

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา

Factors affecting antiretroviral therapy adherence among adults living with HIV in a secondary-level hospital, Nakhon Ratchasima Province

กฤษณา หวังมุขกลาง

Krisana Wangmukklang

วิมลรัตน์ บุญเสถียร*

Wimonrut Boonsatean

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์

Nam-oy Pakdevong

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

School of Nursing, Rangsit University

*Corresponding author e-mail: wimonrut.b@rsu.ac.th

DOI: 10.14456/taj.2024.11

Received: May 9, 2024 Revised: August 13, 2024 Accepted: August 26, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่ ในคลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 173 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 โดยใช้ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา (2) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (4) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และ (5) แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI=1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงโลจิสติกแบบไบนารี ผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เคยล้มและเคยรับประทานยาผิดเวลา (ร้อยละ 62.43 และ 67.63 ตามลำดับ) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา 1-3 ปี (adj. OR=6.44) ประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง (adj. OR=6.43) มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส (adj. OR=2.71) และความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับต่ำถึงปานกลาง (adj. OR=4.02) โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ ร้อยละ 36.1 (Nagelkerke $R^2=0.361$) ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการมีระบบการประเมินอาการข้างเคียงและการรับรู้ความจำเป็นในการรับประทานยาต้านไวรัส ระบบการติดตามข้อมูลความต่อเนื่องในการรักษา เพื่อวางแผนทางหรือพัฒนาโครงการในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาในการรักษา 1-3 ปี

Abstract

This predictive correlational study aimed to investigate factors influencing antiretroviral therapy adherence among adults living with HIV at an outpatient antiretroviral clinic in a secondary-level hospital, Nakhon Ratchasima Province. A purposive sampling method was used to select 173 adults living with HIV. Data collection began in July 2023 using questionnaires as follows: (1) personal and treatment-related information, (2) side effects of antiretroviral therapy, (3) beliefs about medication adherence, (4) Health Literacy Scale: HLS-14 (Thai version) and (5) the antiretroviral adherence index. The content validity index (CVI) of 1.00 was verified by three experts. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and binary logistic regression. The research findings revealed that the majority of individuals with HIV had experienced forgetting to take their medication (62.43%) and occasional non-adherence to the prescribed schedule (67.63%). The factors significantly associated with adherence among adults living with HIV ($p < .05$) included a treatment duration of 1–3 years (adj. OR=6.44), a history of discontinuous treatment (adj. OR=6.43), experiencing side effects from antiretroviral drugs (adj. OR=2.71), and low to moderate levels of beliefs in the specific-necessity of medication (adj. OR=4.02). Together these factors explained 36.1% of the variances in adherence (Nagelkerke $R^2=0.361$). These findings underscore the importance of implementing systems to assess side effects and beliefs about the necessity of antiretroviral therapy, as well as monitoring treatment continuity. Such systems could inform the development of interventions to promote consistent and sustained antiretroviral adherence particularly among individuals in the 1–3-year treatment duration group.

คำสำคัญ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ใหญ่,
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

Keywords

HIV-infected individuals, adults,
antiretroviral therapy adherence

บทนำ

ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มักเป็นกลุ่มเยาวชนและวัยผู้ใหญ่ โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 39 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.3 ล้านคน ในจำนวนนี้ 1.2 ล้านคนมีอายุ 15 ปีขึ้นไป⁽¹⁾ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 561,578 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,230 คน โดยร้อยละ 99.41 (จำนวน 9,176 คน) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป⁽²⁾ สาเหตุของการติดเชื้อดังกล่าวมาจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้ป้องกัน ร้อยละ 96 และมาจากใช้สารเสพติดชนิดฉีด ร้อยละ 4⁽²⁾ การติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบโดยตรง

ต่อผู้ติดเชื้อ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง เกิดการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาส และอาจรุนแรงจนเสียชีวิต รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และงบประมาณของประเทศที่ใช้ในการดูแลรักษา

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา⁽³⁾ ได้กำหนดกลยุทธ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง (the HIV care continuum) หรือที่รู้จักในประเทศไทยคือ HIV treatment cascade เพื่อหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรค โดยมีลำดับขั้นของการดูแล ดังนี้ (1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะของการติดเชื้อและได้รับการวินิจฉัย (2) เข้าสู่งการรักษากายใน 1 เดือนภายหลังทราบผลการ

ติดเชื้อเอชไอวี (3) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (4) การคงอยู่ในการรักษา และ (5) ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสและสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ⁽³⁾ ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมาย 95-95-95 โดย 95 ที่ 1 หมายถึงร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สถานะการติดเชื้อ 95 ที่ 2 หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสและคงอยู่ในการรักษา และ 95 ที่ 3 หมายถึง ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสกดไวรัสได้สำเร็จ ผลการดำเนินงานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2566 พบว่า การรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปตามเป้าหมาย (มากกว่าร้อยละ 95) แต่การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ร้อยละ 84 และการกดไวรัสสำเร็จ ร้อยละ 87⁽²⁾ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลหลวงพ่อกุณ ปริสุทโธ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง ร้อยละ 85 สามารถกดไวรัสสำเร็จ ร้อยละ 80⁽²⁾ ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายโดยเฉพาะเป้าหมาย 95 ที่ 2 และ 3 ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาและการกดไวรัสสำเร็จ แม้การรับประทานยาต้านไวรัสมีความสำคัญอย่างมากในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากยาช่วยยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกายลดการทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดทีเซลล์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ จะมีระดับของเชื้อไวรัสในร่างกายลดลงจนถึงระดับที่ไม่สามารถตรวจพบได้⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสดี (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) เพียงร้อยละ 59.5⁽⁵⁾ สอดคล้องกับข้อมูลของพื้นที่ศึกษาที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสดี (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) ร้อยละ 80.48 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้⁽²⁾ แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมีความพยายามในการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสแต่ยังคงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนยังมีการรับประทานยาต้านไวรัสที่ไม่สม่ำเสมอซึ่งส่งผลต่อการกดไวรัสสำเร็จ จากการทบทวนเวชระเบียน

คาดว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน เมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีการศึกษาปัจจัยตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก 5 ด้าน⁽⁶⁾ ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ (health system factors) ได้แก่ การจัดบริการ สิทธิการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับบุคลากรสาธารณสุข⁽⁶⁾ (2) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social & economic factors) ได้แก่ เศรษฐฐานะ⁽⁶⁾ การมีผู้ดูแล⁽⁷⁾ (3) ปัจจัยด้านการรักษา (therapy-related factors) ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา⁽⁸⁾ สูตรยาที่ใช้ในการรักษา⁽⁶⁾ อาการข้างเคียงจากยา⁽⁶⁻⁹⁾ ประวัติการรักษาต่อเนื่อง^(10,11) (4) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (patients-related factors) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส การเปิดเผยการติดเชื้อ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อ^(7,9,12) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ^(13,14) และ (5) ปัจจัยเกี่ยวกับโรค (condition-related factors) ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับโรค⁽⁷⁾ ซึ่งการศึกษาคครั้งนี้มุ่งเน้นที่ปัจจัยที่พบบ่อยในพื้นที่ศึกษาและเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2 ปัจจัย ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา⁽⁸⁾ อาการข้างเคียงจากยา⁽⁶⁻⁹⁾ และประวัติการรักษา^(10,11) โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาการรักษาตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป เกิดอาการข้างเคียง และมีประวัติการรักษาต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ และ (2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา^(7,9,12) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ^(13,14) พบว่า ผู้ติดเชื้อที่เชื่อว่าการรับประทานยาต้านไวรัสมีความจำเป็น จะมีแนวโน้มรับประทานยาสม่ำเสมอ ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ จะรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

จากสถานการณ์ปัญหาทั้งในระดับประเทศ และพื้นที่ศึกษา ร่วมกับการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศ ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีผู้ใหญ่มาก และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของความเชื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อช่วยพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ นำไปสู่การกดไวรัสได้สำเร็จและการมีภาวะสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลหลวงพ่อดูน ประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดนครราชสีมา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่สามารถเข้าถึง (accessible population) คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (unspecified human immunodeficiency virus disease, HIV) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)⁽¹⁵⁾ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหลวงพ่อดูน ประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรเข้าถึงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาต้านไวรัส แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลวงพ่อดูน ประจวบคีรีขันธ์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี (2) ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 6 เดือนขึ้นไป (3) เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ (4) ยินดีและ

สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ทดสอบทางสถิติด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Binary logistic regression) คำนวณค่า odds ratio = 3.08 จากงานวิจัยของ Achappa และคณะ(16) กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ ค่าอำนาจการทดสอบ 95% distribution ค่า x เป็น binomial (กลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ) และค่า x parm (π) = 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่าง 173 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดสัดส่วน (Quota sampling) กลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอเป็น 2 ต่อ 1⁽¹⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอจำนวน 115 คน และกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอจำนวน 58 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา พัฒนาโดยผู้วิจัย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) = 1.00 ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะเวลาในการทำงาน ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการเปิดเผยการติดเชื้อ และ (2) ข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ ระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ปริมาณไวรัสในเลือด (viral load) ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส โรคร่วม สุนทรยา และจำนวนมียาที่ได้รับต่อวัน ในส่วนของการรักษา หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาตามนัดหมายของบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ได้มารับการรักษาต่อเนื่อง (loss to follow-up) โดยมีประวัติไม่มารับการรักษาตามนัดมากกว่า 90 วัน นับจากการรับประทานยาครั้งสุดท้าย จนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

2) แบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการ

รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี พัฒนาโดยผู้วิจัย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา = 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) = 0.82 ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ (1) การเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เลือกตอบ 1 คำตอบ คือ เกิดหรือไม่เกิด (2) ความถี่ในการเกิดอาการข้างเคียงจากยา (3) ระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยา โดยประเมินตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและให้คะแนนความรุนแรงจาก 0-10 คะแนน และ (4) การแก้ปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา

3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาฉบับภาษาไทย ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษพัฒนาโดย Home และคณะ⁽¹⁷⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁽¹⁸⁾ ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (comparative fit index) = 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.80 ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ รวม 10 ข้อ ได้แก่ (1) ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (specific-necessity) จำนวน 5 ข้อ และ (2) ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา (specific-concern) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนนระหว่าง 5-25 คะแนน การแปลผลแบ่งความเชื่อเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5-14 คือ ระดับต่ำ คะแนน 15-19 คือ ระดับปานกลาง และคะแนน 20-25 คือ ระดับสูง

4) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย ต้นฉบับภาษาอังกฤษพัฒนาโดย Suku และคณะ⁽¹⁹⁾ แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยวิมลรัตน์ บุญเสถียรและอรทัย เจริญพิทยะสกุล⁽²⁰⁾ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.71 ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 ชั้น ได้แก่ (1) ชั้นพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ (2) ชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (communicative health literacy) เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และ (3) ชั้นวิจารณ์ญาณ

(critical health literacy) เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็มของชั้นพื้นฐานและชั้นวิจารณ์ญาณ มีค่าระหว่าง 4-20 คะแนน การแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 4-11 คือ ระดับต่ำ คะแนน 12-15 คือ ระดับปานกลาง และคะแนน 16-20 คือ ระดับสูง แบบสอบถามชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ มีค่าระหว่าง 5-25 คะแนน การแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5-14 คือ ระดับต่ำ คะแนน 15-19 คือ ระดับปานกลาง และคะแนน 20-25 คือ ระดับสูง

5) แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ฉบับภาษาไทย ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษพัฒนาโดย Mannheimer และคณะ⁽²¹⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดยชนิกา ศรีราช และคณะ⁽⁸⁾ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.79 ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ (1) การรับประทานยาต้านไวรัสติดเวลา คะแนนเต็ม 4 คะแนน หากไม่เคยรับประทานยาติดเวลาได้ 4 คะแนน หากเคยรับประทานยาติดเวลาก่อนหรือหลังไม่เกิน 2 ชั่วโมงได้ 3 คะแนน หากเคยรับประทานยาติดเวลาก่อนหรือหลังมากกว่า 2 ชั่วโมงได้ 2 คะแนน (2) จำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ลืมรับประทานยา คะแนนเต็ม 6 คะแนน ค่าคะแนนจะลดลงตามจำนวนวัน ได้แก่ 6 คะแนน คือ ไม่เคยลืมหรือเคยลืมรับประทานยา 1 วัน 5 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 2 วัน 4 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 3 วัน 3 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 4 วัน 2 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 5 วัน 1 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 6 วัน และ 0 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยา 7 วัน และ (3) ระยะเวลาเป็นวันจากครั้งสุดท้ายที่ลืมรับประทานยาจนถึงวันที่มาตรวจ คะแนนเต็ม 6 คะแนน ได้แก่ 6 คะแนน คือ ไม่เคยลืมรับประทานยาเลย 5 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้ายมากกว่า 90 วัน 4 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้ายมากกว่า 30-90 วันที่ผ่านมา 3 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้าย

15-30 วันที่ผ่านมา 2 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้าย 8-14 วันที่ผ่านมา และ 1 คะแนน คือ เคยลืมรับประทานยาครั้งสุดท้าย 1-7 วันที่ผ่านมา การแปลผลคะแนนรวม 10 คะแนนขึ้นไป หมายถึง รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ และน้อยกว่า 10 คะแนน หมายถึง รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งสมัครใจและผ่านกระบวนการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อแบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ แล้วจึงเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และเปิดโอกาสให้ซักถามจนปราศจากข้อสงสัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การสัมภาษณ์ดำเนินการในห้องปิดที่เป็นส่วนตัวในคลินิกยาต้านไวรัสของพื้นที่ศึกษา ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที ในส่วนของผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ส่วนกลุ่มที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะใช้ข้อมูลจากแบบวัดคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในการดูแลรักษาต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลบรรยาย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ตรวจสอบการกระจายของข้อมูล ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

3) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยขั้นแรกวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระยะเวลาในการรักษา

ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยจัดกลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) จากนั้นนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression analysis)

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA. No. RSUERB2023-093 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2566 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ จำนวน 173 ราย เป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 46.24 ประมาณครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 46-59 ปี อายุเฉลี่ย 43.34 ปี (SD=10.45) ไม่มีคู่สมรส ร้อยละ 57.23 มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.60 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 93.64 มีผู้ดูแล ร้อยละ 92.49 และไม่เปิดเผยสถานะของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 63.58

2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ เคยรับประทานยาผิดเวลาร้อยละ 52.17 และ 98.28 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่รับประทานยาผิดเวลาก่อนหรือหลังน้อยกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 73.33 และไม่เคยลืมรับประทานยา ร้อยละ 56.52 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่รับประทานยาผิดเวลาก่อนหรือหลังมากกว่า

2 ชั่วโมง ร้อยละ 73.68 และทั้งหมดเคยสัมผัสรับประทานยาต้านไวรัส

3. ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการดูแลรักษา พบว่า ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา และอาการข้างเคียงจากยา มีความสัมพันธ์กับความ

สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1 ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลรักษากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยใช้สถิติ chi-square ($n=173$)

ปัจจัยด้านการดูแลรักษา	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		X ²	p-value
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (ปี)				
1-3	11 (9.57)	20 (34.48)	18.001	<.001
4-5	11 (9.57)	4 (6.89)		
6 -9	19 (16.52)	11 (18.97)		
≥10	74 (64.35)	23 (39.66)		
ประวัติการรักษา				
รักษาต่อเนื่อง	106 (92.17)	36 (62.07)	23.757	<.001
รักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา	9 (7.83)	22 (37.93)		
อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา				
ไม่มี	99 (86.09)	40 (68.97)	7.157	.007
มี	16 (13.91)	18 (31.03)		

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยใช้สถิติ chi-square ($n=173$)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		X ²	p-value
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา				
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (specific-necessity)				
ระดับสูง	101 (87.83)	37 (63.79)	13.799	<.001
ระดับต่ำถึงปานกลาง	14 (12.17)	21 (36.21)		
ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา (specific-concern)				
ระดับสูง	20 (17.39)	11 (18.97)	0.065	.799
ระดับต่ำถึงปานกลาง	95 (82.61)	47 (81.03)		
ความรู้				
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม				
ระดับสูง	43 (37.39)	23 (39.66)	0.084	.772
ระดับต่ำถึงปานกลาง	72 (62.61)	35 (60.34)		

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ โดยใช้สถิติ chi-square (n=173)(ต่อ)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย	ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		X ²	p-value
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ขั้นพื้นฐาน (functional health literacy)				
ระดับสูง	54 (46.96)	32 (55.17)	1.041	.308
ระดับต่ำถึงปานกลาง	61 (53.04)	26 (44.83)		
ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (communicative health literacy)				
ระดับสูง	56 (48.70)	22 (37.93)	1.804	.179
ระดับต่ำถึงปานกลาง	59 (51.30)	36 (62.07)		
ขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy)				
ระดับสูง	98 (85.22)	49 (84.48)	0.016	.898
ระดับต่ำถึงปานกลาง	17 (14.78)	9 (15.52)		

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่พบว่า 4 ปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ (1) ระยะเวลาในการรักษา พบว่า ในกลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 10 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษา 1-3 ปี เป็น 6.44 เท่า (95% CI; 2.43-17.06) (2) ประวัติการรักษาต่อเนื่อง พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประวัติการรักษาต่อเนื่อง จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่องเป็น 6.43 เท่า (95% CI; 2.48-16.71) (3) อาการข้างเคียงจากยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากยา เป็น 2.71 เท่า (95% CI; 1.11-6.63) และ (4) ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็น

ต่อการรับประทานยาในระดับสูง จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับต่ำถึงปานกลาง เป็น 4.02 เท่า (95% CI; 1.63 - 9.90) ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัย สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ได้ ร้อยละ 36.1 (Nagelkerke $R^2=0.361$, $p<.05$) ดังตารางที่ 3

แบบจำลองถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการศึกษา มีความเหมาะสม (Homer & Lemeshow test $X^2=3.45$, $p=.63$) โดยสามารถสร้างสมการถดถอยโลจิสติก ได้ดังนี้ $\text{Log(odds)} = -2.080 + 1.863$ (ระยะเวลาในการรักษา 1-3ปี) + 1.861 (ประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง) + 0.996 (เกิดอาการข้างเคียงจากยา) + 1.391 (ความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นระดับต่ำถึงปานกลาง)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกชนิดไบนารีของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
วัยผู้ใหญ่ (n=173)

ปัจจัย	n	B	S.E.	Wald	adj. OR	95% CI	p-value
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี							
≥10 ปีขึ้นไป ^R	97	-	-	-	-	-	-
6-9 ปี	30	0.365	0.535	0.466	1.441	0.505 - 4.107	.495
4-5 ปี	15	0.492	0.699	0.495	1.635	0.416 - 6.438	.482
1-3 ปี	31	1.863	0.497	14.051	6.441	2.432 - 17.058	<.001
ประวัติการรักษา							
รักษาต่อเนื่อง ^R	142	-	-	-	-	-	-
ไม่ต่อเนื่อง	31	1.861	0.487	14.590	6.431	2.475 - 16.713	<.001
อาการข้างเคียงจากยา							
ไม่เกิด ^R	139	-	-	-	-	-	-
เกิด	34	0.996	0.457	4.742	2.707	1.105 - 6.632	.029
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (Specific-Necessity)							
ระดับสูง ^R	138	-	-	-	-	-	-
ระดับต่ำถึงปานกลาง	35	1.391	0.460	9.153	4.019	1.632 - 9.895	.002

Homer & Lemeshow test: $X^2_{df=5} = 3.453$, $p = .631$; constant = -2.080; Nagelkerke $R^2 = .361$; R=reference group

วิจารณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 36.1

ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 10 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษา 1-3 ปี 6.44 เท่า (95% CI; 2.43-17.06) สอดคล้องกับการศึกษาของชนิก ศรียา และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษาต่ำกว่า 10 ปี จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสน้อยกว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการรักษา 10 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี

ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มากขึ้น จะมีโอกาสพบบุคลากรทางการแพทย์และได้รับทราบถึง ความก้าวหน้าของโรค ได้รับคำแนะนำและเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรับประทานต่อเนื่อง ระยะเวลา รักษาที่เพิ่มขึ้นจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความคุ้นเคย และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคลากร กล้าที่จะสื่อสารปัญหาของการรับประทานมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษาที่สั้นกว่า⁽²²⁾ นอกจากนี้ระยะเวลาในการรักษาที่มากกว่า มีผลต่อการสั่งสมประสบการณ์และการปรับตัวต่อโรคและการรักษาที่ได้รับส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวเพียงพอต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องจนเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต⁽²³⁾

ประวัติการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประวัติการรักษาต่อเนื่อง จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง 6.43 เท่า (95% CI; 2.48-16.71) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bantie และคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษาจะรับประทานยาต้านไวรัส

ไม่สม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรักษาต่อเนื่อง อาจช่วยปลูกฝังให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ส่งผลต่อการปฏิบัติตามสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ โดยระบบการรักษาและวัฒนธรรมของประเทศไทยผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่จะเชื่อฟังและทำตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสดังกล่าวจะได้รับการสื่อสารข้อมูลการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากยา 2.71 เท่า (95% CI; 1.11-6.63) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการเกิดอาการข้างเคียงเป็นสาเหตุหลักของการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ⁽⁸⁾ อาการข้างเคียงจากยาเป็นผลที่เกิดจากการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัส โดยร้อยละ 74.48 ทำให้เกิดอาการของระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal symptoms) ที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน⁽²⁴⁾ ในทางกลับกันการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในระบบทางเดินอาหารถูกทำลาย เมื่อผู้ติดเชื้อรับประทานยาต้านไวรัสจะทำให้เกิดความไวต่อปฏิกิริยาจากยาจึงทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการข้างเคียงอาจส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน ดังการศึกษาที่พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ มีร้อยละของความถี่และความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากยาน้อยกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการข้างเคียงจากยาบ่อยและอาการมีความรุนแรงโดยไม่สามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้ ส่งผลต่อความทนต่ออาการที่เกิดขึ้น และเกิดเป็นความท้อแท้เบื่อหน่ายในการ

รับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ⁽⁸⁾

ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับสูง จะมีโอกาสรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาในระดับต่ำถึงปานกลาง 4.02 เท่า (95% CI; 1.63-9.90) การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาครอบคลุมการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา⁽¹⁸⁾ ซึ่งในปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเพียงการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องเพียงวิธีเดียว การสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความสำคัญและความจำเป็นดังกล่าว อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้อาการ และผลที่จะตามมาจากความเจ็บป่วยอาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา ผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาในการรักษายาวนาน จะมีโอกาสรับรู้อาการและความเจ็บป่วยของตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์และจากประสบการณ์ตรงของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ถึงประสิทธิภาพและความจำเป็นของการรับประทานยา ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับแนวคิดของ Home และคณะ⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับรู้และให้คุณค่ากับอาการเจ็บป่วยและผลสืบเนื่องของความเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรง จะมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้และให้คุณค่ากับอาการเจ็บป่วยและผลสืบเนื่องของความเจ็บป่วยน้อย^(18,25) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าการรับประทานยาต้านไวรัสมีความจำเป็นและามีประสิทธิภาพในการรักษา ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ^(25,26)

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์และไม่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยาในการศึกษานี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 82.61) ซึ่งในการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา และขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเริ่มยาต้านไวรัส นอกจากนี้ การมาตามนัดทุกครั้ง บุคลากรทางการแพทย์จะสื่อสารเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาและผลจากการรักษา กระบวนการดังกล่าวอาจช่วยลดความกังวลต่อการรับประทานยาได้ นอกจากนี้ การที่พยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวีในระยะต้นมีการดำเนินไปอย่างช้าๆ ผู้ติดเชื้อจึงมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยและเป็นเรื้อรัง อาการที่พบบ่อย เช่น ไข้ ท้องเสีย ซึ่งสามารถเข้าถึงยาและการรักษาได้ด้วยตนเองโดยใช้ยาสามัญประจำบ้านที่เข้าถึงได้ง่ายจากหลายช่องทาง เช่น ร้านสะดวกซื้อ ร้านขายยา โดยไม่ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล แม้ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน แต่ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁽²⁷⁾ ซึ่งศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลต่อการรับประทานยาไม่สามารถอธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้

ความรู้ด้านสุขภาพ ในการศึกษาคครั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์และไม่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งกลุ่มที่รับประทานยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 62.61 และ 60.34 ตามลำดับ) อาจเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับใกล้เคียงกัน เข้ารับการรักษาจากสถานบริการ

สุขภาพแห่งเดียวกัน ได้รับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพคล้ายกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสม่ำเสมอในการรับประทานยา นอกจากนี้ในคลินิกได้จัดให้มีแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นจิตอาสาให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการรับบริการ ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและกล้าสอบถามข้อมูลต่างๆ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกัน อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นความจำเป็นในการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์⁽²⁸⁾ และไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้^(12,29) อย่างไรก็ตามความรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายการคงอยู่ในการรักษา (retention) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้^(28,29)

ข้อจำกัดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคครั้งนี้อาศัยในชุมชนชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาจึงสามารถนำไปอ้างอิงในประชากรที่อาศัยในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ศึกษาได้เท่านั้น นอกจากนี้ การศึกษาคครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพคล้ายกัน ภาวะความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสจึงยังไม่ชัดเจนเพียงพอ รวมทั้งไม่ได้ศึกษาเหตุผลด้านของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะทาง ค่าใช้จ่ายการเดินทาง บุคคลที่พามารับบริการ รวมถึงการติดตามและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น

สรุป

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เคยรับประทานยาต้านไวรัสผิดเวลา เคยลืมรับประทานยา และปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส คือ ระยะเวลาในการรักษา ประวัติการรักษา อาการข้างเคียงจากยา และความเชื่อเฉพาะด้าน

การรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทายา ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ที่มีระยะเวลาการรักษา 10 ปีขึ้นไป มีประวัติการรักษาต่อเนื่อง ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส และรับรู้ความจำเป็นในการรับประทายาระดับสูงจะมีโอกาสในการรับประทายาต้านไวรัสสม่ำเสมอสูงกว่า ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีระบบการประเมินอาการข้างเคียงและการรับรู้ความจำเป็นในการรับประทายาของผู้ติดเชื้อ และระบบการติดตามข้อมูลความต่อเนื่องในการรักษา เพื่อวางแผนทางหรือพัฒนาโครงการในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมมารับประทายาต้านไวรัสสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาในการรักษา 1-3 ปี

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม/แนวทางการส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระยะเวลาการรักษา 1-3 ปี และกลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากการรับประทายาต้านไวรัส ให้สามารถรับประทายาต้านไวรัสได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการรักษา มีอาการข้างเคียงจากการรับประทายาต้านไวรัส และไม่รับรู้ถึงความจำเป็นของการรับประทายาอย่างต่อเนื่อง ควรมีระบบประเมินข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อให้รับรู้ถึงปัญหาตั้งแต่ระยะแรก จัดระบบการติดตามอย่างใกล้ชิด และจัดบริการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาเป็นรายบุคคลในคลินิกหรือผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมมารับประทายาสม่ำเสมอ และสามารถจัดการอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เช่น การตีความแอลกอฮอล์ การมีผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ควรศึกษาในพื้นที่อื่นเกี่ยวกับผลของความเชื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส เนื่องจากการศึกษาในประเทศไทย

มีจำนวนจำกัด รวมทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะเหตุผลด้านผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทายาต้านไวรัส เช่น ระยะทาง ค่าใช้จ่ายการเดินทาง บุคคลที่พามาใช้บริการ รวมถึงการตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี/เอดส์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ครอบครัวและกัลยาณมิตรที่ให้การสนับสนุนและขอขอบคุณแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีและอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. HIV statistics, globally and by WHO region 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Jul 23]. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf>
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2022 Division of AIDS and STIs. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding the HIV care continuum. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2019.
4. Conway B. The role of adherence to antiretroviral therapy in the management of HIV infection. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;45(Suppl 1):14-8.
5. Ponboobpha A, Maneesriwongul W, Sa-nongdej W. Relationships between selected factors and

- adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(3):314-22. (in Thai)
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
 7. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev*. 2019;8(1):112.
 8. Srirach C, Boonshuyar C, Pacheun O. Health behaviors and adherence to antiretroviral drug among people living with human immunodeficiency virus. *Journal of Nursing Siam University*. 2018;19(37):39-55. (in Thai)
 9. Kioko MT, Pertet AM. Factors contributing to antiretroviral drug adherence among adults living with HIV or AIDS in a Kenyan rural community. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017;9(1):1-7.
 10. Bantie B, Seid A, Kerebeh G, Alebel A, Dessie G. Loss to follow-up in “test and treat era” and its predictors among HIV-positive adults receiving ART in Northwest Ethiopia: Institution-based cohort study. *Front Public Health*. 2022;10: 876430.
 11. Telayneh AT, Tesfa M, Woyraw W, Temesgen H, Alamirew NM, Haile D, et al. Time to lost to follow-up and its predictors among adult patients receiving antiretroviral therapy retrospective follow-up study Amhara Northwest Ethiopia. *Sci Rep*. 2022;12(1):2916.
 12. Fazeli PL, Woods SP, Gakumo CA, Mugavero MJ, Vance DE. Critical and not functional, health literacy is associated with missed HIV clinic visits in adults and older adults living with HIV in the Deep South. *AIDS Care*. 2020;32(6):694-700.
 13. Stonbraker S, Smaldone A, Luft H, Cushman LF, Nadal LL, Halpern M, et al. Associations between health literacy HIV-related knowledge and information behavior among persons living with HIV in the Dominican Republic. *Public Health Nurs*. 2018;35(3):166-75.
 14. Sianturi EI, Perwitasari DA, Soltief SN, Islam A, Geboers B, Taxis K. Health literacy of people living with HIV in a rural area in Indonesia: a cross-sectional study. *Health Soc Care Community*. 2020;29(1):127-34.
 15. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
 16. Achappa B, Madi D, Bhaskaran U, Ramapuram JT, Rao S, Mahalingam S. Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV. *N Am J Med Sci*. 2013;5(3):220-3.
 17. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: the developments and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health*. 1999;14(1):1-24.
 18. Leaungsomnapa Y, Leaungsomnapa S, Promproh S, Thasirasawad P, Keawchaum R, Suworawatanakul W. Confirmatory factor analysis of beliefs about medicine questionnaire in Thai Version. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2014;31(4):297-310. (in Thai)
 19. Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med*. 2013;18(5):407-15.

20. Boonsatean W, Reantippayasakul A. The association of health literacy with self-management in people with type 2 diabetes living in communities Pathum Thani province. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2021;14(1):198-212. (in Thai)
21. Mannheimer S, Friedland G, Matts J, Child C, Chesney M. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. *Clin Infect Dis*. 2002;34(8):1115-21.
22. Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S, Li W, Wilson IB. Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *J Gen Intern med*. 2004;19(11):1096-103.
23. Chaiyasit Y, Boonyaleepan S. Health behaviors of HIV/AIDS patients receiving antiretroviral therapy more than 10 Years [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. 121 p. (in Thai)
24. Santos ASC, Silveira EA, Falco MO. Gastrointestinal symptoms in HIV-infected patients: female sex and smoking as risk factors in an outpatient cohort in Brazil. *PLoS One*. 2016;11(10) : e0164774.
25. Horne R, Cooper V, Gellaitry G, Date HL, Fisher M. Patients' perceptions of highly active antiretroviral therapy in relation to treatment uptake and adherence the utility of the necessity-concerns framework. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;45(3):334-41.
26. Phillips LA, Diefenbach MA, Kronish IM, Negron RM, Horowitz CR. The necessity-concerns framework: a multidimensional theory benefits from multidimensional analysis. *Ann Behav Med*. 2014;48(1):7-16.
27. Leaungsonnapa Y, Promproh S, Leaungsonnapa S, Sourthao Y. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2013;30(2):146-57. (in Thai)
28. Anderson AN, Haardorfer R, Holstad MM, Nguyen MLT, Waldrop-Valverde D. Predictors of disparities in retention in care among African Americans living with HIV. *AIDS Care*. 2021;33(1):54-62.
29. Kumkrong C. Relationships of health literacy and knowledge about antiretroviral therapy to medication adherence among people living with HIV. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2015;21(2) :211-28. (in Thai)
30. Chanklin U, Markmee P. Factors influencing self-disclosure of HIV status among persons living with HIV and AIDS in a lower north province. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2022;29(1):41-53. (in Thai)