

สาเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษา
ของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ดร.ณิ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา, พบ.
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสาเหตุ โอกาส และปัจจัยทำนายการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัสเอดส์ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 178 ราย โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิกและ ปัจจัยทางสังคมและครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์สหสัมพันธ์และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยในการศึกษา 178 คน มีผู้ไม่มาติดตามการรักษาจำนวน 37 คน (ร้อยละ 20.78) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 29 คน (ร้อยละ 78.38) มีอายุเฉลี่ย 55.17 ปี เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 24 คน (ร้อยละ 64.86) โดยพบว่าสาเหตุหลักการไม่มาติดตามการรักษา 3 อันดับแรก ได้แก่ กลัวขาดรายได้ คิดว่าสุขภาพแข็งแรงดีแล้ว และทำงานต่างถิ่นไม่สะดวกมารับบริการ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 24.32), 7 คน (ร้อยละ 18.92) และ 5 คน (ร้อยละ 13.51) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ มีการศึกษต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา มีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 5 ปี มี CD4 มากกว่า 300 cells/mm³ และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน เป็นปัจจัยที่ทำนายการไม่มาติดตามการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ซึ่งปัจจัยที่มีผลมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ และมี CD4 มากกว่า 300 cells/mm³ ตามลำดับ โดยผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จะมีโอกาสไม่มาติดตามการรักษาสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน 4.66 เท่า (95% C.I., 1.18-18.34)

สรุป อภิปรายผล: จากผลการศึกษาคควรให้ความสำคัญและจัดตารางการมาติดตามการรักษาที่เอื้อต่อข้อจำกัดทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ละคน รวมถึงจัดให้มีระบบการให้ความรู้ ติดตามและให้คำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอตลอดการรักษา

คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์, การไม่มาติดตามการรักษา

Abstract : Causes and factors associated with absence the follow-up treatment of HIV patients at King Narai Hospital

Objective: This research studies the cause and prediction factor of absence the follow-up treatment of HIV patients at King Narai Hospital

Research Design: This research is retrospective descriptive study of 178 patients with admission into the clinic for consulting and receiving anti-HIV drugs during 1st October 2017 - 30th September 2018. Basic individual factors, clinical factor, social and family factors were investigated. The data analysis was using descriptive statistics, correlation analysis statistics and regression analysis.

Results: The 37 in 178 patients (20.18%) with absence the follow-up treatment were almost of 29 men patients (78.38%), age average of 55 years, 24 new patients (64.86%). The major causes of absence the follow-up treatment were as follow: Patients of 9 (24.32%) did not want income loss. Patients of 7 (18.92%) thought about that they are good healthy in current. Patients of 5 (13.51%) were not convenience come to the hospital because of living too far from the hospital. The factors associated with absence the follow-up treatment of HIV patients were new patients, lower secondary school level, receiving treatment less than 5 years, CD4 more than 300 cells/mm³, incomes less than 10,000 bath/month ($p \leq 0.01$). The 1-3 Top of factor with effect on absence the follow-up treatment of HIV patients were incomes less than 10,000 bath/month, new patients and CD4 more than 300 cells/mm³ respectively. The patients with incomes less than 10,000 bath/month was opportunity for absence the follow-up treatment more than patients with incomes more than 10,000 bath/month (4.66 time and 95% C.I., 1.18-18.34).

Conclusion and discussion: From the study, the schedule should be corresponding to the social and economic limitation of HIV Individual patients. In addition, patients should be receiving the knowledge, the consistent following and consulting of treatment.

Keywords: HIV patients, absence the follow-up treatment

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีเองและสังคม โดยผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยมีทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ ทำให้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าคนปกติโดยเฉพาะเชื้อฉวยโอกาส สมรรถภาพทางร่างกายลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ขาดรายได้ จิตใจหดหู่ ซึมเศร้า ส่วนผลกระทบต่อสังคม ได้แก่ การแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นและถ้ามีอาการมากอาจไม่สามารถดูแลตนเองได้กลายเป็นภาระต่อผู้อื่นและสังคม^{1,2,3}

สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยโดยสำนักงานระบาดวิทยาพบว่า ปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 427,332 ราย เป็นชาย 249,025 ราย (ร้อยละ 58.27) หญิง 178,307 ราย (ร้อยละ 41.72) มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 424,111 ราย โดยผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี รายใหม่ในปี 2559 มีจำนวนประมาณ 6,268 ราย เฉลี่ยวันละ 17 ราย แยกเป็นเพศหญิง 1,845 ราย (ร้อยละ 29.44) ชาย 4,423 ราย (ร้อยละ 70.56) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การรักษาหลัก คือการให้ความรู้และการให้ยาต้านไวรัสเพื่อควบคุมจำนวนไวรัสและเพิ่มภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี⁴

ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์จำเป็นต้องได้รับการติดตามและการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจนตลอดชีวิต เพื่อติดตามอาการ ผลเลือดด้านจำนวนไวรัส ประเมินระดับภูมิคุ้มกันและประเมินผลข้างเคียงของยา การขาดการมาติดตามการรักษาก่อให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเอง คือ ทำให้การรักษาไม่ได้ผลการรับประทายยาไม่สม่ำเสมออาจทำให้เกิดเชื้อดื้อยา ส่งผลให้การรักษายากลำบากยิ่งขึ้นและก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมส่วนรวมในด้านการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นหากไม่มีการป้องกันที่ดีพอ^{5,6,7}

ในปัจจุบันยังมีผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากที่ไม่มาติดตามการรักษาตามนัดของสถานพยาบาล ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ผลการรักษาไม่ดี ซึ่งการขาดนัดพบได้ทุกระยะของการรักษา ตั้งแต่หลังได้รับการวินิจฉัยไปจนถึงช่วงการตรวจติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมีระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ แบบ One stop service ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ เน้นการดูแลแบบองค์รวม ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนสะสม 1,474 ราย รักษาด้วยยาต้านไวรัส 1,306 รายมีการบริการให้คำปรึกษาตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ จ่ายยาต้านไวรัส ประเมิน adherence และนัดติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการปฏิบัติงานพบว่า ในปี พ.ศ. 2557-2559 มีอัตราไม่มาติดตามการรักษาตามนัด ร้อยละ 8.94, 10.01, และ 12.01 ตามลำดับ⁸ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีที่ขาดนัดกลับมารักษาด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการพบเชื้อดื้อยามากขึ้นส่งผลเสียต่อตัวผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีเอง และโรงพยาบาลในแง่ของค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยและสาเหตุการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เนื่องจาก 1)พบว่ายังมีการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 2) คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นจุดที่ให้คำปรึกษาและดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอช ไอ วี จนถึงการดูแลรักษาต่อเนื่องระยะยาว จึงเป็นจุดที่สามารถพบการไม่มาตามนัดได้มาก เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. เพื่อศึกษาโอกาสและปัจจัยทำนายนายการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ระเบียบวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Restrospective descriptive research) เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการในคลินิกให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัสเอดส์ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 178 ราย

ตัวแปรต้น หรือตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ ประเภทผู้ป่วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, สิทธิการรักษาพยาบาล และโรคประจำตัว

ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาเจ็บป่วย, CD4 cell count ก่อนเริ่มรับยาต้านไวรัส, CD4 cell count ล่าสุดในช่วง 6 เดือน, Viral load ก่อนเริ่มรับยาต้านไวรัส, Viral load ล่าสุดในช่วง 1 ปี, การติดเชื้อฉวยโอกาสหลังจากเริ่มยาต้านไวรัส, จำนวนเม็ดยาต่อวัน และอาการข้างเคียงหลังการได้รับยาต้านไวรัส

ปัจจัยด้านสังคมและครอบครัว ได้แก่ การพักอาศัย, ผู้ช่วยเหลือในด้านสุขภาพ, การรับรู้สถานะการติดเชื้อของครอบครัว, การรับรู้สถานะการติดเชื้อของชุมชน, ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายจากบ้านมาโรงพยาบาล

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ การไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ติดเชื้อเอช ไอ วี และโรคเอดส์ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการในคลินิกให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 1,249 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ติดเชื้อเอช ไอ วี และโรคเอดส์ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการในคลินิกให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 178 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ติดเชื้อเอช ไอ วี และโรคเอดส์ ทั้งรายเก่า และรายใหม่

2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้ป่วยเสียชีวิต

ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสัดส่วนที่ไม่ทราบขนาดประชากรโดยทำการสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการในคลินิกให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 178 ราย

$$n = \frac{z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.12(1-0.12)}{0.05^2}$$

$$n = 162$$

$Z_{\alpha/2}$ ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 จะได้ = 1.96

P ค่าประมาณของความชุก (proportion) การไม่มาติดตามการรักษาปี 2558 ร้อยละ 12.01 (สถิติงานเวชระเบียน ปี 2559)

d ค่าประมาณที่จะยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้คือ 0.05

n 162 ราย และเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของตัวอย่างที่คำนวณได้เพื่อป้องกันข้อมูลที่เกิดการสูญหาย (Pilot & Beck, 2004) ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมดเท่ากับ 178 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ ประเภทผู้ป่วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, สิทธิการรักษาพยาบาล และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2. ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ระยะเวลาเจ็บป่วย, CD4 cell count ก่อนเริ่มรับยาต้านไวรัส, CD4 cell count ล่าสุดในช่วง 6 เดือน, Viral load ก่อนเริ่มรับยาต้านไวรัส, Viral load ล่าสุดในช่วง 1 ปี, การติดเชื้อฉวยโอกาสหลังจากเริ่มยาต้านไวรัส, จำนวนเม็ดเลือดขาว และอาการข้างเคียงหลังการได้รับยาต้านไวรัส

ส่วนที่ 3. ปัจจัยด้านสังคมและครอบครัว ได้แก่ การพักอาศัย, ผู้ช่วยเหลือในด้านสุขภาพ, การรับรู้สถานะการติดเชื้อของครอบครัว, การรับรู้สถานะการติดเชื้อของชุมชน, ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายจากบ้านมาโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4. สาเหตุการไม่มาตามนัด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีหาค่า IOC หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปเก็บข้อมูล ค่า IOC = 0.97

จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ 0.84

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการตรวจสอบจริยธรรมของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ การเสนอข้อมูลเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือถึงกลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อขออนุญาตประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการค้นเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2560 แล้วทำการเก็บตัวอย่าง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการทางสถิติต่างๆ ที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัย ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุหลักในการไม่มาติดตามการรักษา

2. สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation analysis) ในการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม

3. สถิติวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณโลจิสติก (logistic regression analysis) เพื่อหาโอกาสและปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการไม่มาติดตามการรักษา

ผลการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่มาติดตามการรักษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 64.86) เป็นเพศชายจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 78.4) มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 32.43) รองลงมามีอายุ 31-40 ปี จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 27.03) โดยมีอายุเฉลี่ย 38.39 ปี อายุต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 72 ปี มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 54.05) รองลงมา มีสถานภาพหย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 27.03) มีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษา และระดับอนุปริญญาตรีจำนวนเท่ากัน 12 ราย (ร้อยละ 32.43) มีอาชีพรับจ้างจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 67.57) รองลงมาอาชีพเกษตรกรจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 16.22) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5000-10000 บาท จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 67.57) โดยมีรายได้เฉลี่ย 10242.70 บาท รายได้เฉลี่ยต่ำสุด 5000 บาท สูงสุด 18000 บาท มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงผู้พิการ ผู้สูงอายุจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 54.05) รองลงมาคือสิทธิเบิกตรงสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 27.03) เป็นโรคเบาหวานจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 8.11) และเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.70)

ปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่มาติดตามการรักษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับ CD4 ก่อนเริ่มรับยาต้านไวรัส 200-300 cells/mm³ จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 29.73) ระดับ CD4 ล่าสุดในช่วง 6 เดือน > 500 cells/mm³ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 43.24) มีระดับ Viral load ก่อนเริ่มรับยาต้านไวรัส < 40 copies/ml จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 64.86) ระดับ Viral load ล่าสุดในช่วง 1 ปี

< 20 copies/ml จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 94.59) ส่วนใหญ่ไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสหลังจากเริ่มยาต้านไวรัสจำนวน 30 ราย (ร้อยละ 81.08) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน < 3 เม็ด จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 81.08) หลังรับประทานยาต้านไวรัสส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 59.46)

ปัจจัยด้านสังคมและครอบครัวของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่มาติดตามการรักษาพบว่า ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 29.73) รองลงมาพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 24.32) ไม่มีผู้ช่วยเหลือในด้านสุขภาพจำนวน 28 ราย (75.68) โดยที่ครอบครัวและชุมชน ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 75.68), 22 ราย (ร้อยละ 59.46) ตามลำดับ มีระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล >10 กิโลเมตร จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 70.27) มีค่าใช้จ่ายจากบ้านมาโรงพยาบาล 200-300 บาท จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 56.75)

สาเหตุการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

ตาราง 1 แสดงสาเหตุการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

สาเหตุการไม่มาติดตามการรักษา	จำนวน (n=37)	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยไปทำงานต่างถิ่น ไม่สะดวกในการมารับบริการ	5	13.51
2. ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดเผยตนเอง/กลัวคนอื่นรับรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี	3	8.11
3. ไม่มีคนพามาใช้บริการ	3	8.11
4. จำนวนผู้มารับบริการที่เพิ่มมากขึ้น รอนาน	4	10.81
5. กลัวขาดรายได้ (รับรายวัน)	9	24.32
6. กลัวครอบครัวรู้ และรังเกียจ	3	8.11
7. คิดว่าสุขภาพแข็งแรงดีแล้ว	7	18.92
8. มีอาการข้างเคียงของยา	3	8.11

จากตาราง 1 พบว่าสาเหตุหลักการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ 3 อันดับแรก ได้แก่ กลัวขาดรายได้ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 24.32) รองลงมาคิดว่าสุขภาพแข็งแรงดีแล้วจำนวน 7 คน (ร้อยละ 18.92) และผู้ป่วยไปทำงานต่างถิ่น ไม่สะดวกในการมารับบริการ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 13.51)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านปัจจัยกับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ปัจจัย	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	ค่านัยสำคัญ (p)	การไม่มาติดตามการรักษา	
			ทิศทาง	ระดับ
1. ประเภทผู้ป่วย	0.67	0.00**	บวก	ระดับปานกลาง
2. เพศ	0.18	0.08		
3. อายุ	0.21	0.12		
4. สถานภาพสมรส	0.14	0.28		
5. ระดับการศึกษา	0.73	0.03*	บวก	ระดับสูง
6. อาชีพ	0.43	0.03*	บวก	ระดับต่ำ
7. รายได้เฉลี่ย/เดือน	0.62	0.01**	ลบ	ระดับปานกลาง
8. สิทธิการรักษาพยาบาล	0.18	0.09		
9. โรคประจำตัว	0.47	0.02*	ลบ	ระดับต่ำ
10. การวินิจฉัยโรค	0.01	0.18		
11. ระยะเวลาเจ็บป่วย	0.42	0.02*	ลบ	ระดับต่ำ
12. CD4 ก่อนเริ่มรับยาต้านไวรัส	0.63	0.21		
13. CD4 cell count ล่าสุด	0.73	0.00**	บวก	ระดับปานกลาง
14. Viral load ก่อนเริ่มรับยา	0.87	0.09		
15. Viral load ล่าสุด	0.41	0.17		
16. การติดเชื้อฉวยโอกาส	0.27	0.67		
17. จำนวนเม็ดเลือดขาว	0.18	0.69		
18. อาการข้างเคียงหลังการได้รับยาต้านไวรัส	0.61	0.37		
19. การพักอาศัย	0.43	0.04*	บวก	ระดับต่ำ
20. ผู้ช่วยเหลือในด้านสุขภาพ	0.53	0.04		
21. การรับรู้สถานะการติดเชื้อของครอบครัว	0.43	0.28		
22. การรับรู้สถานะการติดเชื้อของชุมชน	0.17	0.57		
23. ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล	0.29	0.53		
24. ค่าใช้จ่ายจากบ้านมาโรงพยาบาล	0.04	0.13		

** p ≤ 0.01 * p ≤ 0.05

จากตาราง 2 พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประเภทผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาเจ็บป่วย CD4 cell count ล่าสุด และการพักอาศัย

ตาราง 3 แสดงโอกาส และปัจจัยทำนายการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วิเคราะห์โดย Multiple binary logistic regression

ปัจจัย	b	S.E.	Exp(B)	95% C.I.	P-value
ผู้ป่วยรายใหม่	1.25	0.43	3.51	(1.48-8.31)	0.00**
การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา	0.96	0.39	2.61	(1.19-5.68)	0.00**
อาชีพรับจ้าง	0.19	0.57	1.21	(0.39-3.72)	0.73
มีโรคประจำตัว	0.96	0.62	2.61	(0.77-8.83)	0.12
ระยะเวลาป่วย > 5 ปี	-1.63	0.72	0.20	(0.04-0.81)	0.03*
CD4 ล่าสุด 6 เดือน > 300 cells/mm ³	0.87	0.46	2.40	(0.97-5.96)	0.04*
รายได้เฉลี่ย < 10,000 บาท/เดือน	1.53	0.69	4.66	(1.18-18.34)	0.02*
ค่าคงที่	0.99	0.85			0.04*

** p ≤ 0.01 * p ≤ 0.05, Overall Percentage = 80.30

จากตาราง 3 ปัจจัยทำนายการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่จะมีโอกาสไม่มาติดตามการรักษามากกว่าผู้ป่วย
รายเก่า 3.51 เท่า (95% C.I., 1.485-8.31) ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาจะมีโอกาสการไม่มา
ติดตามการรักษามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา 2.61 เท่า (95% C.I., 1.19-5.68) ผู้ที่มี
ระยะเวลาการรักษานานกว่า 5 ปี จะมีโอกาสการไม่มาติดตามการรักษาน้อยกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการรักษา
น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 81 ผู้ที่มีค่า CD4 ล่าสุด 6 เดือน > 300 cells/mm³ จะมีโอกาสการไม่มาติดตาม
การรักษามากกว่า 2.4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่า CD4 ล่าสุด 6 เดือน < 300 cells/mm³ ผู้ที่มีรายได้
<10,000 บาท/เดือน จะมีโอกาสการไม่มาติดตามการรักษามากกว่า 4.66 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้
> 10000 บาท (95% C.I., 1.18-18.34)

สรุป และอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วย
เอดส์ ที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้แก่ เป็นผู้ป่วยรายใหม่ มีการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา
มีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 5 ปี มี CD4 มากกว่า 300 cells/mm³ และมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท
ต่อเดือน โดยปัจจัยที่มีผลมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน เป็นผู้ป่วย
รายใหม่ และมี CD4 มากกว่า 300 cells/mm³ ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการรายงานถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดการติดตาม
การรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ต่างกัน โดยมีการศึกษาในบริบทของสถานที่
ระยะเวลาและช่วงของการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ต่างๆ กัน ส่วนมากเป็นการศึกษาแบบ
ผู้ป่วยนอก ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาในทวีปแอฟริกา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการติดตามการรักษา
ได้แก่ อยู่ห่างจากสถานบริการ ≥10 กิโลเมตร⁹ เคยได้รับการรักษาวัณโรคมามาก่อน⁹ ส่งตัวมาจาก
สถานพยาบาลเบื้องต้นโดยไม่ได้มีความตั้งใจที่จะมาเอง⁹ เป็นเพศชาย¹⁰ ขาดปัจจัยสนับสนุนทางสังคม¹¹
และส่งตัวไปติดตามการรักษาต่อที่อื่น^{12,13} ส่วนการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศแถบยุโรป

และอเมริกา พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดการติดตามการรักษา ได้แก่ เป็นเพศหญิง¹⁴ อายุน้อย^{14,15} (อายุ 15 ถึง 34 ปี) และเป็นคนเชื้อชาติอื่น^{14,15,16} เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของการศึกษานี้ต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่างกัน ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองซึ่งเป็นเขตการดูแลหลักของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีส่วนน้อยที่ได้รับการส่งตัวมาปรึกษาจากต่างอำเภอซึ่งจังหวัดลพบุรีเป็นจังหวัดที่การเดินทางสะดวกแต่ละอำเภอไม่ห่างกันมากนัก ทำให้ไม่ค่อยมีอุปสรรคด้านระยะทางและการเดินทาง ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ เกือบทั้งหมดที่มารับบริการเป็นคนไทยไม่ค่อยมีชาวต่างชาติ และในจังหวัดลพบุรีมีวัดพระบาทน้ำพุซึ่งรับดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีผู้ดูแลหรือมีญาติแต่ไม่สามารถดูแลได้ รวมทั้งพามาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลตามนัดด้วย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่มาติดตามการรักษาของการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

เป็นผู้ป่วยรายใหม่ เนื่องจากการเพิ่งทราบเรื่องการติดเชื้อ ทำให้ยังขาดความรู้ มีความกังวล กลัวการเปิดเผยตนเองและไม่คุ้นเคยกับการรับประทานยาและการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

มีการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักจะเสียเปรียบในการเป็นผู้รับสารที่ดีเพราะมีความกว้างขวางน้อยและมีความสามารถเข้าใจในสารได้ไม่ดี¹⁷ ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องไปถึงการมีรายได้น้อย

มีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 5 ปี เนื่องจากเป็นช่วงเริ่มการรักษา สัมพันธ์กับการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังขาดความรู้ ไม่คุ้นเคยกับการรับประทานยาและการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งยังมีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาที่ไม่ตรงกับที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน เนื่องจากรายได้น้อย อาจได้รายได้เป็นรายวัน การมาติดตามการรักษาทำให้ขาดรายได้ในวันนั้นๆ และให้ความสำคัญกับการหารายได้ในการค้ารงชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพของตนเอง

มี CD4 มากกว่า 300 cells/mm³ เนื่องจากสัมพันธ์กับการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ทำให้ขาดความตระหนักในการรับประทานยาและดูแลสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

แนวทางการแก้ไขที่เสนอแนะจากผลการศึกษาโดยพิจารณาตามแต่ละปัจจัย ได้แก่

ผู้ป่วยรายใหม่ อาจจำเป็นต้องให้การแนะนำดูแลใกล้ชิดเป็นพิเศษ จัดให้มีการเข้ากลุ่มการรักษา มีการติดตามที่ใกล้ชิดมากขึ้นทั้งการโทรสอบถามอาการและการเยี่ยมบ้าน

มีการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา อาจจำเป็นต้องแนะนำให้มีความรู้มากขึ้นทั้งในแง่ของระยะเวลาการแนะนำในแต่ละครั้งและจำนวนครั้ง โดยมีเนื้อหาที่ชัดเจนขึ้น จัดให้มีสื่อการให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายและมีช่องทางการปรึกษาที่เข้าถึงง่าย เช่น เบอร์โทรติดต่อเมื่อมีข้อสงสัยหรือมีปัญหา

มีระยะเวลาการรักษามากกว่า 5 ปี อาจจัดให้มีการแนะนำให้มีความรู้เป็นระยะๆ ตลอดระยะเวลาการมาติดตามการรักษา ทั้งในด้านตัวโรค การรับประทานยาและการมาติดตามการรักษา ว่าจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง

มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน อาจต้องถามเรื่องลักษณะการทำงาน ให้ความสำคัญกับการหารายได้ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ นัดติดตามการรักษาในวันที่มีผลกระทบกับงานน้อยที่สุด และนัดจำนวนครั้งให้น้อยเท่าที่จำเป็น

มี CD4 มากกว่า 300 อาจจัดให้มีการแนะนำให้ความรู้เพิ่มเติมและเน้นย้ำถึงความจำเป็นของการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องแม้จะมีสุขภาพที่แข็งแรงแล้ว

สิ่งสำคัญในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ คือการให้ความรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีว่าจำเป็นต้องมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

สำหรับสาเหตุการไม่มาติดตามการรักษาที่พบบ่อย 3 อันดับแรกในการศึกษานี้ ได้แก่ กลัวขาดรายได้เนื่องจากรับรายได้เป็นรายวัน (ร้อยละ 24.32) คิดว่าสุขภาพแข็งแรงดีแล้ว (ร้อยละ 18.92) ทำงานต่างถิ่น ไม่สะดวกมารับบริการ (ร้อยละ 13.51) สาเหตุดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการขาดปัจจัยสนับสนุนทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ให้การรักษาจึงควรให้ความสำคัญและจัดตารางการมาติดตามการรักษาที่เอื้อต่อข้อจำกัดทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ละคน ได้แก่ นัดตรวจติดตามการรักษาจำนวนครั้งตามความจำเป็นโดยถามความสมัครใจและข้อจำกัดของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ละคน แนะนำเรื่องสิทธิการรักษาและสถานพยาบาลที่สามารถไปตรวจติดตามการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์แต่ละคน รวมถึงจัดให้มีระบบการให้ความรู้ ติดตามและให้คำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอตลอดการรักษา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยไปข้างหน้า รวมถึงการศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้สอดคล้องกับพื้นที่และบริบทในหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด ; 2557.
2. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด ; 2561.
3. กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: หจก. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์ ; 2558.
4. กรมควบคุมโรค สำนักกระบาด. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2559. (ออนไลน์). จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_61345755.pdf. 2557. ค้นเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2561.

5. อธิพัชร จิรวัดมนไพศาล. ผลการใช้เครื่องมือวัดการรับประชนยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอในประเทศไทย. วารสารโรคเอดส์. 2550; 3 : 141-154.
6. นงนุช อุ๋นใจ. การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ตื้อยาเนื่องจากการรักษาไม่สมม่่าเสมอ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ; 2559.
7. Rosen S, Fox MP, Gill CJ. Patient Retention in Antiretroviral therapy Programs in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. PloS Medicine. 2007; 4: 1691-1701.
8. งานสถิติโรคเอดส์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. สถิติโรคเอดส์ประจำปี พ.ศ.2557-2559. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ; 2560.
9. Kranzer K, Zeinecker J, Ginsberg P, et al. Linkage to HIV care and antiretroviral therapy in Cape Town, South Africa. PloS One. 2010; 5(11): 1019-23.
10. Elena Losina, Ingrid V. Bassett, Janet Giddy, et al. The “ART” of Linkage: Pre- Treatment Loss to Care after HIV Diagnosis at Two PEPFAR Sites in Durban, South Africa, Malawi. Bull World Health Organ. 2007; 85: 550-554.
11. Wools-Kaloustian K, Kimaiyo S, Diero L, et al. Viability and effectiveness of large-scale HIV treatment initiatives in sub-Saharan Africa: experience from western Kenya. AIDS. 2006; 20: 41-48.
12. Zachariah R, Teck R, Buhendwa L, et al. Community support is associated with better antiretroviral treatment outcomes in a re source- limited rural district in Malawi. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2007; 101: 79-84.
13. Dalal RP, Macphail C, Mqhayi M, et al. Characteristics and outcomes of adult patients lost to follow-up at an antiretroviral treatment clinic in Johannesburg, South Africa. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008; 47: 101-107.
14. Yu JK, Chen SC, Wang KY, et al. True outcomes for patients on antiretroviral therapy who are “lost to follow-up” in antiretroviral therapy programs in Africa through a sampling based approach. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010; 53:405-411.
15. Rice BD, Delpech VC, Chadborn TR. Lose to Follow-Up Among Adults Attending Human Immunodeficiency Virus Services in England, and Northern Ireland. Sex Trasm Dis. 2011; 38(8): 685-90.
16. Gever SM, Chadborn TR, Ibrahim F, et al. High rate of loss to clinical follow-up among African HIV- infected patients attending a London clinic: A rettospective analysis of a clinical cohort. J Int AIDS Soc. 2010; 13: 29.
17. อรดี โชติเสน, สุรเดช ประดิษฐ์บาทุกา และอารี ชิวเกษมสุข. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กรณีศึกษา โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร: สังกัดสำนักการแพทย์; 2558.