

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมือ อุปสรรค และผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวทฤษฎีจากตำรา และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีเนื้อหาครอบคลุมดังนี้

1. โรคเอดส์และการรักษา
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy)
3. ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (adherence)
4. อุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัส
5. คลินิกยาต้านไวรัสโรงพยาบาลหางดง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. **โรคเอดส์และการรักษา** (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

1.1 โรคเอดส์

โรคเอดส์ หรือ AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอดส์เอชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เหล่านี้ ทำให้อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว เชื้อเอช ไอ วี สามารถเข้าสู่ร่างกายได้โดย

1. การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าจะชายกับหญิง ชายกับชาย หรือหญิงกับหญิง ทั้งช่องทางธรรมชาติหรือไม่ธรรมชาติก็ล้วนมีโอกาสติดโรคนี้ได้ทั้งสิ้น และ

ปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้นได้แก่การมีแผลเปิดและจากข้อมูลของกองระบาดวิทยาพบว่า ร้อยละ 83 ของผู้ป่วยเอดส์ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

2. การรับเชื้อทางเลือด โอกาสติดเชื้อขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสในเลือดพบได้ 2 กรณี คือ

- ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ มักพบในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

- รับเลือดในขณะผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด ในปัจจุบันเลือดที่ได้รับบริจาคทุกขวดเกือบ 100% โอกาสตรวจผิด หรือเลือดมีเชื้อแต่ยังไม่ให้ผลบวก มีน้อยมาก

3. การแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก ผู้หญิงสามารถติดเชื้อเอดส์ได้จากสามี คู่รัก คู่นอนหรือพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง และสามารถถ่ายทอดให้ทารกได้ทั้งในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและภายหลังคลอดประมาณ ร้อยละ 60

1.2 ยาด้านไวรัสเอดส์

หมายถึง ยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ต้านการแบ่งตัว การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ (Interference with attachment and entry) ของเชื้อไวรัสเอชไอวี

1. การยับยั้งขบวนการ Reverse Transcription (Inhibition of Reverse Transcription)
2. การยับยั้งขบวนการ Integration (Inhibition of Proviral Integration)
3. การยับยั้ง Transcription
4. การยับยั้ง Post-translation processing

ยาด้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบัน ประกอบด้วยยา 4 กลุ่ม คือ

1.2.1. กลุ่ม Nucleoside analogues Reverse Transcriptase Inhibitors :

ได้แก่ AZT (Zidovudine), DDI (Didanosine), d4T (Stavudine), 3TC (Lamivudine) กลไกการออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ การแย่งจับกับ HIV-RT (inhibitory competitor) และการหยุดยั้งการเรียงตัวของลำดับเบสของ DNA (chain terminator) ในกรณีที่ใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นยาเดี่ยวในการรักษา (monotherapy) จะสามารถลดจำนวนเชื้อในพลาสมาลงได้เพียง 0.3 - 0.7 log₁₀ หรือน้อยกว่า 10 เท่า

1.2.2. กลุ่ม Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) :

ได้แก่ nevirapine, efavirenz ยาในกลุ่ม Nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors หรือ NNRTIs นี้เป็นยาที่มีโครงสร้างและสูตรทางเคมีที่แตกต่างกันแต่มีฤทธิ์แรง (potent) ในการยับยั้งอย่างจำเพาะต่อ reverse transcriptase (RT) ของ HIV - 1 เท่านั้น ไม่มีผลยับยั้งเอนไซม์ของ HIV - 2 hepatitis, herpes virus และเอนไซม์ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมแต่อย่างใดและกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยาในกลุ่ม nucleoside analogue RT inhibitors (NRTIs) หลายประการ เช่น NNRTIs เป็น active compounds ที่ออกฤทธิ์ได้เลย โดยไม่ต้องผ่านขบวนการ phosphorylation หรือ

metabolism อื่นใดอีก เป็นต้น ข้อดีของยาในกลุ่ม NNRTIs ส่วนใหญ่มีฤทธิ์ยาวสามารถรับประทานเพียงวันละ 1 - 2 ครั้ง ได้เป็นการง่ายต่อการรับประทาน (favorable adherence) แต่ข้อเสียคือเกิดการดื้อยารวดเร็วมากโดยเฉพาะเมื่อใช้เดี่ยว ๆ หรือร่วมกับยาในสูตรที่อ่อนหรือล้มเหลวในการรักษามาก่อน และเมื่อเชื้อดื้อยาจะเกิดการดื้อต่อยาอื่นๆ ในกลุ่มนี้ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีสูตรโครงสร้างทางเคมีที่แตกต่างกันจริงแต่ตำแหน่งที่จับ (binding pocket) กับเอนไซม์ RT เป็นตำแหน่งเดียวกันหมดนั่นเอง ความน่าสนใจของกลุ่มนี้นอกจากจะใช้เป็นยาตัวหนึ่งในสูตรยาร่วม 3 ชนิด (triple therapy) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการมาก (not advanced) (เพื่อเก็บ protease inhibitors ไว้ใช้ทีหลัง)

1.2.3. กลุ่ม HIV-1 Protease Inhibitors :

ได้แก่ saquinavir, indinavir, ritonavir และ nelfinavir ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อเอชไอวีได้ดีมากโดยเชื้อจะไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆ เข้าเป็นไวรัสที่สมบูรณ์ได้ ทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีไม่สามารถก่อโรคได้

1.2.4. กลุ่ม Fusion Inhibitor :

ได้แก่ enfuvirtide, T-20 ยากลุ่มนี้เป็นยากลุ่มใหม่ซึ่งออกฤทธิ์โดยการจับที่ตำแหน่ง gp41 ซึ่งจะขัดขวางการเข้าเซลล์ของเชื้อไวรัสเอชไอวี ปัจจุบันจะใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีการดื้อยาในกลุ่มอื่นๆ เท่านั้น

สูตรยาด้านไวรัส ที่เป็นมาตรฐานของกองโรคเอดส์ในปัจจุบัน (พศ.2550) คือ สูตรยา 3 ชนิด ซึ่งนำยา 2 ชนิดจากกลุ่ม NRTI กับยา 1 ชนิดจากกลุ่ม NNRTI คือ

1. D4T +3TC+ NVP (GPO VIR)
2. D4T+ 3TC+ EFV
3. AZT+ 3TC +NVP (GPO Z)

หรือยา 2 ชนิดจากกลุ่ม NRTI กับยา 1 ชนิดจากกลุ่ม PI คือ

1. D4T+ DDI+ IDV(RTV*)
2. AZT+ DDI+ SQV (RTV*)

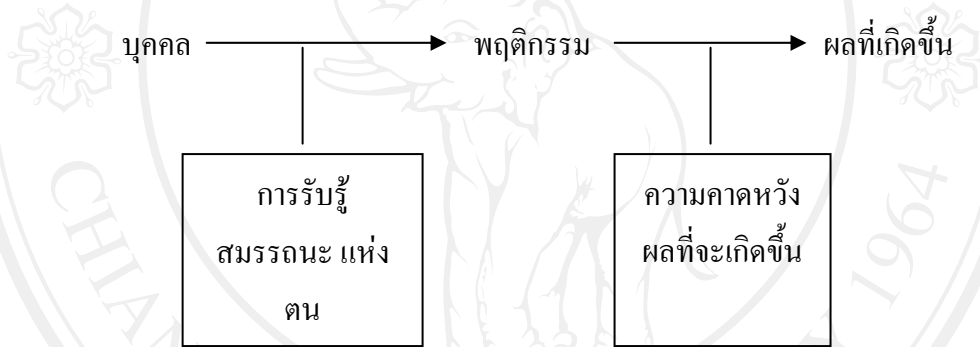
กรณียา RTV ใช้เพื่อเสริมฤทธิ์ของยา IDVและ SQV เท่านั้น

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self - efficacy)

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่ช่วยสร้างพลังให้กับตนเอง และมีบทบาทที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” โดยเบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า สิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคลคือมีความเชื่อมั่น

ในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่ส่งผลต่อชีวิต ตามแนวคิดนี้ อีแวนส์ (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) กล่าวว่าบุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนสามารถจัดการได้แต่จะหลีกเลี่ยงการกระทำ พฤติกรรมที่นอกเหนือไปจากความสามารถของตนเอง การที่บุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถ จะมีอัตราหะ อดทน ไม่ท้อถอยโดยง่ายและจะประสบความสำเร็จในที่สุด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีผลต่อการกระทำของบุคคลที่มีความสามารถ ไม่แตกต่างอาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ถ้าสองคนนี้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกัน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นเกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) แบบดูว่า ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น
(จาก Bandura, 1977 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536, หน้า 58)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนเอง ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้นเป็นการตัดสินใจว่าผลลัพธ์ใดที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำดังกล่าว ดังนั้น ปัจจัย 2 ประการ ที่จะช่วยให้บุคคลกระทำในพฤติกรรมที่มุ่งหวังคือบุคคลนั้นต้องเห็นว่าพฤติกรรมนั้นๆ น่าจะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการและบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อมั่นว่ามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะเห็นได้จากภาพที่ 2 ดังกล่าวอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดด้านหนึ่งสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น

	สูง	ต่ำ
สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังเกี่ยวกับผล
ที่จะเกิดขึ้น (จาก Bandura, 1978 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536, หน้า 59)

เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการแสดงพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายจะต้องได้รับการสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539)

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) ซึ่งแบนดูรา เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงความสำเร็จทำให้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น บุคคลจะเชื่อว่าสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารู้ว่าเขาจะสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลการกระทำที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้

3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างง่าย และใช้กันทั่วไปซึ่งแบบดูว่ากล่าวว่าการใช้คำพูดนั้นจะไม่ค่อยได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถของบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และทำให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกันก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลดีต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบเช่นในสภาพที่ถูกขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัวและนำไปสู่การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลวซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

3. ความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence)

ความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence) คือ พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งการใช้ยาตามสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน พฤติกรรมดังกล่าวต้องเกิดขึ้นจากความยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาวิจัยทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสได้น้อย ร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา จะมีปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสได้น้อยกว่า ร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา ก็จะทำให้ยาต้านไวรัสที่ใช้รักษาไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสในเลือดลงได้ต่ำในระดับที่ต้องการผลในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ (Mannheimer et al., 2002)

ความแตกต่างระหว่าง Adherence และ Compliance

มีคำสำคัญที่ใช้นิยาม “ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา” ได้แก่ Adherence และ Compliance ซึ่งทั้ง 2 คำ มีความหมายที่แตกต่างกัน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ นิยามความหมายของ Adherence คือ พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องทั้งการใช้ ยาตามสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดำเนินชีวิต พฤติกรรมดังกล่าว ต้องเกิดขึ้นจากความยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ ดูแลผู้ป่วย ส่วน Compliance หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและเป็นไป ภายใต้อำนาจบังคับของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการรักษา จะเห็นว่า Compliance นั้น ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดโดยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (อรรถณพ หิรัญศิษฐ์, 2547)

วิธีการวัดความร่วมมือในการรับประทานยา

วิธีการวัดความร่วมมือในการรับประทานยา (พัชรีย์ ชันติพงษ์, 2550 และภารดี ปลอดภัย, 2551) ปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่

1. การใช้แบบสอบถามหรือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม (Patient Self - report) เป็นวิธีที่ ใช้กันมากในการวัดความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ได้ข้อมูลมาจากตัวผู้ป่วยเอง หรือ ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถาม วิธีนี้จะเอื้อถึงปัญหาหรือปัจจัยต่างๆ ที่ เป็นสาเหตุของความไม่สามารถรับประทานยาตามสั่งได้ วิธีการสะดวก ใช้เวลาไม่มาก ไม่แพงมี ความสัมพันธ์กับการวัดระดับไวรัส โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรายงานการไม่รับประทานยา แต่มีข้อเสีย คือคำตอบมัก จะเกินความเป็นจริง (ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรายงานว่ากินยาสม่ำเสมอ) และขึ้นกับ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ผู้ดูแลและผู้รักษา

2. การนับเม็ดยา (Pill count) เป็นวิธีเชิงปริมาณที่ง่ายและสะดวก นับเม็ดยาที่เหลือจริง โดยอนุมานว่าจำนวนยาที่หายไปคือจำนวนที่ผู้ป่วยใช้ไปตามแพทย์สั่ง ข้อดีของวิธีนี้ คือ ไม่แพง สามารถใช้ร่วมกับ self - report และการนับเม็ดยาโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้ามักได้ผลแม่นยำกว่า แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือ มีแนวโน้มคำตอบมักจะเกินความเป็นจริงเพราะผู้ป่วยมักทิ้งยาก่อนมาพบ แพทย์ เสียเวลาและผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกจับผิด

3. การรับยาตามนัด (Pharmacy refill tracking) เป็นการนับเม็ดยาที่เติมโดยเภสัชกร สัมพันธ์ กับยาที่ผู้ป่วยกิน ข้อดีของวิธีนี้คือเวลาที่เติมยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการ รับประทานยา

มีประโยชน์สูงสุดเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยเภสัชกรคนเดียว สามารถใช้ร่วมกับ self-report แต่ข้อเสียคือบางครั้งจำนวนยาที่เดิมอาจไม่เท่ากับจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทาน

4. การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (Medication Event Monitor cap) เป็นขวดยาที่บรรจุอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถบันทึกการเปิดขวดยา มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อระดับไวรัส และสามารถให้ข้อมูลของการไม่รับประทานยาได้ดี แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือราคาแพง อาจวัดไม่ได้ค่าที่แน่นอนหากมีการใช้ไม่ถูกต้องและผู้ป่วยจำเป็นต้องพกขวดยา

5. การตรวจวัดระดับไวรัสในกระแสเลือด (Viral load assay) เป็นวิธีการที่เป็นตัวชี้วัดของผลการรักษาซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ในทางวิจัยใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์ที่ดี แต่ข้อเสียคือมีค่าใช้จ่ายสูง ยังมีปัจจัยอื่นส่ง ผลต่อค่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด เช่น ผู้ป่วยที่มีการดื้อยาตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา ผลการรักษาจึงไม่ดีแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์ที่ดี แต่ปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดก็ไม่ลดลง

6. การตรวจวัดระดับยาในกระแสเลือด (Therapeutic drug monitoring) วัดระดับ/ปริมาณยาที่มีอยู่ในกระแสเลือดทำให้ทราบระดับยาในกระแสเลือดในช่วงเวลาที่เก็บตัวอย่างเลือดมาวิเคราะห์ แต่ข้อเสียคือไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องตามเวลาที่กำหนดหรือไม่ และไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ต่อเนื่องหรือไม่ และมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสูง

7. การให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า (Directly observed therapy) เป็นวิธีการที่มีความถูกต้องแม่นยำสูง เนื่องจากการรับประทานต่อหน้าบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแลโดยตรง แต่ข้อเสียคือต้องใช้อัตรากำลังเป็นจำนวนมากทำหน้าที่ให้ยาหรือสังเกตการณ์การรับประทานยาของผู้ป่วยที่บ้านหรือผู้ป่วยต้องเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพ เพื่อที่จะกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ มักใช้ได้ดีเฉพาะในสถานที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่มีเจ้าหน้าที่ดูแลอยู่ด้วยเต็มเวลา เช่น โรงพยาบาลเรือนจำ

8. บันทึกเวลาการใช้ยา จะทราบเวลาที่รับประทานยาทุกมื้อ ลดปัญหาการจำไม่ได้ แต่ข้อเสียคือไม่สะดวกหรือไม่ให้ความสำคัญที่จะบันทึกเวลารับประทานยาทุกๆ มื้อ ผู้ป่วยที่สายตาไม่ดีหรืออ่าน/เขียนหนังสือไม่ได้จะบันทึกไม่สะดวก

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547)

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ (Ickovics et al., 2002 อ้างใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1.1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่ยังไม่พบความสัมพันธ์กับความ ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างแน่ชัด จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนลงไปได้ว่า ลักษณะของ ประชากรต่างๆ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ อย่างไร

อายุ จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการ รับประทาน ยาต้านไวรัสตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Howard et al., 2002 และ Spire et al., 2002 อ้างใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ารับประทานยาครบถ้วนและ ต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Darder et al., 2004 อ้างใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547) ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ก็อาจมีปัญหาไม่สามารถรับประทานยา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอได้ อาจเนื่องมาจากการมีวุฒิภาวะน้อยจึงทำให้ผู้ป่วย เหล่านี้มีความรับผิดชอบน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า

เพศ จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในเพศหญิงรับประทาน ยาสม่ำเสมอดีกว่าเพศชาย (Darder et al., 2004 อ้างในอรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547) แต่จากการทบทวน การวิจัยต่างๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าเพศหญิงและเพศชายรับประทานยาอย่าง ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน (Fogarty et al., 2002 อ้างใน อรรถนพ หิรัญ ดิษฐ์, 2547)

การศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ถูกต้องครบถ้วน และไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะมีระดับการศึกษาต่ำและกลุ่มผู้ป่วยที่เรียนจบระดับอุดมศึกษา สามารถรับประทานยาได้อย่าง ถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอที่สุด (Darder et al., 2004 อ้างในอรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547) อย่างไรก็ตามในอีกการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยม มีโอกาสในการมีค่าความ ร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (มากกว่า ร้อยละ 95) มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับ มัธยมขึ้นไป จำนวน 2.3 เท่า (ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล และคณะ, 2005 อ้างใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547)

อาชีพ ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งไม่ได้ทำงานจะรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาระทำงาน (วันทนา มณีศรีวงศ์กุลและคณะ, 2547 อ้างใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่มีงานทำสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำ (Gordillo et al., 1999 อ้างใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547)

ฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่าการไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อ (Bonolo et al., 2004 อ้างใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547) และผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจไม่ดีมีโอกาสที่จะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจดีกว่า (Spire et al., 2002 อ้างใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547) และกลุ่มที่ประกอบอาชีพมีโอกาสในการที่มีค่าความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (มากกว่าร้อยละ 95) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ (ธิดาพร จิรวิวัฒนะไพศาล และคณะ, 2005 อ้างใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547)

1.2 ลักษณะอาการเจ็บป่วย สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยทั่วไปจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องในระยะยาว กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมักจะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากโรคที่ใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ในผู้ป่วยที่มีอาการอย่างเฉียบพลันในระยะสั้นและไม่มีอาการแสดงรุนแรงมากนักก็มักจะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเท่าที่ควรเช่นกัน

2. ปัจจัยด้านการดูแลรักษา

2.1 ปัจจัยทางด้านผู้ให้การดูแลรักษา สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา และระยะเวลาที่มีให้ผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในการดูแลรักษาที่ได้รับให้ความเชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาและทีมสุขภาพ จะให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงแพทย์รักษาและทีมสุขภาพให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นกังวล มีความยืดหยุ่นในข้อตกลงต่างๆ ช่วยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในปัญหาที่เกิดขึ้น ทักษะทางคลินิกในด้านต่างๆ ของผู้ให้การดูแลรักษา การประเมินการรักษา ตลอดจนการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกล้าสอบถามในสิ่งที่เป็นข้อสงสัยและยอมรับพฤติกรรมในการรับประทานยาได้ตามจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเชื่อถือและความไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการทำนายความถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย (Wald et al., 2004 อ้างใน อรรถนพ หิรัญดิษฐ์, 2547)

2.2 ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษานี้ครอบคลุมตั้งแต่ความยาวนานในการรักษา วิธีการที่เข้าสู่ว่างกาย จำนวนยาและมือที่ผู้ป่วยต้องรับประทานในแต่ละวัน ประสิทธิภาพของยาในการรักษา และอาการข้างเคียงของยา ผลกระทบของยา/การรับประทานยาต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา และความสะดวกในการเดินทางเพื่อไปรับการรักษา ดังในการศึกษาที่พบว่าอาการข้างเคียงโดยเฉพาะอาการท้องเดินและอาการปวดเมื่อยตามตัวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ, 2547 อ้างใน อรรถพร หิรัญดิษฐ์, 2547)

3. ลักษณะสถานบริการ เช่นระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ความสะดวกในการใช้บริการ มีคลินิกเฉพาะโรค มีโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ มีบริการให้คำปรึกษารูปแบบต่างๆ มีบริการแนะนำการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น มีผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่รักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่รักษาที่ไม่ได้อยู่ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญ (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ, 2547 อ้างใน อรรถพร หิรัญดิษฐ์, 2547)

4. อุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัส

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการพัฒนาต้านไวรัสให้มีการรับประทานที่ง่าย สะดวก ไม่ยุ่งยาก มีอาการข้างเคียงน้อย การรวมยาหลายชนิดไว้ในเม็ดเดียวกัน การพัฒนาที่ออกฤทธิ์ได้นานหรือพัฒนาไม่ให้เกิดปฏิกิริยากับอาหารหรือยาอื่น แต่ก็ยังเป็นที่น่าสนใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังคงเผชิญหน้ากับความท้าทายในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งถือว่าสำคัญมาก

มีหลายการศึกษา ที่ยังไม่สามารถบอกได้ชัดเจนถึงจำนวนยาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทาน ก่อนที่จะเกิดการดื้อยาของเชื้อไวรัส แต่ชี้ว่ายังเป็นปัญหาที่สำคัญ เช่น การมีความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณไวรัสในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้นกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ต่ำ และอีกการศึกษาที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงในการที่พบปริมาณไวรัสในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้น กับการรับประทานยาที่เข้าไปจากที่แพทย์สั่ง และการเพิ่มขึ้นของปริมาณไวรัสในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยา 3 วัน ในการรักษา (Roland et al., 1998) จากการศึกษาที่มีการดื้อยาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อขาดยา เพราะฉะนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องพยายามเพื่อให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างสมบูรณ์ 100%

อุปสรรคที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่ง พบในหลายการศึกษา เช่น ในการศึกษาที่พบว่าเหตุผลทั่วไปที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา

ด้านไวรัสที่ต่ำ คือ การนอนหลับในช่วงเวลาที่จะรับประทานยา ปัญหาในการปฏิบัติตามคำแนะนำพิเศษ และการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Murphy et al., 2000) ในอีกการศึกษาหนึ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ใหญ่ พบว่าเหตุผลที่บ่อยที่สุดของความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสที่ต่ำ คือ สิ่งที่เตือนใจในการติดเชื้อเอชไอวีของบุคคลนั้น การที่ไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบถึงการติดเชื้อเอชไอวีของบุคคลนั้นและความยากลำบากในการที่จะถามผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการรักษา (Catz et al., 2000) นอกจากนี้ อุปสรรคในการรับประทานยาด้านไวรัสยังสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส เช่น จำนวนยาที่รับประทานและความเจ็บป่วยอื่นๆ (Cramer et al., 1989) Freeman และคณะ (1999) รายงานว่า อุปสรรคที่สำคัญ คือ ความแตกต่างด้านเชื้อชาติโดยคนผิวขาวมักจะรายงานว่ารับประทานยาไม่สะดวกและรับประทานยามากกว่าที่ต้องการส่วนคนแอฟริกันอเมริกันมักจะรายงานว่า ไม่มีสถานที่จัดเก็บยาเขาหยุดยาเมื่อรู้สึกมีอาการที่ดีขึ้น พวกเขาไม่ทานยาเมื่อออกไปนอกบ้าน และรู้สึกอึดอัดที่จะไปรับยาตามนัด

5. คลินิกยาด้านไวรัสโรงพยาบาลหาดง

คลินิกยาด้านไวรัสโรงพยาบาลหาดงมีการจัดตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยมีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมกันทำงาน โดยผู้ป่วยรายที่เริ่มรับยาด้านไวรัสใหม่ เจ้าหน้าที่คลินิกยาด้านไวรัส จะให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรักษา การปฏิบัติตนและเภสัชกรให้ความรู้เรื่อง การรับประทานยาด้านไวรัส อาการข้างเคียงและความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส เพื่อเตรียมความพร้อมความเข้าใจให้กับผู้ป่วยในการรับประทานยาด้านไวรัส และจะมีนัดผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อรับยาและติดตามผลการรักษา ซึ่งจะมีการตรวจร่างกายทั่วไปและทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้เภสัชกรจะทำการสอบถามจำนวนยาที่เหลือในวันนัดและคำนวณร้อยละความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส ต่ำจะให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อส่งเสริมและเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาด้านไวรัส (Self - efficacy)

การศึกษาวิจัยในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาด้านไวรัสกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส เช่น การศึกษาของ Molassiotis และคณะ (2002) Dilorio และคณะ (2009) และรวีวรรณ พงศ์พุททชาติ (2548) มี

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัส กับ ผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ค่า CD4 และปริมาณไวรัสในกระแสเลือด โดย Ironson และคณะ (2005)

Molassiotis และคณะ (2002) ได้ศึกษาเพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในประเทศฮ่องกง และหาปัจจัยชี้้นำของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสโดยวิธี cross-sectional correlation design พบว่ามีเพียงร้อยละ 13.7 ของผู้ป่วยที่ถูกจัดเป็นผู้ที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (adherence < 95%) ปัจจัยชี้นำของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัสตรงตามเวลาที่กำหนดเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส คือ การปรับแก้ปัญหา การปวดและชาตามมือและเท้า อายุ ระดับขั้นของโรค ความเชื่อในการควบคุมของตนเอง ความเหนื่อยอ่อน การสนับสนุนของครอบครัว และการรับประทานยาแบบเช้า - เย็น

Murphy และคณะ (2002) ศึกษาในผู้หญิงที่เป็นเอดส์ซึ่งมีบุตรจำนวน 46 คน สัมภาษณ์แม่ประเมินเรื่อง การใช้ประโยชน์ของศูนย์สุขภาพ ความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัส (adherence self - efficacy) และผลลัพธ์ที่คาดหวัง การสนับสนุนของครอบครัวและความขัดแย้ง และความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ต่ำมาก พบได้ช่วง 43% (ประเมินโดยวิธีนับเม็ดยา) ถึง 56% (ประเมินโดยผู้ป่วยรายงานเอง) มีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ (non - adherence) เช่น การดื่มสุรา ความเครียด การมีคู่และอายุของลูกคนสุดท้าย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่น้อยและการคาดหวังกับประโยชน์ของการรักษาต่ำ จากการศึกษาชี้ว่า ความต้องการในการหาวิธีเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และความต้องการศึกษาที่ต่อเนื่องในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อเพื่อประโยชน์ที่คาดหวังต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

Dilorio และคณะ (2009) ศึกษาในผู้ที่รับยาต้านไวรัสจำนวน 236 คน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบแบบจำลองด้านสังคมจิตวิทยาของความร่วมมือในการรับประทานยา (Psychosocial model of medication adherence) ในกลุ่มคนที่รับประทานยาต้านไวรัส แบบจำลองนี้อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีทางปัญญาสังคมและประกอบด้วยตัวแปรด้านตัวบุคคล (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การคาดหวังผลที่เกิดขึ้น トラบาป ความเครียด และทางด้านจิตใจ) ด้านสังคม (การสนับสนุนทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อมของชีวิตที่ยากลำบาก) และด้านผู้ให้บริการ (ความพึงพอใจของผู้ป่วยและการตัดสินใจ) จากการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความเข้มแข็งสัมพันธ์โดยตรงกับความร่วมมือในการรับประทานยา ขณะที่トラบาป ความพึงพอใจของผู้ป่วยและ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสนับสนุนทางด้านสังคม สัมพันธ์โดยอ้อมกับความร่วมมือในการรับประทานยา สรุปรจากการศึกษานี้แสดงหลักฐานที่จะเสริมที่ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาเป็นผลมาจากปฏิกริยาที่ซับซ้อนระหว่างตัวแปรทางจิตสังคมและใช้เป็นแนวทางเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส

Johnson และคณะ (2006) ศึกษาในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสจำนวน 2,765 คน เพื่อหาแบบจำลองของความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการเชิงบวก (Positive provider interactions) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัส มีตัวแปรความร่วมมือในการรับประทานยาซึ่งวัดโดยผู้ป่วยรายงานเอง ตัวแปรทางสังคมประชากรและการรักษาความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัส ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการเชิงบวกจะส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัสที่มากขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีขึ้นในการรักษา

Naar - King และคณะ (2006) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 16 - 25 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 88 คน ศึกษาปัจจัยทำนายด้านจิตสังคมต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความทุกข์ทรมานใจ (psychological distress) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความทุกข์ทรมานใจมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ส่วนกับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัส แต่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาเสนอว่าการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น จะช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและลดความทุกข์ทรมานใจได้ แต่ควรศึกษาอีกครั้งในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่กว่า

Ironson และคณะ (2005) ศึกษาในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 391 ราย เพื่อหาว่าการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัสเมื่อเวลาผ่านไป สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของตัวบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของโรค (CD₄, ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด) ในผู้ใหญ่ที่เป็นเอดส์หรือไม่ วิธีการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัสถูกพัฒนาขึ้นโดยการวิเคราะห์ปัจจัย 2 ส่วน คือ AIDS self - efficacy and Cognitive behavioral Skill Self efficacy (CB) ในเวลาต่อมาให้ปัจจัยทั้ง 2 ส่วนและให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มเข้าไปแก่ผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 56 ราย ซึ่งจะถูควัด ณ เวลาห่างกัน 3 เดือน ครั้งหนึ่งของผู้หญิงเหล่านี้จะได้รับการให้ CB และอีกครั้งหนึ่งได้รับ CB ที่น้อยกว่า ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัสที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลา 3 เดือน สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของค่า CD₄ และการลดลงของปริมาณ

ไวรัสในกระแสเลือด ในลักษณะเดียวกัน Cognitive behavioral Skill Self-efficacy สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดลงของความทุกข์ใจในเวลาที่ผ่านไปน่าสนใจอย่างยิ่ง ในการเพิ่มขึ้นของ Cognitive behavioral Skill Self efficacy และการเพิ่มขึ้นในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต้านไวรัสซึ่งสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดลงของปริมาณไวรัสในกระแสเลือด

รวิวรรณ พงศ์พุททชาติ (2548) ศึกษาผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยโปรแกรม SEPADA (Self-efficacy on the promotion of antiretroviral drugs adherence) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาในโครงการ NAPHA โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 36 ราย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ ความคาดหวัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ($\geq 95\%$) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และหลังการติดตาม 3 เดือน และยังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับคำแนะนำปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรม SEPADA ประสบความสำเร็จ ในการทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและยังคงพฤติกรรมได้ดีเมื่อหลังการทดลองติดตาม 3 เดือน แบบบันทึกการรับประทานยาทุกๆ เดือนแสดงให้เห็นการรับประทานยาสม่ำเสมอดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนแรกจนเสร็จสิ้น โปรแกรม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอลดลงจาก 72.2% เหลือ 11.1% ตัวแบบชีวิตจริงได้ถ่ายทอดประสบการณ์การปฏิบัติตน การแก้ปัญหาและอุปสรรค ระหว่างการรับประทานยาต้านไวรัส จนถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติตน แบบบันทึกการรับประทานยาประจำวันก็เป็นสิ่งที่ช่วยเตือนและเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

6.2 อุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัส

การศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งพบในหลายการศึกษา ได้แก่การศึกษาของ Murphy และคณะ (2003) ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของอุปสรรคและการรับประทานยาต้านไวรัส HAART ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี Kankle - Parker และคณะ (2008) ศึกษาอุปสรรคและสิ่งที่จะช่วยในการรับประทานยาในกลุ่มประชากรกลุ่มน้อยทางทิศใต้ของประเทศอเมริกาที่ติดเชื้อเอชไอวีและ Weiser และคณะ (2003) ซึ่งทำการศึกษาอุปสรรคในความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ในประเทศบราซิล นอกจากนี้ Rudy และคณะ (2009) ศึกษาเพื่อหาความชุกของอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสและหาความสัมพันธ์ระหว่างอุปสรรคต่างๆในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเอชไอวี

Murphy และคณะ (2003) ศึกษาในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 114 คนใน REACH cohort ที่ได้รับยาต้านไวรัส HAART เพื่อหาอุปสรรคต่อการรับประทานยาต้านไวรัส HAART อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และหาความสัมพันธ์ของอุปสรรคและการรับประทานยาต้านไวรัส HAART ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพื่อหาอุปสรรคต่อการรับประทานยา วิเคราะห์ปัจจัยโดยใช้คะแนนตัวแปรของอุปสรรค (barrier variables) จำนวน 19 ข้อ ผลการศึกษาพบว่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความร่วมมือในการรับประทานยา (แบบรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง) ($p = .02$) มีเพียง 28.3% ของวัยรุ่นที่รับประทานยาทั้งหมดตามแพทย์สั่งในช่วง เวลา 1 เดือนที่ผ่านมา การวิเคราะห์ปัจจัยของอุปสรรคมี 2 ปัจจัยที่ให้สัดส่วนที่มากที่สุดของความแปรปรวน คือ 1) อาการข้างเคียงที่สัมพันธ์กับการรักษา (ทั้งต่อร่างกายและจิตใจ) 2) Konkle-Parker และคณะ (2008) ศึกษาอุปสรรคและสิ่งที่จะช่วยในการรับประทานยาในกลุ่มประชากรกลุ่มน้อยทางชาติได้ของประเทศอเมริกาที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 คน โดยวิธี focus group อุปสรรคประกอบด้วยภาระในการวางแผนที่เพิ่มขึ้น ความเครียดในชีวิต ลักษณะที่อยู่ยากในการรับประทานยา トラบาป และการรู้สึกอาย สิ่งที่จะช่วยในการรับประทานยา (facilitators) ประกอบด้วย การยอมรับการวินิจฉัยโรค การคำนึงถึงผลที่ตามมาของการไม่รับประทานยา การสวดมนต์และจิตวิญญาณ การพัฒนารูปแบบยา และการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อน พบว่าในทางตอนใต้ของประเทศอเมริกา ความศรัทธาและการสวดมนต์ จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การรับประทานยาสม่ำเสมอคงอยู่ต่อไป

Weiser และคณะ (2003) ศึกษาอุปสรรคในความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ในประเทศบอสวานา จำนวน 109 คน และผู้ให้บริการสุขภาพ 60 คน ใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยศึกษาในช่วงเดือน มกราคม ถึง กรกฎาคม ปี ค.ศ. 2000 ผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคหลักที่สำคัญต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส ประกอบด้วย ปัญหาด้านการเงิน (44%) トラบาป (15%) การอพยพเดินทาง (10%) และอาการข้างเคียงของยา (9%) บนพื้นฐานของโลจิสติกรีเกรสชัน ถ้าตัดอุปสรรคด้านราคาออก ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส จะเพิ่มขึ้นจาก 54% เป็น 74%

Demasi และคณะ (1999) ศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่มีผู้ป่วยรายงานเอง กับผลลัพธ์ทางคลินิก โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 223 คน ที่รับยา Combivir® และ ZDV+3TC ที่รวมในสูตรที่มียา PI เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส ของผู้ป่วยซึ่งจะใช้สอบถามที่จุดเริ่มต้นของการศึกษา และ

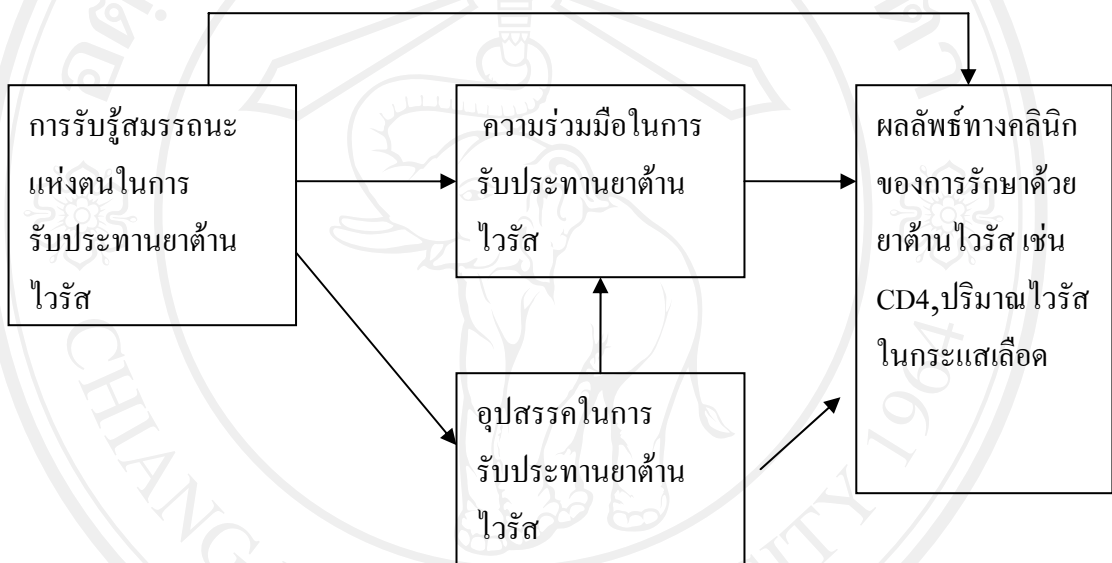
อาทิตย์ที่ 8 และ 16 ของการศึกษา ซึ่งปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจะวัดที่จุดเริ่มต้นของการศึกษา และอาทิตย์ที่ 4, 8 และ 16 ของการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่รายงานว่าขาดยาอย่างน้อย 1 ครั้ง ในการศึกษาจะมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดที่ตรวจพบมากเป็น 2.6 เท่าของผู้ป่วยที่รายงานว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างครบถ้วน ($p=0.002$) ผู้ป่วยที่รายงานว่าไม่ปฏิบัติตามในการรับประทานยาน้อยจะมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ต่ำกว่าผู้ที่มีอุปสรรคมากกว่า จากการศึกษาพบว่า อุปสรรคที่เกี่ยวกับความจำและการระลึกได้มีความสัมพันธ์อย่างมากกับจำนวนยาที่ขาดไป ($p<0.001$)

Rudy และคณะ (2009) ศึกษาเพื่อหาความชุกของอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสและหาความสัมพันธ์ระหว่างอุปสรรคต่างๆ ในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเอชไอวี จำนวน 396 คน ที่มีช่วงอายุ 12 - 24 ปี โดย มีการศึกษาอุปสรรคที่เกี่ยวกับบุคคลในการรับประทานยา เช่น อุปสรรคที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น และการมีอุปสรรคที่เกี่ยวกับองค์ประกอบอื่นๆ ผลการศึกษาพบว่า มีตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 37.4 รายงานว่า มีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ดี (non - adherence) และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ดีกับกลุ่มที่มีรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่ดีในการที่มีความผิดปกติด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์อย่างมากกับอุปสรรคทั้งหมด และในกลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ดี จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นในการรับประทานยาต้านไวรัสที่สูงกว่ากลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ต่ำ ($p<0.0001$) กลุ่มตัวอย่างจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสที่ต่างกัน ถ้ามีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาที่สูง/ต่ำ และการมี/ไม่มีอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัส ($p<0.0001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมือ อุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัส และผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทานยาต้านไวรัส อาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงผลของความร่วมมือและประสิทธิภาพในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังนั้นผู้ศึกษา จึงได้ทำการศึกษาในความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวและได้กรอบแนวคิด ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมือ อุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิก ในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการศึกษา