

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในยุคของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถ้วนหน้า

ณัฐาศิริ ฐานะวุฒิ^{1*}
ศันสนีย์ สินารักษ์²

Medication Adherence among HIV-Infected Patients and Associated Factors in the Era of Universal Access to Antiretroviral Therapy.

Nattasiri Thanawuth^{1*}, Sansanee Sinarak²

¹Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand.

²Department of Pharmacy and Consumer Protection, Huaiyod Hospital, Huaiyod, Trang, 92130, Thailand.

*E-mail: nattasiri.t@psu.ac.th

Songkla Med J 2014;32(1):11-22

บทคัดย่อ:

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 400 ราย ที่ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดตรังและได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ข้อมูลบางส่วนเก็บจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 87.3 ของกลุ่มตัวอย่างติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 47.2 มีอาการของโรคแล้วขณะที่ทราบครั้งแรกว่าติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาเฉลี่ยของการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ 45.6 ± 24.4 เดือน เมื่อวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีนับเม็ดยา (pill counts) พบว่าร้อยละ 23.5 ของกลุ่มตัวอย่างขาดความร่วมมือในการใช้ยา (รับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 95 ของจำนวนมียาตามแพทย์สั่ง) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ การมีประวัติติดนัดกับแพทย์ (Odds ratio (OR)=1.94; ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%

¹ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

²กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลห้วยยอด อ.ห้วยยอด จ.ตรัง 92130

รับต้นฉบับวันที่ 4 มิถุนายน 2556 รับลงตีพิมพ์วันที่ 16 กันยายน 2556

Confidence Interval; 95% CI): 1.07-3.51) ทราบค่า CD4 ของตนเอง (OR=2.14, 95% CI: 1.20-3.79) และประเภทของโรงพยาบาล กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไปจะมีโอกาสขาดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน (OR=3.74; 95% CI: 2.20-6.37) การศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านของการส่งเสริมการตรวจเลือด การติดตาม และการกระตุ้นความร่วมมือในการใช้ยายังคงมีความจำเป็นในยุคของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถ้วนหน้า โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะขาดความร่วมมือในการใช้ยา

คำสำคัญ: การเข้าถึงการรักษาอย่างถ้วนหน้า, ความร่วมมือในการใช้ยา, ยาต้านไวรัสเอดส์

Abstract:

The objective of this study was to determine antiretroviral adherence and associated factors. Interviews were conducted in 400 Human Immunodeficiency Virus (HIV) patients attending outpatient departments at public hospitals in Trang province who had received antiretroviral therapy for more than 6 months. Data were supplemented by medical record reviews.

Results: Eighty seven point three percent of the patients were HIV-infected through sexual contact and 47.2 % had HIV-related symptoms at the time of first HIV diagnosis. Mean duration of antiretroviral therapy was 45.6 ± 24.4 months. The rate of non-adherence measured by pill counts was 23.5% (i.e.; taking less than 95% of the prescribed doses). Independent risk factors for antiretroviral nonadherence were missing an appointment (Odds ratio (OR) = 1.94; 95% Confidence Interval (95% CI): 1.07-3.51), knowing their own CD4 levels (OR=2.14, 95% CI: 1.20-3.79), and type of hospital. Patients attending secondary hospital were more likely to be non-adherent (OR=3.74; 95% CI: 2.20-6.37). This study indicated that, in the era of universal access to antiretrovirals, attempts should be made to scale up early HIV testing. Periodic monitoring and adherence support interventions are needed, especially among patients who are at risk for nonadherence.

Keywords: adherence, antiretrovirals, universal access to treatment

บทนำ

การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพสูง (highly active antiretroviral therapy) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น¹ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นไปในลักษณะเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ประเทศไทยมีนโยบายสนับสนุนการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบบริการอย่าง

ครบถ้วนและต่อเนื่อง² ส่งผลให้ความครอบคลุมของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 60 ในปี พ.ศ. 2550 และสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในแถบภูมิภาคเดียวกัน³

อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอดส์ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยขณะเริ่มใช้ยา⁴ และความร่วมมือในการใช้ยา

(medication adherence)⁵ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยมีเป้าหมายหลักคือ ตรวจไม่พบไวรัสในกระแสเลือด (undetectable viral load) และเพิ่มระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ในร่างกาย^{6,7} การบรรลุเป้าหมายของการรักษาดังกล่าว ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของจำนวนมียาตามแพทย์สั่ง⁵ นอกจากประโยชน์ของยาต่อตัวผู้ป่วยแล้ว การศึกษาในระยะหลังยังแสดงให้เห็นถึงบทบาทของยาด้านไวรัสเอดส์ในการลดการแพร่เชื้อเอชไอวี^{7,8} และมีการมุ่งเน้นความสำคัญของความร่วมมือในการใช้ยาต่อการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี^{7,9}

ในขณะที่ประโยชน์จากการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย หลายๆประเทศเริ่มตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากการเพิ่มการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผลที่เกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งนอกจากจะมีผลเสียในแง่ของการรักษาล้มเหลวแล้ว ยังทำให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยาในสังคม^{10,11} มีข้อมูลจากต่างประเทศพบเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่เคยได้รับยาด้านไวรัสมาก่อน โดยพบประมาณร้อยละ 13.8 ในแถบเอเชียหลังจากที่มีโครงการเพิ่มการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์¹⁰ ส่วนในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นเชื้อดื้อยาประมาณร้อยละ 5¹²

ในขณะเดียวกัน หลายการศึกษายังคงพบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งขาดความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ (รับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 95 ของจำนวนมียาตามแพทย์สั่ง)¹³⁻¹⁶ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้านซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ เช่น เศรษฐฐานะของผู้ป่วย^{14,17,18} การเปิดเผยตนเองต่อสังคม^{17,18} อาการข้างเคียงและความซับซ้อนของสูตรยา¹⁴ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสาธารณสุข^{17,19} สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (รับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80-95 ของมียา) อยู่ในช่วงร้อยละ 61-80^{20,21}

จากการที่ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลง

ตลอดเวลา และความเคร่งครัดในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะลดลงหลังจากใช้ยาประมาณ 6 เดือน²² การเข้าใจถึงอุปสรรคของการใช้ยาซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่โดยเฉพาะในยุคของการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์จึงเป็นสิ่งจำเป็น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์จริงในยุคของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์อย่างถ้วนหน้า ข้อมูลที่ได้สามารถใช้กำหนดแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพจริงในท้องถิ่น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากยาและลดการระบาดของเชื้อเอชไอวีที่ดียา

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดตรัง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 การเลือกตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบติดต่อกัน (consecutive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี และ 2) รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ และ 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสาร

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร $n = Z^2pq/d^2$ โดย p = สัดส่วนของผู้ป่วยที่ขาดความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างสูงสุดจึงใช้ค่า $p = 0.5$, $q = (1-p)$, $Z = 1.96$, d (ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้) = 0.05 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 384 ราย การกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลในแต่ละระดับใช้วิธีถ่วงน้ำหนักตามสัดส่วนผู้ป่วยที่ใกล้เคียงกับสัดส่วนจริงคือ โรงพยาบาลทั่วไป:โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่งเท่ากับ 4:2:1:1:1

ข้อมูลที่เก็บมีดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการติดเชื้อ ประวัติความเจ็บป่วย ระดับ CD4 การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ความร่วมมือในการใช้ยา อาการข้างเคียงจากยา และการผัดนัดกับแพทย์ ข้อมูลบางส่วนเก็บจากเวชระเบียนผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาที่ติดเชื้อ ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส อาการของโรค ระดับ CD4 ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ การเปลี่ยนสูตรยา และโรคประจำตัวอื่นๆ

การวัดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ในการวิจัยนี้ใช้วิธีการนับเม็ดยา (pill counts) โดยมีวิธีการคำนวณความร่วมมือในการใช้ยาดังนี้

$$\text{ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา} = \frac{(\text{จำนวนยาที่ให้ไปครั้งก่อน} - \text{จำนวนยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนยาที่ให้ไปครั้งก่อน}}$$

หมายเหตุ: จำนวนยาที่ให้ไปครั้งก่อน = จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน x จำนวนวันที่ให้ยาไปรับประทาน

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (optimal adherence to antiretrovirals) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของจำนวนมียาตามแพทย์สั่ง⁵

การวิเคราะห์ข้อมูล

แจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มโดยใช้ t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และ chi-square test สำหรับตัวแปรแจกแจง โดยกำหนดค่า p=0.05 ส่วน Multiple Logistic Regression ใช้เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยแสดงเป็นค่า adjusted odds ratio with 95% CI

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรม การศึกษาในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 400 ราย เป็นเพศชาย 233 ราย (ร้อยละ 55.8) เพศหญิง 177 ราย (ร้อยละ 44.2) อายุเฉลี่ย 38.6±7.4 ปี ร้อยละ 88.0 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 69.2 เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว และร้อยละ 88.3 ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.8) ไม่รับเงินช่วยเหลือสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีเหตุผลหลักคือไม่อยากให้ใครทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 94.7) รายละเอียดอื่นๆ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	233 (55.8)
หญิง	177 (44.2)
อายุ (ปี) (mean±S.D.)	38.6±7.4
สถานภาพสมรส	
โสด	59 (14.8)
คู่อยู่ด้วยกัน	219 (54.8)
คู่แยกกันอยู่/หย่า/หม้าย	122 (30.4)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	352 (88.0)
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	48 (12.0)
เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว	
ใช่	277 (69.2)
ไม่ใช่	123 (30.8)
โรคประจำตัวอื่นๆ	
มี	41 (10.2)
ไม่มี	359 (89.8)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
บัตรประกันสุขภาพ	353 (88.3)
ประกันสังคม/ข้าราชการ/พนักงาน	47 (11.7)
รัฐวิสาหกิจ	
รับเงินสำหรับช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ	
รับ	97 (24.2)
ไม่รับ	303 (75.8)

ประวัติการติดเชื้อ การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี และความร่วมมือในการใช้ยา

สาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างคือ การมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 87.3) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ 61.9±35.0 เดือน เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.2) มีอาการของโรคแล้วขณะที่ทราบครั้งแรกว่าติดเชื้อเอชไอวี ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 เฉลี่ยในปัจจุบัน คือ 420.4±228.4 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร สำหรับเหตุผลของการตรวจเลือดพบว่า เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.5) ตรวจเลือดเนื่องจากมีอาการของโรค โดยอาการที่พบคือ มีไข้เรื้อรัง ไอ (ร้อยละ 55.2) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และน้ำหนักลดผิดปกติ (ร้อยละ 10.9) ท้องเสียเรื้อรัง (ร้อยละ 9.2) มีผื่นหรือตุ่มตามตัว (ร้อยละ 7.5) มีฝ้าขาวในปาก (ร้อยละ 6.9) ต่อมทอนซิลโต (ร้อยละ 5.2) และเป็นเรื้อรัง (ร้อยละ 5.1) นอกจากนี้ ร้อยละ 20.5 ของกลุ่มตัวอย่างตรวจเลือดเพราะตั้งครรภ์ มีเพียงร้อยละ 18.6 เท่านั้นที่ตรวจเลือดเนื่องจากรู้ว่าตัวมีพฤติกรรมเสี่ยง ดังแสดงในตารางที่ 2

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างเคยเป็น ที่พบมากที่สุดคือ วัณโรค (ร้อยละ 54.1) รองลงมาคือ ปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis jirovecii* (PCP) (ร้อยละ 17.4) ฝ้าขาวในช่องปาก (ร้อยละ 16.9) โรคติดเชื้อ *Cryptococcus neoformans* (ร้อยละ 5.8) และอื่นๆ (ร้อยละ 5.8) ตามลำดับ

สำหรับการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.8) ได้รับความรู้ผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้สิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มี 1 ราย จ่ายเงินเอง เนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง ระยะเวลาเฉลี่ยของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีคือ 45.6±24.4 เดือน ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.4) ตัดสินใจใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเนื่องจากต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว ร้อยละ 33.2 เนื่องจากได้รับคำแนะนำ และร้อยละ 7.3 เนื่องจากมีอาการโรค นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย (ร้อยละ 15) กล่าวว่าไม่เคยได้รับคำแนะนำใดๆ เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเมื่อมาโรงพยาบาลเพื่อรับยาในแต่ละครั้ง

ส่วนสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่กลุ่มตัวอย่างใช้อยู่ในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 52.0 ใช้ GPO-VIR (stavudine+lamivudine+nevirapine) รองลงมาคือ GPO-VIR Z (zidovudine+lamivudine+nevirapine) (ร้อยละ 22.0) และสูตร stavudine (d4T)+lamivudine (3TC)+efavirenz (EFV) (ร้อยละ 13.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ร้อยละ 49.3 ของกลุ่มตัวอย่างเคยเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยมีสาเหตุหลักของการเปลี่ยนสูตรยาคือ เกิดอาการข้างเคียงจากยา (ร้อยละ 66.6) รองลงมาคือ การรักษาล้มเหลว (ร้อยละ 13.7) รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ร้อยละ 7.1) ตั้งครรภ์ (ร้อยละ 6.6) และไม่ทราบเหตุผล (ร้อยละ 6.6)

เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า ร้อยละ 17.5 ของกลุ่มตัวอย่างเคยไม่รับประทานยาบางมื้อในช่วง 7 วันที่ผ่านมา โดยมีเหตุผลของการไม่รับประทานยา คือ ลืม (ร้อยละ 78.9) มีความยุ่งยาก ไม่สะดวก (ร้อยละ 8.5) ไม่อยากให้คนอื่นสงสัย (ร้อยละ 7.0) และต้องเดินทาง (ร้อยละ 5.6) ระดับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างซึ่งวัดโดยวิธีนับเม็ดยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 97.1±4.2

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามคำนิยามของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี (กล่าวคือ รับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ของมียาตามแพทย์สั่ง) พบว่า ร้อยละ 76.5 (306 ราย) ของกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยา และร้อยละ 23.5 (94 ราย) ขาดความร่วมมือในการใช้ยา อย่างไรก็ตาม เมื่อถามถึงความสามารถในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.4) กล่าวว่า ตนเองสามารถรับประทานยาได้ตลอดชีวิต โดยให้เหตุผลว่า ต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว (ร้อยละ 76.4) จำเป็นต้องใช้ยาเนื่องจากเป็นโรค (ร้อยละ 15.2) และทำเพื่อครอบครัว (ร้อยละ 8.4) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่สามารถรับประทานยาได้ตลอดชีวิตหรือไม่แน่ใจนั้น สาเหตุเนื่องจากต้องรับประทานยานาน เปื้อ และรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 18.5 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีประวัติไม่มาตามแพทย์นัด

ตารางที่ 2 ประวัติความเจ็บป่วย การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และความร่วมมือในการใช้ยา

ประวัติความเจ็บป่วย/ความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน (ร้อยละ)
สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี	
เพศสัมพันธ์	349 (87.3)
อื่นๆ	51 (12.7)
ระยะเวลาที่ติดเชื้อ (เดือน) (mean±S.D.)	61.9±35.0
อาการเจ็บป่วยขณะที่ทราบครั้งแรกว่าติดเชื้อเอชไอวี	
มีอาการ	189 (47.2)
ไม่มีอาการ	211 (52.8)
เหตุผลที่เข้ารับการตรวจเลือด	
มีอาการของโรค	174 (43.5)
ตั้งครรภ์	82 (20.5)
รู้ตัวว่ามีพฤติกรรมเสี่ยง	74 (18.6)
ตรวจสอบสุขภาพ	38 (9.4)
เจ้าหน้าที่แนะนำให้ตรวจ	32 (8.0)
ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ในปัจจุบัน (เซลล์/มม ³) (mean±S.D.)	420.4±228.4
ระยะเวลาของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (เดือน) (mean±S.D.)	45.6±24.4
สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบัน	
GPO VIR (d4T+3TC+NVP)	208 (52.0)
GPO VIR Z (AZT+3TC+NVP)	88 (22.0)
d4T+3TC+EFV	54 (13.4)
TDF+3TC+NVP	18 (4.5)
AZT+3TC+EFV	15 (3.8)
AZT+3TC+IDV/r	10 (2.5)
อื่นๆ	7 (1.8)
การเปลี่ยนสูตรยาด้านไวรัสเอดส์	
เคยเปลี่ยน	197 (49.3)
ไม่เคยเปลี่ยน	203 (50.7)
ประวัติการติดนัดกับแพทย์	
เคยติดนัด	74 (18.5)
ไม่เคยติดนัด	326 (81.5)
ไม่รับประทานยาบางมื้อใน 7 วันที่ผ่านมา	
เคย	70 (17.5)
ไม่เคย	330 (82.5)
ระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดโดยวิธี pill count (mean±S.D.)	97.1±4.2
ความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดโดยวิธี pill count	
รับประทานยา ≥ ร้อยละ 95 ของมียา	306 (76.5)
รับประทานยา < ร้อยละ 95 ของมียา	94 (23.5)

d4T=stavudine, 3TC=lamivudine, NVP=nevirapine, AZT= zidovudine, EFV=efavirenz, TDF=tenofovir, IDV/r= boosted indinavir

ตารางที่ 3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ) (n=400)	ความร่วมมือในการรับประทานยา		P-value*
		≥ร้อยละ 95	<ร้อยละ 95	
เพศ				
ชาย	223 (55.8)	174 (56.9)	49 (52.1)	0.419
หญิง	177 (44.2)	132 (43.1)	45 (47.9)	
อายุ (ปี)	38.6±7.4	38.49±7.4	38.79±7.3	0.730
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	352 (88.0)	267 (90.4)	85 (87.3)	0.408
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	48 (12.0)	39 (9.6)	9 (12.7)	
เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว				
ใช่	277 (69.2)	203 (66.3)	74 (78.7)	0.023
ไม่ใช่	123 (30.8)	103 (33.7)	20 (21.3)	
รับเงินสำหรับช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ				
รับเงิน	97 (24.2)	80 (26.1)	17 (18.1)	0.111
ไม่รับเงิน	303 (75.8)	226 (73.9)	77 (81.9)	
อาการเจ็บป่วยตอนที่ทราบครั้งแรกว่าติดเชื้อเอชไอวี				
มีอาการ	189 (47.3)	151 (49.3)	38 (40.4)	0.130
ไม่มีอาการ	211 (52.7)	155 (50.7)	56 (59.6)	
ระยะเวลาการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (เดือน) (mean±S.D.)	45.6±24.4	43.2±23.8	53.4±24.5	0.003
ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ในปัจจุบัน (เซลล์/มม ³) (mean±S.D.)	420.4±228.4	417.4±230.8	430.2±221.5	0.637
ประเภทของโรงพยาบาล				
โรงพยาบาลทั่วไป	178 (44.5)	111 (36.3)	67 (71.3)	0.000
โรงพยาบาลชุมชน	222 (55.5)	195 (63.7)	27 (28.7)	
ประวัติการผิดนัด				
เคย	74 (18.5)	46 (15.0)	28 (29.8)	0.001
ไม่เคย	326 (81.5)	260 (85.0)	66 (70.2)	
การรับรู้ค่า CD4 ของตนเอง				
ทราบ	244 (61.0)	171 (55.9)	73 (77.7)	0.000
ไม่ทราบ	156 (39.0)	135 (44.1)	21 (22.3)	
การเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอดส์				
เคย	197 (49.3)	147 (48.0)	50 (53.2)	0.382
ไม่เคย	203 (50.7)	159 (52.0)	44 (46.8)	
สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในปัจจุบัน				
GPOvir/GPOvir Z	296 (74.0)	222 (72.6)	74 (78.7)	0.233
อื่นๆ	104 (26.0)	84 (27.4)	20 (21.3)	

*t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และ chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงนับ

GPO VIR=stavudine+lamivudine+nevirapine, GPO VIR Z=zidovudine+lamivudine+nevirapine

ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

จาก Univariate analysis ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จะมีความแตกต่างกันตามระยะเวลาของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ประเภทของโรงพยาบาล ประวัติการผิดนัด การรับรู้ค่า CD4 ของตนเอง และการเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 3

จาก Logistic regression (ตารางที่ 4) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ การมีประวัติผิดนัดกับแพทย์ (OR=1.94, 95% CI: 1.07-3.51) ประเภทของโรงพยาบาล กล่าวคือ ผู้ที่ใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไปจะขาดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน 3.74 เท่า (95% CI: 2.20-6.37) นอกจากนี้ ผู้ที่ทราบค่า

CD4 ของตนเอง จะมีโอกาสขาดความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ทราบค่า CD4 ของตนเอง (OR=2.14, 95% CI: 1.20-3.79)

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38.6±7.4 ปี เกินครึ่งหนึ่งเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว และร้อยละ 87.3 ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับสถานการณ์โรคเอดส์ของประเทศไทยซึ่งผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 25-39 ปี และเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อ²³ ข้อมูลเหล่านี้ไม่เปลี่ยนแปลงนับตั้งแต่มีการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดความต่อเนื่องของการรณรงค์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ปัจจัย	ทั้งหมด	ความร่วมมือในการรับประทานยา		Adjusted OR (95% CI)	P-value
		≥ร้อยละ 95	<ร้อยละ 95		
เพศ					
ชาย	223 (55.8)	174 (56.9)	49 (52.1)	0.87 (0.53-1.45)	0.600
หญิง	177 (44.2)	132 (43.1)	45 (47.9)	-	
ระยะเวลาการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (เดือน) (mean±S.D.)	45.6±24.4	43.2±23.8	53.4±24.5	1.01 (1.00-1.02)	0.070
ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 ในปัจจุบัน (เซลล์/มม ³) (mean±S.D.)	420.4±228.4	417.4±230.8	430.2±221.5	1.00 (0.99-1.00)	0.115
ประวัติการผิดนัด					
เคย	74 (18.5)	46 (15.0)	28 (29.8)	1.94 (1.07-3.51)	0.030
ไม่เคย	326 (81.5)	260 (85.0)	66 (70.2)	-	
ประเภทของโรงพยาบาล					
โรงพยาบาลทั่วไป	178 (44.5)	111 (36.3)	67 (71.3)	3.74 (2.20-6.37)	0.000
โรงพยาบาลชุมชน	222 (55.5)	195 (63.7)	27 (28.7)	-	
ทราบค่า CD4 ของตนเอง					
ทราบ	244 (61.0)	171 (55.9)	73 (77.7)	2.14 (1.20-3.79)	0.010
ไม่ทราบ	156 (39.0)	135 (44.1)	21 (22.3)	-	

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ร้อยละ 47.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคแล้วในขณะที่ทราบครั้งแรกว่าติดเชื้อเอชไอวี และมีเพียงร้อยละ 15.8 ตรวจเลือดเนื่องจากรู้ว่าตัวว่ามีพฤติกรรมเสี่ยง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศซึ่งพบว่า ร้อยละ 23-70 ของผู้ติดเชื้อมีอาการของโรคแล้วขณะตรวจเลือดหรือมีอาการของโรคมายใน 1 ปีหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี (late HIV diagnosis)²⁴ การศึกษาในจังหวัดสงขลาให้ผลในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีหลังจากมีอาการของโรค และมีเพียงครึ่งหนึ่งที่ตระหนักถึงภาวะเสี่ยงของตนเอง²⁵ ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมการตรวจเลือดในบุคคลกลุ่มเสี่ยงและการเพิ่มความตระหนักถึงภาวะเสี่ยงยังคงมีความจำเป็น และควรทำควบคู่ไปกับการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ปรับเปลี่ยนเกณฑ์โดยให้เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีในระดับ CD4 ที่สูงขึ้นกว่าเดิม^{6,7} กล่าวคือ เริ่มใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเมื่อ CD4 \leq 350-500 เซลล์/มม³ ดังนั้น การค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ยังไม่มีอาการหรือสามารถวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้เร็ว (early HIV diagnosis) จึงเป็นมาตรการที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแนวทางการรักษาและก่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดจากยา^{7,24} บุคลากรทางสาธารณสุขควรเพิ่มการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมการตรวจเลือดในผู้ป่วยที่พบว่ามีความเสี่ยง เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่บริการสุขภาพที่จำเป็นได้เร็วขึ้น

หน่วยงานของรัฐได้จัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่สูงถึงร้อยละ 76 ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่ยอมรับเงินช่วยเหลือดังกล่าว โดยมีเหตุผลหลักคือไม่ต้องการแสดงตนเป็นผู้ติดเชื้อ ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ความกังวลเกี่ยวกับการถูกรังเกียจจากสังคมยังเป็นปัญหาสำคัญไม่ต่างจากที่พบในต่างประเทศ และพบว่าปัจจัยดังกล่าวยังมีผลต่อความร่วมมือในใช้ยา^{7,14} ดังนั้น การรณรงค์เพื่อลดช่องว่างระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับสังคมยังคง

มีความจำเป็นในยุคของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถ้วนหน้า

ร้อยละ 23.5 ของกลุ่มตัวอย่างขาดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทยที่มีผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 20-38^{20,21} ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ ประเภทของโรงพยาบาล ประวัติการนัดพบกับแพทย์ และการรับรู้ค่า CD4 ของตนเอง การขาดความร่วมมือในการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธา คงศีล และคณะ²⁶ ทั้งนี้สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการมีความแตกต่างของระบบบริการและจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลแต่ละระดับ โดยทั่วไปแล้วจำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ด้วยข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากรอาจทำให้ไม่สามารถให้คำปรึกษาหรือให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและทั่วถึง มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การขาดข้อมูลหรือขาดการสื่อสารเกี่ยวกับการรักษาและขาดการติดตามผู้ป่วย ความสัมพันธ์และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อแพทย์หรือต่อการรักษา^{17,19,22} อย่างไรก็ตาม บทบาทของปัจจัยเหล่านี้ในโรงพยาบาลแต่ละระดับไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ จึงควรศึกษาเพิ่มเติมทั้งในมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้นสำหรับใช้วางแผนหรือปรับเปลี่ยนการให้บริการของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีประวัติการนัดกับการขาดความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งพบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัตินัดพบกับแพทย์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการใช้ยา (OR=3.13; 95% CI: 1.02-9.66)²⁷ ดังนั้น ความเคร่งครัดต่อการนัดของ

แพทย์จึงสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ระดับหนึ่ง บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกรณีพิเศษและใช้วิธีการต่างๆ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา เช่น โทรศัพท์ติดตามหรือส่งข้อความเตือน และปรับเปลี่ยนคำแนะนำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ถึงแม้ว่าการการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับ CD4 กับความร่วมมือในการใช้ยา แต่พบว่า ผู้ที่รับรู้ค่า CD4 ของตนเองจะเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการใช้ยา การรับรู้ถึงระดับ CD4 ที่เพิ่มขึ้นหรือการมีร่างกายที่แข็งแรงขึ้นหลังใช้ยา อาจส่งผลให้ความเคร่งครัดในการใช้ยาลดลง ดังการศึกษาก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีจะสัมพันธ์กับการขาดความร่วมมือในการใช้ยา^{21,28} หรือเหตุผลอีกส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความอ่อนล้าจากการที่ต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน (treatment fatigue)^{7,15} ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุที่แท้จริงของการขาดความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าวโดยเฉพาะการศึกษาเชิงคุณภาพ

หลายการศึกษาในต่างประเทศพบว่าเศรษฐกิจฐานะเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะในประเทศที่ยังคงมีการเข้าถึงบริการการรักษาน้อย^{14,17,18} แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ในยุคของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้ารวมทั้งการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยในประเทศไทย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการทางคลินิกเข้าเกณฑ์การรักษาสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ จึงทำให้เศรษฐกิจไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ในทำนองเดียวกันการศึกษานี้ก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ และระดับการศึกษาของผู้ป่วยกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ก่อนหน้านี้^{15,18}

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ 1) การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างอาจจำข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนหรืออาจไม่กล้าเปิดเผยความจริงอย่างไรก็ตาม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอาศัยความสมัคร

ใจและให้แก่น้ำกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทำให้ได้รับความไว้วางใจและความร่วมมือในการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี นอกจากนั้นข้อมูลบางส่วนเก็บจากเวชระเบียนผู้ป่วย จึงทำให้ได้ข้อมูลถูกต้องมากขึ้น 2) ถึงแม้ว่าการวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีนับเม็ดยาจะเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายและมีความสัมพันธ์กับระดับไวรัสในกระแสเลือดรวมทั้งสัมพันธ์วิธีวัดอื่นๆ²⁹ แต่ค่าที่วัดได้อาจสูงกว่าความเป็นจริงและไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาจริงหรือไม่ 3) การศึกษานี้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่รวมผู้ป่วยในซึ่งอาจใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีสูตรซับซ้อนกว่า มีอาการของโรคที่รุนแรงกว่า และอาจมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่แตกต่างจากผู้ป่วยนอก จึงอาจเป็นข้อจำกัดของการนำผลการศึกษาไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมทั้งในกลุ่มผู้ป่วยในที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่หรือภาคอื่นของประเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถสะท้อนภาพรวมของความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี และใช้เป็นแนวทางเพื่อปรับเปลี่ยนการติดตามผู้ป่วยให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยและลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ในยุคของการเพิ่มการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ยังคงมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีอาการของโรคแล้วในขณะที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าติดเชื้อเอชไอวี และยังคงมีผู้ป่วยบางส่วนขาดความร่วมมือในการรับประทานยา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้แก่ ประเภทของโรงพยาบาล ประวัติการผัดพันกับแพทย์ และการรับรู้ระดับ CD4 ของตนเอง ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการขยายความครอบคลุมของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีของประเทศไทย การพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านของการส่งเสริมการตรวจ

เลือดเพื่อให้สามารถเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ตามเกณฑ์กำหนด การให้ความรู้ และการกระตุ้นความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็น โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มจะขาดความร่วมมือในการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1998; 338: 853 - 60.
2. Ford N, Wilson D, Cawthorne P, et al. Challenge and co-operation: civil society activism for access to HIV treatment in Thailand. *Trop Med Int Health* 2009; 14: 258 - 66.
3. World Health Organization and UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Scale up of antiretroviral coverage over time, select group of generalized and concentrated epidemic countries, 2004 to 2007 [cited 2009 April3]. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2008/jc1510_2008globalreport_en.pdf
4. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *N Engl J Med* 2009; 360: 1815 - 26.
5. Lima VD, Harrigan R, Murray M, et al. Differential impact of adherence on long-term treatment response among naive HIV-infected individuals. *AIDS* 2008; 22: 2371 - 80.
6. The Adults and Adolescents committee on The Thai National HIV Guidelines Working Group. National Guidelines on HIV/AIDS Diagnosis and Treatment: Thailand 2010. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, Ltd.; 2010.
7. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services [monograph on the Internet]. Rockville: AIDS info; 2012. [cited 2012 July 17]. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf>
8. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010; 375: 2092 - 8.
9. Ammassari A, Trota MP, Shalev N, et al. Beyond virological suppression: the role of adherence in the late HAART era. *Antivir Ther* 2012; 17: 785 - 92.
10. Sungkanuparph S, Oyomopito R, Sirivichayakul S, et al. HIV-1 drug resistance mutations among antiretroviral-naïve HIV-1-infected patients in Asia: results from the TREAT Asia Studies to Evaluate Resistance-Monitoring Study. *Clin Infect Dis* 2011; 52: 1053 - 7.
11. Hamers RL, Wallis CL, Kityo C, et al. HIV-1 drug resistance in antiretroviral-naïve individuals in sub-Saharan Africa after rollout of antiretroviral therapy: a multicentre observational study. *Lancet Infect Dis* 2011; 11: 750 - 9.
12. Sungkanuparph S, Sukasem C, Kiertiburanakul S, et al. Emergence of HIV-1 drug resistance mutations among antiretroviral-naïve HIV-1-infected patients after rapid scaling up of antiretroviral therapy in Thailand. *J Int AIDS Soc* 2012; 15: 12.
13. Bonolo Pde F, Machado CJ, César CC, et al. Vulnerability and non-adherence to antiretroviral therapy among HIV patients, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24: 2603 - 13.
14. Weiser S, Wolfe W, Bangsberg D, et al. Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 34: 281 - 8.
15. Tsisis P. Adherence assessment to highly active antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care STDS* 2001; 5: 109 - 15.
16. Turner BJ. Adherence to antiretroviral therapy by human immunodeficiency virus-infected patients. *J Infect Dis* 2002; 185 (Suppl 2): S143 - 51.
17. Sanjobo N, Frich JC, Fretheim A. Barriers and facilitators to patients' adherence to antiretroviral

- treatment in Zambia: a qualitative study. SAHARA J 2008; 5: 136 - 43.
18. Ramadhani HO, Thielman NM, Landman KZ, et al. Predictors of incomplete adherence, virologic failure, and antiviral drug resistance among HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy in Tanzania. Clin Infect Dis 2007; 45: 1492 - 8.
 19. Wang X, Wu Z. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients in rural China. AIDS 2007; 21 (Suppl 8): S149 - 55.
 20. Maneesriwongul WL, Tulathong S, Fennie KP, et al. Adherence to antiretroviral medication among HIV-positive patients in Thailand. J Acquir Immune Defic Syndr 2006; 43 (Suppl 1): S119 - 22.
 21. Chamroonsawasdi K, Insri N, Pitikultang S. Predictive factors of antiretroviral (ARV) drug adherence among people living with HIV/AIDS attending at Taksin Hospital, Bangkok, Thailand. J Med Assoc Thai 2011; 94: 775 - 81.
 22. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353: 487 - 97.
 23. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the AIDS epidemic in Thailand: November 2011. [cited 2013 May 12]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20111206_93584707.pdf
 24. Mukolo A, Villegas R, Aliyu M, et al. Predictors of late presentation for HIV diagnosis: a literature review and suggested way forward. AIDS Behav 2013; 17: 5 - 30.
 25. Thanawuth N, Chongsuvivatwong V. Late HIV diagnosis and delay in CD4 count measurement among HIV-infected patients in Southern Thailand. AIDS Care 2008; 20: 43 - 50.
 26. Kongsin S, Jiamton S, Wongpeng K, et al. Comparison of adherence of antiretroviral therapy between community hospitals and regional hospitals under the universal coverage. J Health Systems Research 2011; 5: 485 - 94.
 27. Watt MH, Maman S, Golin CE, et al. Factors associated with self-reported adherence to antiretroviral therapy in a Tanzanian setting. AIDS Care 2010; 22: 381 - 9.
 28. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. PLoS Med 2006; 3: e438.
 29. Oyugi JH, Byakika-Tusiime J, Charlebois ED, et al. Multiple validated measures of adherence indicate high levels of adherence to generic HIV antiretroviral therapy in a resource-limited setting. Acquir Immune Defic Syndr 2004; 36: 1100 - 2.