ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความรู้ผู้ป่วย 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังเข้ารับการให้ความรู้ โดยเภสัชกร โดยใช้ข้อคำถามจากแบบประเมินความเข้าใจเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์และความรู้เรื่องติดเชื้อเอชไอวีนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ดำเนินการโดยใช้โปรแกรม R (เวอร์ชัน 4.3.2) จากการตรวจสอบการแจกแจงปกติ (Normality Test) ของคะแนนก่อนและหลัง ด้วย Shapiro-wilk normality test พบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ (Non-normal distribution) จึงใช้สถิติ Wilcoxon

signed-rank test เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ซึ่งพบว่าหลังจากเภสัชกรให้ความรู้กับผู้ป่วยส่งผลให้คะแนนมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคะแนนก่อนและหลังการให้ความรู้ ($p < .001$) นอกจากนี้ การแสดงผลด้วยแผนภาพกล่อง พบว่ากลุ่มหลังการเรียนรู้มีค่ามัธยฐานสูงขึ้นอย่างชัดเจนการกระจายของคะแนน (IQR) แคบลง แสดงถึงการมีผลสัมฤทธิ์ที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น ในขณะที่กลุ่มก่อนการเรียนรู้พบการกระจายข้อมูลกระจุกตัวต่ำกว่าค่ามัธยฐาน อาจสะท้อนถึงผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการดูแลตัวเองและการใช้ยา ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพประกอบที่ 3 แผนภาพ Boxplot เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังพบเภสัชกร

3. ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ก่อนและหลังเข้ารับการบริบาลเภสัชกรรม

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้วิจัยได้ทำการประเมินโดยใช้วิธีนับเม็ดยาที่เหลือจำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม โดยใช้สมการ

$$\text{ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา} = \frac{[(\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยเริ่มต้น} + \text{จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่งจ่าย}) - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}] \times 100}{[\text{จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน} \times \text{จำนวนวันที่ให้ยา}] \times \text{จำนวนวันที่ให้ยาไปรับประทาน}}$$

นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความแตกต่างของความร่วมมือในการใช้ยา ก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม โดยใช้การทดสอบ Maxwell-Stuart test ได้ค่าความน่าจะเป็น ($p = .044$) ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ 0.05 แสดงว่ามีความแตกต่างของการกระจายตัวของคะแนนความร่วมมือการใช้ยา ก่อนและหลังให้การบริบาลเภสัชกรรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การบริบาลเภสัชกรรม มีผลต่อการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำนวนผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า 95 เพิ่มขึ้น และไม่มีผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 85 หลังรับการบริบาลเภสัชกรรม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอชไอวี

%Adherence	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	
	ก่อนการบริบาล	หลังการบริบาล
≥95%	94	96
85-95%	5	7
<85%	4	0

4. ผลลัพธ์ทางด้านคลินิกจากการการบริบาลเภสัชกรรมในการศึกษานี้จะประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน โดยพิจารณาจากระดับเซลล์ซีดีโฟร์ในระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยติดตามการเปลี่ยนแปลงของซีดีโฟร์ก่อนและภายหลังได้รับ

การบริบาลเภสัชกรรม พบว่าหลังการพัฒนาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีระดับ Viral load <20 copies/ml³ เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 4.71 แต่ Viral load <50 – 20 copies/ml³ ลดลงร้อยละ 40.0 ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่า viral load ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม (n=103)

ตัวแปร	ก่อนบริบาล N(%)	หลังบริบาล N(%)	%Difference
ระดับ Viral load			
≥50 copies/ml ³	8(7.76)	8(7.76)	0.0
<50 – 20 copies/ml ³	12(11.65)	8(7.76)	-40.08
<20 copies/ml ³	83(80.58)	87(84.47)	+4.71

หลังการพัฒนาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีค่าเฉลี่ย CD4 หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

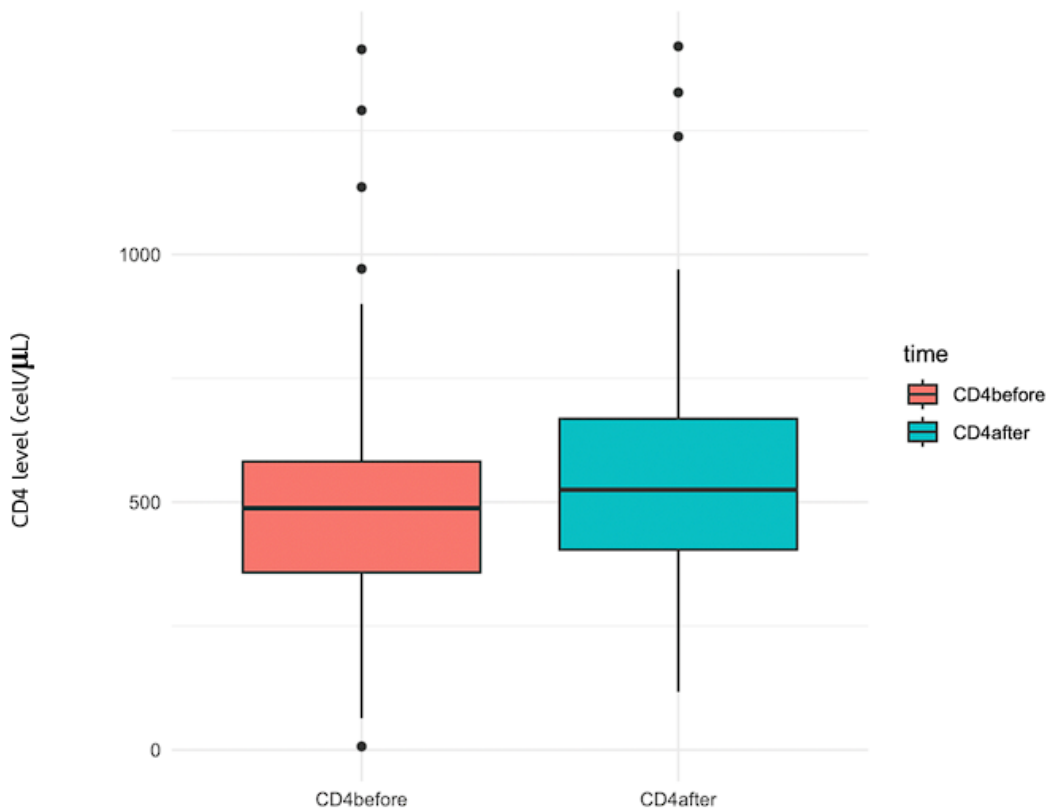
ทางสถิติ $p < .001$ โดยมี CD4 เพิ่มขึ้น 64.13 cell/mm³ (95%CI= 30.00, 98.25) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับเซลล์ซีดีโฟร์ของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรม

ตัวแปร	N	Mean± SD.	Mean diff.	95%CI	p
ก่อนบริหารเภสัชกรรม	103	491.00 ± 245.32	64.13	30.00, 98.25	.00031
หลังบริหารเภสัชกรรม	103	555.96 ± 229.45			

เมื่อนำมาสร้าง Boxplot พบว่า แผนภาพ แสดงให้เห็นว่าระดับเซลล์ซีดีโฟร์หลังการได้รับบริหารเภสัชกรรมมีค่ากลาง (Median) สูงกว่าก่อนอย่างชัดเจน โดยมีการกระจายของข้อมูลแคบลงและพบค่าผิดปกติบางจุด ซึ่งอาจเกิดจากความแปรปรวนระหว่างบุคคลในกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มโดยรวมแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวกจากการบริหารเภสัชกรรม อย่างไรก็ตาม

การแสดงผลแผนภาพกล่องดังภาพที่ 4 พบค่าผิดปกติ (Outliers) บางจุดในกลุ่มระดับซีดีโฟร์ทั้งก่อนและหลังการอบรม ซึ่งแสดงถึงความแปรปรวนระหว่างบุคคลในกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม ค่าดังกล่าวยังคงอยู่ในขอบเขตที่ยอมรับได้และไม่ส่งผลกระทบต่อแนวโน้มโดยรวมของผลการวิเคราะห์



ภาพประกอบที่ 4 แผนภาพ Boxplot ค่าเฉลี่ยของระดับเซลล์ซีดีโฟร์ของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม

5. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยระหว่างการบริบาลทางเภสัชกรรม

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่อง และใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกครั้งที่มาพบเภสัชกร ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยา 50 ปัญหา โดยผู้ป่วย 1 รายอาจมีปัญหามากกว่า

หนึ่งปัญหา แบ่งเป็นชนิดปัญหาได้ 3 ประเภท โดยปัญหาที่พบมากที่สุด ร้อยละ 78 คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา รองลงมาคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเพิ่มความรุนแรงของโรค ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ให้ข้อมูล (n=50)

ชนิดของปัญหา	จำนวนปัญหา	ร้อยละ
เกิดอาการไม่พึงประสงค์	6	12.00
ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	39	78.00
พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเพิ่มความรุนแรงของโรค	5	10.00

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 6 ราย พบว่าหลังจากได้รับยาสูตร TLD มีผู้ป่วย จำนวน 5 ราย มีการเปลี่ยนแปลงของระดับ eGFR ลดลงต่ำกว่า 50 มิลลิกรัม/นาฬิกา/1.73 ตร.ม. จึงจำเป็นต้องปรับขนาดยา Tenofovir เภสัชกรปรึกษากับทีมแพทย์และพยาบาล ปรับสูตรยาเป็น KOCITAF ที่ประกอบด้วยตัวยา 3 ชนิด คือ Tenofovir Alafenamide Fumarate (TAF), Emtricitabine (FTC) และ Dolutegravir (DTG) ขณะที่ผู้ป่วยอีกหนึ่งราย พบอาการข้างเคียงเล็กน้อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด ในระยะเวลาเริ่มต้นรับประทานยา 3 เดือน จึงได้ปรึกษาแพทย์และติดตามอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด หากมีอาการรุนแรงขึ้น อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนยาต่อไป

5.2 ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 39 ราย ดังแสดงในตารางที่ 7 โดยส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยขาดการรับยาต่อเนื่อง และไม่มาโรงพยาบาลตรงตามนัด อาจเป็นเพราะบริบทสังคมชนบทที่ผู้ป่วยมีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ทำให้ในช่วงเวลาทำนา หรือเก็บเกี่ยวผลผลิตไม่สามารถมาโรงพยาบาลตามนัดได้ และอีกสาเหตุสำคัญคืออุปสรรคในการเดินทางมาโรงพยาบาล เนื่องจากต้องทำธุรกิจส่วนตัวหรือทำอาชีพรับจ้างทั่วไป ทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งในกรณีนี้ เภสัชกรได้นำผู้ป่วย

กลุ่มที่มีปัญหาดังกล่าว รับยาผ่านการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ทำให้คนไข้ทั้งหมดกลับมา มีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาการลืมเวลารับประทานยาและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากขาดความตระหนักรู้และเข้าใจถึงความสำคัญในการรับประทานยาด้านไวรัส โดยเภสัชกรได้ให้ความรู้และติดตามผ่านทางโทรศัพท์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าว พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น เช่นเดียวกัน สำหรับปัญหาอื่น นั่นคือ การรับยาซ้ำซ้อนเกิดจากผู้ป่วยเปลี่ยนการรักษาจากสถานพยาบาลเดิม ทำให้มีจำนวนยาคงเหลือมากเกินไป และมีความเสี่ยงที่ยาจะหมดอายุ เภสัชกรได้แก้ปัญหาด้วยการยืดอายุ และเริ่มต้นนับจำนวนเม็ดยาให้ใหม่ตามวันนัด

ตารางที่ 6 ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ให้ข้อมูล (n=39)

ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
รับประทานยาไม่ตรงเวลา	8	20.51
รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	11	28.20
มาโรงพยาบาลไม่ตรงตามนัด/ขาดการรับยาต่อเนื่อง	16	41.03
การรับยาซ้ำซ้อน	4	10.26

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย 2564/2565 แก่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนการบริบาลพบผู้ป่วยที่มีคะแนนความร่วมมือมากกว่า 95 คะแนน จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 91.26) ส่วนหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมพบจำนวน 96 ราย (ร้อยละ 93.2) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.044$) สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย⁶ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีวิธีการวัดความร่วมมือการกินยาโดยการนับเม็ดยาหรือการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาพบคะแนนความร่วมมือมากกว่า 95 เพิ่มขึ้นหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมจากเดิม 77 ราย (ร้อยละ 71.97) เพิ่มขึ้นเป็น 85 ราย (ร้อยละ 79.44) ($p < .001$) และคล้ายคลึงกับการศึกษาเรื่องผลการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม⁷ ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นเวลา 1 ปี และทำโดยวิธีการวัดคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมีคะแนนความร่วมมือมากกว่า 95 คะแนน เพิ่มขึ้น จากจำนวน 61 ราย (ร้อยละ 67.78) เป็นจำนวน 74 ราย (ร้อยละ 82.22) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี และเรื่องผลข้างเคียงของยาด้านไวรัสเอชไอวี โดยใช้เอกสารจากกรมควบคุมโรค และทำแบบสอบถามความรู้ผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยออกแบบตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี พ.ศ.2564/2565 โดยมีอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบคำถาม ผลการศึกษาพบหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยมีคะแนนเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการศึกษานี้พบปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งหมด 50 ปัญหา ซึ่งผู้ป่วย 1 ราย พบมากกว่า 1 ปัญหา โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 39 ครั้ง (ร้อยละ 78) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม⁷ ที่พบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจำนวน 16 ครั้ง (ร้อยละ 45.71) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาผลการศึกษาเรื่องการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย⁶ ที่พบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจำนวน 48 ครั้ง (ร้อยละ 44.03) และคล้ายคลึงกับการศึกษาเรื่องผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลวาปีปทุม⁴ ซึ่งพบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจำนวน 115 ครั้ง (ร้อยละ 76.6) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด นอกจากนี้การมารับยาไม่ตรงวันนัด การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอเนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักในการรับประทานยา

หรือการมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดแคลนทุนทรัพย์ ในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาล เป็นต้น การบริหาร ทางเภสัชกรรมจึงมีความสำคัญ เพราะต้องโทรศัพท์ติดตาม ผู้ป่วยให้มารับยาเองหรือการประสานกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลประจำคลินิก ติดตามผู้ป่วยให้มารับยาเร็วที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต

ปัญหาจากการใช้ยาต้านอื่นที่พบในการศึกษาคือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางยา โดยยาในสูตรเม็ตรวม TLD ซึ่งเป็นสูตรแรกตามแนวทางปัจจุบันพบปัญหาผู้ป่วย เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าการทำงานของไต โดยพบผู้ป่วย มีผล eGFR ลดลงต่ำกว่า 50 มิลลิตร/นาที่/1.73 ตร.ม. จำนวน 6 ราย เภสัชกรค้นพบและแก้ไขปัญหาโดยการเขียน ใบขอคำปรึกษาแพทย์ และปรับยาเป็น KOCITAF (Tenofovir alafenamide fumarate 25 mg + emtricitabine 200 mg + dolutegravir 50 mg) ซึ่งยาชนิดนี้สามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีค่า eGFR ในช่วง 30-49 มิลลิตร/นาที่/1.73 ตร.ม.ได้ ภายหลังการปรับสูตรยา ผู้ป่วยสามารถใช้นี้ได้ ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ แต่อย่างไรก็ตามควรต้องติดตามอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงค่าการทำงานของไตหรือค่า eGFR ของผู้ป่วย ที่ปรับสูตรใหม่ทุก 6 เดือน เพื่อเฝ้าระวังภาวะพิษต่อไตหรือ Fanconi's syndrome ต่อไป นอกจากนี้อาการ ไม่พึงประสงค์อื่นๆ 1 ราย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เนื่องจากเป็นระยะเริ่มต้นของการรับประทานยา ภายหลังการติดตามผู้ป่วยรายนี้สามารถรับประทานยา ต่อเนื่องต่อไปได้ ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์อีก การศึกษา นี้ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น อาการผื่นคัน ที่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเดิมที่รับ รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นเวลานานแล้วมากกว่า 1 ปี และอาจเป็นเพราะประเทศไทยมีสูตรยาหลักที่มี ประสิทธิภาพสูงและผลข้างเคียงน้อย จึงทำให้พบอาการ ไม่พึงประสงค์น้อย

ในการศึกษานี้พบว่าภายหลังการบริหารทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีค่า CD4 cell count เพิ่มขึ้นจากเดิม $491.83 \pm 245.32 \text{ cell/mm}^3$ เป็น $555.96 \pm 229.45 \text{ (cell/mm}^3\text{)}$ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.00031$)

สอดคล้องกับการศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรม แก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล ยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม⁷ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสมี ระดับ CD4 cell count เพิ่มขึ้นจากเดิม $528.78 \pm 30.44 \text{ cell/mm}^3$ เป็น $623.37 \pm 31.02 \text{ cell/mm}^3$ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลการศึกษาเรื่องการบริหาร ทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย⁶ ผลการศึกษา พบว่าหลังการบริหารทางเภสัชกรรมเป็นระยะเวลา อย่างน้อย 1 ปี ผู้ป่วยมีระดับ CD4 cell count เพิ่มขึ้น จากเดิม ไม่พบผู้ป่วยที่มี CD4 น้อยกว่า 100 cell/mm^3 และผู้ป่วยที่มี CD4 cell count มากกว่าหรือเท่ากับ 500 พบจำนวน 71 ราย (ร้อยละ 66.36) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การบริหารทางเภสัชกรรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น

จุดเด่นและข้อจำกัดของงานวิจัย จุดเด่นของงานวิจัย งานวิจัยนี้ทำในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีซึ่งโรคติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกมองว่าเป็นปัญหาเรื้อรัง เพราะมีการแพร่ระบาดทั่วโลก แต่ยังไม่สามารถรักษาให้ หายขาดได้ การบริหารทางเภสัชกรรมช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและยา ส่งผลให้ เกิดการใช้ยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและปลอดภัย และ ทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีดีขึ้นด้วย ส่วนข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ เนื่องจากงานวิจัยนี้ทำใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียว ทำให้ผลลัพธ์ไม่สามารถสรุป ในประชากรได้กว้างนัก และนอกจากนี้ทำการวิจัยที่สั้นเกินไปเพียง 6 เดือน เท่านั้นอาจไม่เพียงพอในการสะท้อน ผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น Adherence, CD4 และ Viral load และนอกจากนี้ไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มี การบริหารทางเภสัชกรรม ทำให้ไม่สามารถแยกแยะผล ของการบริหารกับปัจจัยภายนอกอื่นๆ ได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ผลการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี คลินิกยา

ด้านไวรัส โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมานสามารถช่วยแก้ไขปัญหาด้านยา เพิ่มความร่วมมือในการรับประทายยา ด้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องยา และการปฏิบัติตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้อง และปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดี ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาด้วยตนเองได้ สามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเพื่อรับบริการ Telepharmacy เกสัชกร จัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่ขาดยาและได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมได้ เช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าเภสัชกรจะให้คำแนะนำเรื่องยาแล้ว แต่ปัญหาความร่วมมือในการรับประทายยาก็ยังคงเป็นปัญหาส่วนใหญ่อยู่ ดังนั้นจึงควรศึกษาในเรื่องการพัฒนาระบบแจ้งเตือนการรับประทายยาที่มีประสิทธิภาพ เช่น การส่งข้อความทางโทรศัพท์หรือการแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาด้านไวรัสตรงเวลา และควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น อายุ เพศ โรคร่วม เศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณวิภาพร อุดมะ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค เจ้าหน้าที่คลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน และขอขอบคุณคุณลัดดาวัลย์ ภูโพนมวง ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย และขอขอบพระคุณ ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา ที่ช่วยปรึกษาการทำงานวิจัย รวมถึงคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. HIV and AIDS [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. [cited 2024 Sep 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การระบาด [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php>
3. เสาวนีย์ วิบูลสันติ, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, โอภาส พุทธเจริญ, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โล่ห์เลขา. แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaiaidsociety.org/wp-content/uploads/2023/03/HIV-AIDS-Guideline-2564_2565_ED2.pdf
4. ศศิธร แสงเนตร. ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/9512/8536>.
5. สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 62/2565 เรื่อง แนวทางเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สภาเภสัชกรรม. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=2966&catid=0
6. กมลรัตน์ ณ หนองคาย. การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2566;29(3):153-64.
7. อัจฉรา มีดวง. ผลการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21(2):101-12.