

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. .ความรู้เรื่องเกี่ยวกับเอชไอวี และเอดส์ (HIV/AIDS)
2. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี
3. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบทบาทของกลุ่ม ในการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องเกี่ยวกับเอชไอวี และเอดส์ (HIV/AIDS)

ในปี 2524 ได้พบกลุ่มอาการของโรคที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ ขึ้นในโลก โดยไม่ทราบสาเหตุ ที่เรียกว่า The Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ซึ่งพบครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา ในกลุ่มชายรักชาย มีต้นกำเนิดที่เชื่อว่ามาจากประเทศทางกลุ่มแอฟริกา และต่อมาในปี 2527 จึงได้ค้นพบตัวเชื้อ (agent) ที่เป็นสาเหตุ เรียกว่า The Human Immunodeficiency Virus (HIV) โรคติดต่อที่จะทำให้เกิดกลุ่มอาการเฉพาะในคนเท่านั้น และเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายของคนเรา ก็จะกระจายอยู่ตามส่วนต่าง ๆ มากน้อยต่างกัน สำหรับแหล่งที่พบเชื้อในปริมาณมาก ได้แก่ เลือด น้ำเหลือง น้ำหนอง น้ำอสุจิ น้ำช่องคลอด สมอง และน้ำหล่อเลี้ยงสมอง โดยเชื้อจะเข้าไปทำให้ภูมิคุ้มกันของมนุษย์ลดลงหรือบกพร่อง เกิดโรคติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย ต่อมาเรียกว่า เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสนั่นเอง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีร่างกายที่อ่อนแอลง และจะเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้ ที่จริงแล้วในกลางปี 2523 เอชไอวี/เอดส์ ได้แพร่กระจายไปเกือบจะทั่วโลกแล้ว ก่อนที่จะได้ค้นพบการเกิดโรคนี้เสียอีก (UNAIDS and WHO, 2003)

การแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เริ่มเมื่อกลางทศวรรษที่ 80 ถึงต้นทศวรรษที่ 90 ประเทศไทยและอินเดียเกิดการระบาดของโรคอย่างมาก ผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยเป็นชายรักชาย ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศในปีพ.ศ. 2524 ต่อมา จากรายงานความชุกทางระบาดวิทยา พบการระบาดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่ฉีดเข้าเส้นก่อนเป็นเชื้อ HIV-1 ชนิดย่อย B จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มต่างๆ พบการติดเชื้อในหญิงให้บริการทางเพศมากขึ้นในเวลาต่อมา เป็น เชื้อ HIV-1 ชนิดย่อย E ในช่วงแรกอัตราการติดเชื้อมี

เพิ่มขึ้น น้อยกว่าร้อยละ 1 ในปี 1987 แต่ต่อมากการระบาดได้มีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นร้อยละ 50 ในปี 1990 การระบาดกระจายไปทั่วทุกกลุ่มแม่ในกุ่มแม่บ้าน ต่อมาในปัจจุบันพบมีการระบาดในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงขึ้น ในปี 1992 จำนวนประเทศที่มีการแพร่ระบาดได้เพิ่มขึ้นทั่วโลก เนื่องจากประเทศไทยมีระบบการบันทึกการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่ดีมากประเทศหนึ่ง จึงได้มีการรายงานผลการแพร่ระบาดมากกว่าประเทศข้างเคียงอย่างพม่า กัมพูชา และ ลาว แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดมากในกลุ่มอายุ 15-49 ปี มากกว่าร้อยละ 1 ของประชากร (UNAIDS and WHO, 2003) ที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและระบบโครงสร้างของประชากรอย่างยิ่ง

เอดส์เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี มีผลทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้เสียไป เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะใช้ ซีดี 4 (CD 4 reception) ซึ่งเป็นเปลือกของเม็ดเลือดขาวชนิด T lymphocyte (มีสายพันธุกรรมคู่) ซึ่งมีรูปร่างที่เข้าได้พอดี กับ เปลือกนอกของเชื้อเอชไอวีที่มีรูปร่างเป็นตุ่มๆ เอดส์ไอวี (ที่มีสายพันธุกรรมเดี่ยว) จะเกาะติดเม็ดเลือดขาวแล้ว ก็จะเข้าสู่เม็ดเลือดขาว โดยการถอดเปลือกออก แล้วแทรกตัวเข้าไป เชื้อเอชไอวี จะเปลี่ยนจากสายพันธุกรรมเดี่ยว เป็นสายคู่ โดยใช้ สาร Reverse Transcriptase (RT) เพื่อจะได้เข้าสู่นิวเคลียส และการขยายพันธุ์ เพิ่มจำนวน โดยการแบ่งตัว แล้วออกจากนิวเคลียส มาเป็นสายยาวๆ หลังจากนั้น เชื้อเอชไอวีจะใช้สาร Protease ของมันเอง ในการตัดเป็นสายเดี่ยวสั้นๆ จะมีสั้นบ้างยาวบ้าง ประกอบตัวเป็นเอชไอวี จำนวนมาก ในระหว่างกระบวนการที่เชื้อมีการเพิ่มจำนวน($10^5 - 10^6$) เชื้อจะมีการกลายพันธุ์ (Mutation) ในอัตราส่วน 1 ต่อ 10,000 เปรียบเหมือนมีเอชไอวีสีใหม่เกิดขึ้น พร้อมกันนั้นก็จะทำลายซีดี 4 ลงไปเรื่อยๆ ซึ่งเมื่อแรกรับเชื้อ การทำงานของเม็ดเลือดขาวจะเริ่มขึ้น เม็ดเลือดขาว M (Macrophage) จะล้อมจับเชื้อเอชไอวี ถ้าเชื้อเข้ามาน้อยเม็ดเลือดขาว M จะจัดการได้หมด แต่ถ้าเชื้อมากเม็ดเลือดขาว M จัดการไม่ได้หมด จะเป็นหน้าที่ของ T-Lymphocyte ซึ่ง T-Lymphocyte จะสั่ง ให้เม็ดเลือดขาว M ที่อยู่ไกลๆ มาจัดการเชื้อเอชไอวี แล้วสั่ง ให้ B-Lymphocyte สร้าง Antibody เพื่อมาช่วยจัดการเชื้อเอชไอวี การสร้าง Antibody จะเกิดขึ้นหลังการติดเชื้อในวันแรกๆ และสร้างเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนมีปริมาณมาก ที่จะตรวจหา HIV-Antibody พบและให้ผลเชื่อถือได้ใน 3 เดือนหลังการรับเชื้อ

การที่เอชไอวีมีการกลายพันธุ์ เปรียบเหมือนมีเชื้อเอชไอวีสีใหม่เกิดขึ้นนี้ แต่ Antibody ที่สร้างขึ้นสามารถจัดการได้แต่ เชื้อเอชไอวีสีเดิมเท่านั้น ซึ่งถ้าการจะจัดการทำลายเชื้อเอชไอวีสีใหม่ด้วย ร่างกายต้องสร้าง Antibody ตัวใหม่ขึ้นมาเรื่อยๆ ตามสีใหม่ของเชื้อเอชไอวี แต่ขณะเดียวกันที่การสร้าง Antibody ตัวเชื้อเอชไอวี ก็จะไปเกาะกับ ซีดี 4 และเกิดวงจรในการกลายพันธุ์ของเชื้อเพิ่มขึ้นไปอีก ขบวนการสร้าง Antibody เพื่อจัดการเชื้อ ไม่สามารถ สร้างได้ทันการกลายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี และไม่อาจจะทำลายเชื้อเอชไอวีได้หมด ได้ทัน ร่วมกับเชื้อเอชไอวี มี

การหลบซ่อนอยู่ต่างๆ ในเซลล์ได้นาน จะมีการแบ่งตัวและออกจากเซลล์เมื่อเซลล์ถูกกระตุ้นเท่านั้น ซีดี 4 ก็จะถูกทำลายลงเรื่อยๆ และไม่สามารถทำหน้าที่ ได้เหมือนเดิม ในการกำจัดเชื้อเอชไอวี จำนวน ซีดี 4 จะลดลงเรื่อย ถึงแม้จะมีการสร้างขึ้นใหม่ก็ตาม จนเกิดการบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันทางใน ร่างกายและเกิดอาการป่วยจากการติดเชื้อในที่สุด (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และองค์การหมอไร้พรมแดน, 2541)

เมื่อรับเชื้อในช่วงแรกๆ จะไม่มีอาการป่วยแต่อย่างใด เฉลี่ย 7-10 ปีหรือกว่านั้น (ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตน) จนเมื่อเชื้อเพิ่มขึ้น จำนวนซีดี4 ลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะทำให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี เริ่มป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ได้ง่าย และรุนแรงขึ้นจนเสียชีวิตในที่สุด

ปัจจัยที่ทำให้ป่วยช้าหรือเร็ว ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันพื้นฐานของแต่ละบุคคล ปริมาณและความรุนแรงของเชื้อเอชไอวี การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการดูแลสุขภาพกาย และใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง

การวินิจฉัย มีหลายวิธี การตรวจทางน้ำลายและปัสสาวะจะให้ผลเร็ว ก่อนที่จะตรวจ ยืนยันอีกครั้งทางเลือด การตรวจเลือดที่ให้ผลเร็วและแม่นยำคือ Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) วิธีนี้ให้ผลเร็วมีความไวและมีความแม่นยำในการตรวจมีความแม่นยำ (sensitivity and specificity 99.9%) หากให้ผลยืนยันการวินิจฉัยโดยวิธี Western blot or immunofluorescence assay (Siamhealth, 2004) โดยการตรวจว่าติดเชื้อหรือไม่ แพทย์จะตรวจหาสารภูมิคุ้มกันที่ร่างกาย สร้างขึ้น ไม่ได้ตรวจตัวเชื้อโดยตรง

อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี: อาการของการติดเชื้อเอชไอวี จะมีความหลากหลายขึ้นกับ ระยะของโรค แรกเริ่มอาจจะไม่มีอาการใดๆ เนื่องจากเชื้อเอชไอวี เป็นไวรัสชนิดหนึ่ง อาการของการติดเชื้อเอชไอวีจะเหมือนอาการของไขหวัด คือ มีไข้ ปวดศีรษะ มีผื่น อ่อนเพลีย เราจึงไม่สามารถวินิจฉัยได้จากอาการ ในช่วงแรกของการติดเชื้อเอชไอวี อาจจะมีอาการดังต่อไปนี้ ต่อมน้ำเหลืองโต ตับม้ามโต มักจะเป็นอาการอันแรกของการติดเชื้อ ท้องร่วง บางคนอาจจะเรื้อรัง น้ำหนักลด มีไข้ ไอและหายใจลำบาก เมื่อไม่ได้รับการรักษา เชื้อก็จะแบ่งตัวเรื่อยไปและทำลาย ระบบภูมิคุ้มกันและกลายเป็นโรคเอดส์ซึ่งจะมีอาการดังนี้ เหงื่อออกกลางคืน ไข้หนาวสั่น ไข้สูงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง และหายใจลำบาก ท้องร่วงเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว ปวดศีรษะ ตามัวลงหรือเห็นเป็นเส้นลอยไปมา น้ำหนักลด เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย หากเป็นผู้หญิงก็มีอาการตกขาวบ่อย เพลียและเหนื่อยง่าย บางคนมีผื่นตามตัว (Siam Health, 2004)

2. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

2.1 เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

เพื่อหยุด หรือชะลอ การเพิ่มจำนวนของไวรัสเอชไอวีในเลือด ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เสริมภูมิคุ้มกัน โดยใช้อย่างระมัดระวังร่วมกัน ป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (วิชาญ วิทยาศาสตร์, 2540).

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัส ตั้งแต่ปี 2535 โดยใช้สูตรยาการรักษาแบบชนิดเดียว คือ Zidovudine (AZT) ซึ่งพบว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพียงชนิดเดียวให้ผลตอบแทนที่ต่ำ ไม่คุ้มทุนในการยืดอายุของผู้ป่วย (กองโรคเอดส์, 2545) ต่อมาปีงบประมาณ 2540 ได้พัฒนาการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ได้มีการเปลี่ยนสูตรยามาเป็นสองชนิดพร้อมกัน แต่ยังคงใช้ AZT เป็นหลัก ผลการรักษาดีขึ้น ต่อมาในปี 2543 การพัฒนาไปได้เป็นอย่างดีและทำให้เกิดผลข้างเคียงน้อยลง ราคาถูกลง เริ่มมีการใช้ยาสามชนิดพร้อมกัน เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นการรักษาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยามาสม่ำเสมอและตรงเวลาทุกวัน เพื่อให้ยามีประสิทธิภาพในการลดไวรัสในเลือดให้ต่ำสุด ลดโอกาสการติดเชื้อ และเป็นการประเมินการรักษาได้อย่างหนึ่ง ปัจจุบันมียาต้านไวรัสเอชไอวี มากกว่า 20 ชนิด โดยแต่ละชนิดทำหน้าที่ในการขัดขวางกระบวนการเพิ่มจำนวนของไวรัสในแต่ละขั้นตอนที่แตกต่างกันไป การจะใช้สูตรใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และประวัติการใช้ยา การติดเชื้อ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา (AIDS.ORG, 2004)

ยาที่ใช้แพร่หลายที่สุดในประเทศไทย ในปัจจุบัน คือ GPO-VIR เป็นการรวมยาสามชนิดเข้าเป็นเม็ดเดียว ทำให้ง่ายสะดวกต่อการรับประทาน ทางเภสัชกรรมแห่งประเทศไทยสามารถที่จะผลิตได้เองในประเทศ ทำให้ราคาถูกลงอย่างมาก (1200 บาท/เดือน) ยาต้านไวรัสแบ่งออกเป็น 3-กลุ่มใหญ่ ดังนี้

กลุ่มเอ็นอาร์ทีไอ (NRTI), คือ ยา เอแซดที (AZT), ดีโฟร์ที (D4T), สามทีซี (3TC), ดิดีไอ (ddI), อะบาคาเวียร์ (Abacavir)

กลุ่มเอ็นเอ็นอาร์ทีไอ (NNRTI) คือ ยา เนวีราปีน (NVP), เอฟฟาไวเรนซ์ (EFV)

และ กลุ่มพีไอ (PI) คือ ยา อินดินาเวียร์ (IDV), ซาควินาเวียร์ (SQV), ริโทนาเวียร์ (RTV), เนลฟินาเวียร์ (NFV)

2.2 เกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (inclusion criteria) สำหรับผู้ใหญ่ (ทัศนาศาสตร์และคณะ, 2547)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในการรักษาไม่จำเป็นที่จะต้องให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีทุกราย เพราะการเริ่มยาที่เร็วเกินไป โดยที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ และซีดี 4 ยังสูงอยู่ จะก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี คือ อาจจะทำให้เกิดโอกาสการดื้อยาได้ในอนาคต ซึ่งจะมีผลเสียที่ตามมา ใน การเลือกให้สูตรยาในอนาคต จะยากมากขึ้น และขณะเดียวกัน การเริ่มยาที่ช้าเกินไป รอจนผู้ป่วยมีอาการทรุดลงมาก หรือระดับ ซีดี 4 ต่ำมากเกินไป อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะทนต่อยาได้ และภูมิคุ้มกันอาจจะกลับคืนมาได้ช้าเกินไป อาจจะทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและอาจจะเสียชีวิตได้ เช่นกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีเกณฑ์ ขอบ่งชี้ในการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งในแต่ละประเทศจะไม่เหมือนกัน ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับสถานะเศรษฐกิจของประเทศนั้นๆ

ข้อบ่งชี้ในการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสผู้ใหญ่ ในประเทศไทย ปี 2545 คือ

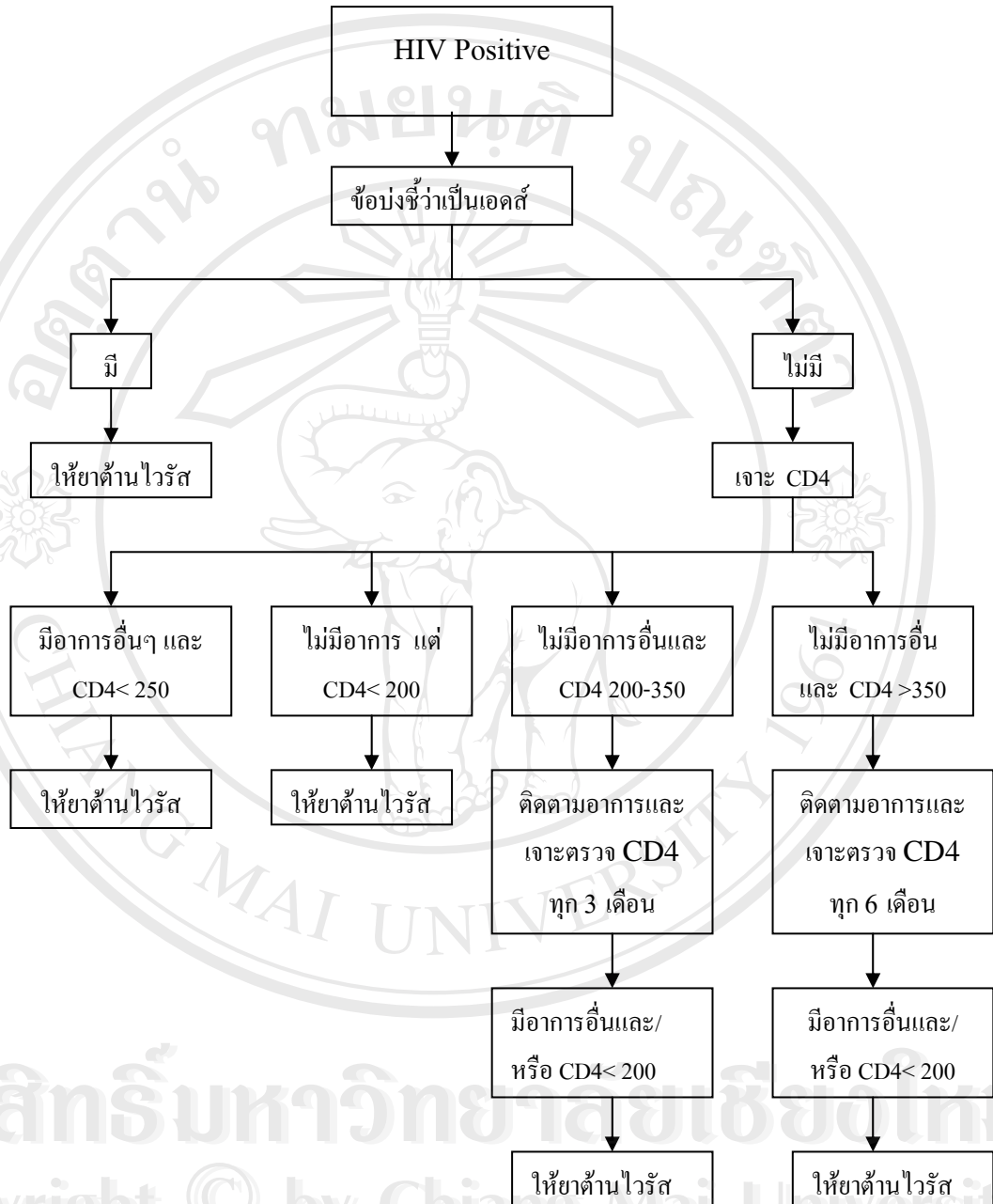
2.2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ (AIDS defining illness)

2.2.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ และมีค่า CD4 <250 cell/cu.mm ร่วมด้วย

- 1) ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ
- 2) อูจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 14 วัน ไม่ทราบสาเหตุ
- 3) น้ำหนักลดลงมากกว่า 15 % ภายใน 3 เดือน

2.2.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่มีอาการ แต่มีค่า ซีดี 4 < 200 cell/cu.mm นอกจากนี้ต้องประเมินสถานะตับ ความสามารถของตับในการรับยา ถ้าตับมีปัญหาควรได้รับการรักษาก่อน และควรงดสุราเหล้า เบียร์

แผนภูมิ 1 แสดงข้อบ่งชี้ในการให้ยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่ ในประเทศไทย ปี 2545 (ทัศนาศาสตร์ และคณะ, 2547)



2.3 สูตรในการรักษา ของกึ่งโรคเอดส์ ในปีงบประมาณ 2545 สำหรับผู้ใหญ่ ดังนี้

2.3.1 สูตรที่ 1 ยา 2 ชนิดจากกลุ่มเอ็นอาร์ทีไอ (NRTI) กับยา 1 ชนิดจากกลุ่มเอ็นเอ็นอาร์ทีไอ (NNRTI) คือ GPO-VIR (D4T+3TC+Nevirapine)

2.3.2 สูตรที่ 2 ยา 2 ชนิดจากกลุ่มเอ็นอาร์ทีไอ กับ 1 ชนิดจากกลุ่มพีไอ (PI) คือ D4T+3TC+Efavirenz กรณีแพ้ยา Nevirapine หรือ AZT+3TC+ Nevirapine กรณีแพ้ยา D4T หรือ AZT+3TC+ Efavirenz กรณีแพ้ยา Nevirapine และ D4T

2.2.3 สูตรที่ 3 ยา D4T + 3TC + (Indinavir / Ritonavir) หรือ AZT + 3TC + (Indinavir / Ritonavir)

การเริ่มยาจะเริ่มด้วยยา 3 ตัว (GPO-VIR) หรือถ้าเริ่มยา 2 ตัว (ความสามารถเข้าถึงยาได้เพียง 2 ตัว) ถ้า CD4 ต่ำกว่า 100 และปริมาณไวรัสในกระแสเลือดสูง ยาจจะไม่สามารถลดปริมาณไวรัส ได้ดีเท่ายา 3 ตัว ฉะนั้นอาการทั่วไปจะดีขึ้นเพียงชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง ถ้ายา 2 ตัวที่รับประทานอยู่ไม่ได้ผล แล้วจะพิจารณาจากการตรวจวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ถ้ามีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนและรับประทานอย่างต่อเนื่อง ให้อาการคงที่ ยางานตัวไม่สามารถรับประทานร่วมกับยาด้านไวรัสได้ ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณา

เกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (inclusion criteria) สำหรับเด็ก เด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวีที่ต่ำกว่า 12 เดือน พิจารณาให้ยาด้านไวรัสได้โดย ไม่ต้องคำนึงถึงอาการทางคลินิกหรือภาวะภูมิคุ้มกัน ในเด็กที่อายุ 12 เดือนขึ้นไป จะพิจารณาให้ยาด้านไวรัส เมื่อมีอาการทาง Clinical stage B or C หรือมีระดับ ซีดี 4 < 20 %

สูตรในการรักษา ในปีงบประมาณ 2545 สำหรับเด็ก มีสูตร ดังนี้

- 1) AZT+3TC+Nevirapine หรือ D4T+3TC+Nevirapine และ AZT+3TC+Efavirenz หรือ
- 2) D4T+3TC+Efavirenz ในกรณีแพ้ยา Nevirapine และ Efavirenz เปลี่ยนสูตรยา เป็นแบบสองชนิด คือ
- 3) AZT+3TC และ D4T+3TC

2.4 การติดตามผลการรักษา (สัญญาณ ชาติสมบัติและคณะ, 2547)

2.4.1 ติดตามประสิทธิภาพการรักษา โดยการประเมินอาการของผู้ป่วย การแสดงทางคลินิก และการตรวจค่า ซีดี 4 ทุก 6 เดือน

2.4.2 ติดตามผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส เช่น ฝื่นตามผิวหนัง ดับอักเสบที่อาจจะเกิดจากยา Nevirapine โดยตรวจดูค่า SGPT ในสัปดาห์ที่ 2, 4 , 8, และทุก 2 เดือน เทียบกับค่า SGPT ก่อนการรับประทานยาต้านไวรัส

2.4.3 ติดตามวินัยการรับประทานยา (Drug Adherence) ของการรับประทานยาต้านไวรัส

2.4.4 ติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ผลดี ผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันดีขึ้น โอกาสการติดเชื้อโรคร้ายโอกาสจะน้อยลง

2.5 ปัญหาของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี อาจเกิดจากความไม่สะดวกในการรับประทานยา เช่น วันละหลายครั้ง ก่อนหรือพร้อมอาหาร ต้องดื่มน้ำมาก ๆ ความต่อเนื่องในการรับประทานยา การดื้อยา ต้องเปลี่ยนสูตรยา ปัญหาครอบครัว การไม่อาจจะเปิดเผยตนเองได้ทำให้การรับประทานยามีความยุ่งยากบางครั้ง และผลข้างเคียงของยา เป็นต้น

2.5.1 การดื้อยา : หมายถึง ยาชนิดนั้นใช้ไม่ได้ผลในการรักษาแล้ว ในกรณีของยาต้านไวรัสเอชไอวี คือ การใช้ยาสูตรใดสูตรหนึ่ง แล้วไม่ได้ผล แม้จะมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาแล้วก็ตาม การดื้อยาด้านไวรัสเอชไอวี: ขึ้นอยู่กับ

1) ยาสามารถทำให้ปริมาณไวรัสเอชไอวี ในกระแสเลือดลดลงได้มากน้อยเพียงใด ในการรับประทานครั้งแรก เช่น ถ้าปริมาณไวรัสเอชไอวีสูง ให้ยา 2 ตัว ปริมาณไวรัสเอชไอวียังคงสูงอยู่ จะพัฒนาเป็นไวรัสที่ดื้อยา ภายในไม่ช้า ถ้าให้ยา 3 ตัว ยาสามารถลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดลง จนไม่สามารถตรวจพบในกระแสเลือดได้ (แต่ไวรัสยังคงหลบซ่อนอยู่ในเซลล์สมอง และต่อมน้ำเหลือง) และถ้ารับประทานไม่ต่อเนื่อง เชื้อเอชไอวี จะกลายพันธุ์และดื้อยาได้ ต้องเปลี่ยนสูตรยา ทำให้การรักษามีความซับซ้อนยิ่งขึ้น

2) ประสบการณ์การรับประทานยาต้านไวรัสในอดีต ร่างกายจะตอบสนองไม่ดีเท่ากับ คนที่ไม่เคยรับประทานยาต้านไวรัส

3) การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือมีวินัยการรับประทานยาไม่ดี เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโอกาสการดื้อยา อาการที่แสดงว่าสูตรยาที่ใช้อยู่ล้มเหลว คือ อาการทางคลินิกแย่ลง เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสใหม่ จำนวนซีดี 4 ลดลง และปริมาณไวรัสในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น

2.5.2 อาการข้างเคียง อาการข้างเคียงที่พบในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง คือ เป็นอาการที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ไม่มีอันตรายถึงชีวิต เช่น อาการ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ท้องเสีย ท้องอืด นอนไม่หลับ ฝื่นไม่ดี ฝื่นแปลกๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในช่วง 2 เดือนแรกของการรับประทานยา

อาการที่รุนแรง อาจเสียชีวิตได้ ซีด ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ซาปลายมือ ปลายเท้า นิ้วในไต อาจเกิดได้ทุกช่วงของการรับประทานยา มักพบมากในผู้ป่วยที่มี ซีดี 4 ต่ำ

อาการข้างเคียงในระยะยาว มักเกิดขึ้น ในระยะยาว 3-4 ปี เช่น น้ำตาลใน เลือดสูง (มีอาการทางเบาหวาน) ไขมันกระจายตัวผิดปกติ ผิดที่ เช่น ลงพุง ไขมันพอกที่ลำคอ หน้าอก แต่แขนขาลีบ เป็นต้น (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และ องค์กรหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม ประเทศไทย, 2546)

ตาราง 1 รายชื่อยาที่มีอาการข้างเคียง

รายชื่อยาต้านไวรัส	ชื่อย่อ	ชื่อการค้า	ผลข้างเคียง
Zidovudine	AZT	Retrovir Antivir	กดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย
Didanosine	DdI	Videx Divir	ตับอ่อนอักเสบ ปลายประสาทอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
Zalcitabine	DdC	Hivid	ปลายประสาทอักเสบ แผลในปาก
Stavudine	D4T	Zerit Stavir	ปลายประสาทอักเสบ
Lamivudine	3TC	Epivir Lamivir	ยังไม่มีรายงาน
Abacavir	ABC	Ziagen	ภูมิไวเกิน (2-5 %) ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ไอ หายใจลำบาก ผื่น
Nevirapine	NVP	Viramune	ผื่น (15-30 %) ตับอักเสบ

ตาราง 1 รายชื่อยาที่มีอาการข้างเคียง (ต่อ)

รายชื่อยาต้านไวรัส	ชื่อย่อ	ชื่อการค้า	ผลข้างเคียง
Deleverdine	DLV	Rescriptor	ผื่น ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น
Efavirenz	EFV	Stocrin	ปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย สับสน ประสาทหลอน เกิดขึ้นในผู้ป่วย 40 % ผื่น
Saquinavir hard gel	SQV-HGC	Invirase	คลื่นไส้ อาเจียน (10-20 %) ปวดศีรษะ มี เอ็นไซม์ตับสูงขึ้น
Saquinavir soft gel	SQV-SGC	Fortovase	คลื่นไส้ อาเจียน (10-20 %) ปวดศีรษะ มี เอ็นไซม์ตับสูงขึ้น
Ritonavir	RTV	Norvir	คลื่นไส้ อาเจียน (20-40 %) ชารอบๆปาก หรือ ปลายมือปลายเท้า (10 %) ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ ตับสูงขึ้น (10-50 %) มี triglycerine สูงขึ้น (60%)
Indinavir	IDV	Crixivan	คลื่นไส้ อาเจียน (10-20 %) นิ่วในไต (10-15 %) ปวดศีรษะ มี indirect bilirubin สูงขึ้น
Nelfinavir	NEV	Viracept	ท้องเสีย (10-30%)
Lopinavir/Ritonavir	LPV/RTV	Kaletra	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มีเอ็นไซม์ตับสูงขึ้น
Amprenavir	AP	Agenerase	คลื่นไส้ อาเจียน (10-30 %) ปวดศีรษะ มี เอ็นไซม์ตับสูงขึ้น ผื่น (20-30 %) ชารอบๆปาก หรือปลายมือปลายเท้า (10-30%)

2.6 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว (Treatment failure) การหยุดยา: การรักษาไม่ได้ผล ภายหลังจากเปลี่ยนสูตรยา จนไม่มีสูตรยาให้เลือกใช้ ทนกับอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ แม้จะเปลี่ยนยาแล้ว หรือถอนตัวออกจากโครงการเอง (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และองค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม, 2546)

2.6.1 ข้อบ่งชี้ที่ทำให้สงสัยว่าการรักษาไม่ได้ผล (ทัศนาศิลป์และคณะ, 2547)

1) ข้อบ่งชี้ทางคลินิก: เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่ (ยกเว้นวัณโรคปอด) หรือกลับมาเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสซ้ำอีก หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี นานกว่า 6 เดือน

2) ข้อบ่งชี้ทางระดับภูมิคุ้มกัน : ซีดี 4 ต่ำลง 30 % จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน และพิจารณาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของเปอร์เซ็นต์ซีดี 4 ด้วย และการตรวจควรจะเป็นเวลาเดียวกัน หากอาการทางคลินิกไม่เป็นไปกับผลเลือดต้องส่งตรวจซ้ำ

2.6.2 ปัจจัยที่มีผลทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีล้มเหลว (สัญญาชัย ชามสมบัติ และคณะ, 2547)

1) ประสิทธิภาพของยา/สูตรยาที่ให้ไม่ดีพอ (Insufficient antiviral potency) ถ้าผู้ป่วยได้รับสูตรยาที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะลดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้ จะทำให้เกิดการคัดเลือก (Selection) ของไวรัสดื้อยาและมีการเพิ่มของไวรัสอย่างรวดเร็ว ปริมาณ ซีดี 4 จะลดลงเรื่อยๆ ผลการรักษาจะให้ผลดีในช่วงสั้นๆ เท่านั้น และเกิดการดื้อยาในที่สุด

2) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือมีวินัยการรับประทานยาไม่ดี (Poor Drug Adherence) เนื่องจากจำนวนไวรัสเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณอย่างรวดเร็วในร่างกาย เป็น 10^{10} อนุภาค ถ้าไม่ได้รับการรักษา ประกอบกับยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่มี Half-life สั้น ต้องรับประทานบ่อย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอแม้การขาดยาเพียงครั้งเดียว ก็จะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณไวรัสลงได้ และก่อให้เกิดการดื้อยาได้ ส่วนสาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อาจจะเนื่องมาจาก ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาผลข้างเคียงของยา ภาวะเศรษฐกิจไม่มีเงินค่ายา และการที่ต้องหลบซ่อนในการรับประทานยาเหล่านี้ เป็นต้น ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องคำนึงถึงสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ เป็นรายๆ ไป

3) ปัจจัยในทางเภสัชวิทยา (Pharmacological Factors) การเลือกใช้ยา จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรู้จักปัจจัยในทางเภสัชวิทยา ที่พบบ่อยคือ เรื่อง การเลือกใช้ยาโดยไม่ทราบปฏิกริยาระหว่างยากับอาหาร หรือยาที่รับประทานด้วยกัน ซึ่งมีผลต่อการดูดซึมและการทำลายยาในร่างกาย เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี คู่กับยาต้านวัณโรค ยาต้านไวรัสเอชไอวี

รับประทานคู่กับ ยาลดไขมัน เป็นต้น และการเน้นในเรื่องของการรับประทานยาก่อนและหลังอาหาร เป็นต้น

4) ระยะของโรคติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นมามากแล้ว (Advanced Disease) ในผู้ป่วยที่มีอาการมาก และระดับ ซีดี 4 ต่ำมาก การรักษาอาจจะไม่ได้ผลดี และนำไปสู่ความล้มเหลวได้ ซึ่งเหตุผลอาจจะเนื่องจาก มีระดับไวรัสเอชไอวีในเลือดสูงมากจนไม่สามารถเพิ่มระดับ ซีดี 4 ได้ และ/หรือ การที่มีผู้ป่วยที่มีร่างกายไม่แข็งแรงจนไม่สามารถทนต่อผลของฤทธิ์ข้างเคียงได้

5) การดื้อยาที่มีมาก่อน (Pre-existing mutation) ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีมาจากผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีดื้อยา มาแต่แรกติดเชื้อเอชไอวี เช่น ได้รับเชื้อมาจากผู้ที่เคยรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมาก่อน แล้วเกิดการดื้อยา ต่อมาแพร่เชื้อต่อให้ผู้อื่น ผู้นั้นก็จะได้รับเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาไปด้วย การรักษาก็เป็นเรื่องยาก เช่นกัน

2.7 แนวทางการดำเนินงานโครงการการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

องค์การอนามัยโลก ได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่า เมื่อสิ้นปี 2005 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี 3 ล้านคนทั่วโลก (Treat 3 million by 2005: 3 by 5) จากรายงานสรุปรายงานของแต่ละประเทศเมื่อสิ้นปี 2004 ของ องค์การอนามัยโลก และ UNAIDS พบว่า ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ประมาณร้อยละ 44 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด และมีผู้ป่วยใหม่เข้ารับการรักษา 3,000 คน ใน มกราคม-สิงหาคม 2004 นี้ โดยรัฐบาลได้เพิ่มเงินงบประมาณในด้านเอดส์ เป็น 2 เท่า จาก 300 ล้านบาทในปี 2003 เป็น 800 ล้านบาทในปี 2004 และมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเข้าร่วมโครงการ อยู่ 900 หน่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่ม/เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ องค์กรภาคเอกชนและรัฐบาลร่วมกันตัดสินใจ กำหนดนโยบายในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง ทางองค์การอนามัยโลกได้ยอมรับถึงระบบการจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพของไทย ในระดับที่ดีมาก ประเทศหนึ่ง ซึ่งนอกจากด้านการรักษา ในด้านการป้องกัน ประเทศไทยถือว่าได้ทุ่มเท และยกระดับความสามารถ ที่ดีขึ้นมากประเทศหนึ่ง (UNAIDS/WHO, 2004)

แนวทางการดำเนินงานโครงการการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ของประเทศไทย (สัญญาชัย ชาสมบัติและคณะ, 2547) ตั้งแต่มีโครงการยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นต้นมา มีแนวทางการดำเนินงานโดยย่อ ดังนี้

โครงสร้างและระบบบริการการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ ซึ่งดำเนินการ

โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนามาหลายส่วนตั้งแต่ในอดีต ในปี 2543 ได้มีการก่อตั้งเครือข่ายการวิจัยและการให้บริการทางการแพทย์ โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ (เดิม) ทั้งนี้เพื่อพัฒนาโครงสร้างการให้บริการทางการแพทย์เป็นแบบองค์รวม และส่งเสริมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ทบวงมหาวิทยาลัย องค์กรระหว่างประเทศ สถาบันวิจัย ฯ ซึ่งเดิมจะมุ่งเน้นที่การวิจัยและพัฒนาบุคลากรในสายงานต่างๆ เพื่อรองรับการวิจัยดังกล่าว ต่อมากรมควบคุมโรคติดต่อ (เดิม) ได้มีนโยบายขยายเป้าหมายการให้บริการ จากการมุ่งเน้นการวิจัย มาสู่โครงการในแบบนาร่อง เพื่อการบริการด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี แบบสามชนิดร่วมกัน ซึ่งในช่วงแรกมีเป้าหมายการให้บริการที่ 3,000 รายทั่วประเทศ โดยใช้ชื่อโครงการดังกล่าวว่า “Access to Care” โดยมีการพัฒนาสูตรยาเป็น 8 สูตร

ในปี 2546 ได้มีการขยายเป้าหมายการบริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วประเทศ เป็นจำนวน 13,000 ราย และได้ปรับสูตรการรักษาสำหรับผู้ใหญ่เป็น 3 สูตรซึ่งมียาที่ผลิตได้โดยองค์การเภสัชกรรมเป็นหลัก มีการอบรมบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมากกว่า 4,000 ราย และได้มีการพัฒนาระบบบริการส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไปพร้อมๆ กัน โดยมุ่งเน้นการให้บริการแบบเต็มรูปแบบมากขึ้น ต่อมาในปี 2547 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้มีนโยบายขยายโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มากขึ้น และได้ตั้งเป้าหมาย การให้บริการให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 50,000 ราย และได้เปลี่ยนชื่อโครงการเป็น “โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์” (National Access to Antiretroviral Programme for PHA: NAPHA)

2.7.1 ทิศทางและแนวทางดำเนินงานของโครงการ NAPHA จะมุ่งเน้นเพิ่มเติมจากโครงการ Access to Care (ATC) ดังนี้

- 1) มุ่งเน้นการส่งเสริมการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและลดปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต
- 2) พัฒนาโครงสร้างและรากฐานของการบริการ เพื่อนำเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ
- 3) การบูรณาการการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่ดำเนินอยู่โดยหน่วยงานต่างๆ ให้มีความใกล้เคียงกัน เพื่อให้การบริการเป็นไปด้วยมาตรฐานเดียวกัน เช่น โครงการบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีสำหรับผู้ประกันตน โดยสำนักงานประกันสังคม เป็นต้น
- 4) การพัฒนาระบบประกันคุณภาพการให้บริการ

2.7.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน จากการติดตามผลการดำเนินงาน โครงการฯ ที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบาย และการดำเนินงานในระดับต่างๆ ประกอบด้วย

- 1) การสนับสนุนด้านนโยบาย
- 2) การบริหารจัดการด้านบุคลากร งบประมาณ สิ่งสนับสนุนต่างๆ อย่างเหมาะสม
- 3) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการเตรียมความพร้อมของระบบบริการ
- 4) การพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของบุคลากรด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- 5) การติดตามผลการรักษา มีระบบการรายงาน และการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
- 6) การทำงานเป็นทีม มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การวางแผนการดำเนินงานแบบบูรณาการ รวมทั้งการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 7) การวิจัยและการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ทั้งด้านการดูแลรักษาและกลไกทางเศรษฐศาสตร์

2.7.3 หน่วยงานที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินโครงการตามนโยบาย ประกอบด้วย

- 1) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาล และสาธารณสุขจังหวัด ในสังกัด โดยโรงพยาบาลจะมีบทบาท ในการจัดทีมงาน ที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ให้คำปรึกษา และเจ้าหน้าที่ในห้องปฏิบัติการ พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ และสนับสนุน ให้ได้รับการฟื้นฟูองค์ความรู้เป็นระยะๆ มีการวางแผนการดำเนินงาน ทั้งในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ การให้คำปรึกษา การเก็บบันทึกและการรายงานที่มีประสิทธิภาพ ฯ และที่สำคัญคือ การประสานกับองค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน พัฒนากระบวนการ ส่งเสริมให้มีการรับประทานยาอย่างถูกต้องครบถ้วนต่อเนื่อง
- 2) กรมควบคุมโรค ซึ่งจะเน้นการวางแผนฯ นโยบาย บริหารจัดการ งบประมาณ ประสานงานส่วนกลางกับ หน่วยงานอื่นๆ วิชาการ และติดตามประเมินผล เพื่อให้ การดำเนินโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ

3) กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ เป็นเครือข่ายในการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายหญิงหลังคลอดและครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4) กรมสุขภาพจิต ประสานงานกับ สำนักโรคเอดส์ ๓ สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องข้างต้น ในการพัฒนาหลักสูตรวิชาการ ในการให้คำปรึกษากับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ ร่วมกับ สำนักพัฒนาการวิชาการของกรมการแพทย์ด้วย

5) กรมการแพทย์ สำนักพัฒนาวิชาการ มีบทบาท ในการจัดทำหลักสูตรการอบรมการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในสูตรแบบ 3 ชนิดพร้อมกัน และประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

6) โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลในสังกัดอื่นๆ และหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ จะมีบทบาทเช่นเดียวกับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

7) องค์การเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีบทบาทในการประสานงานกับ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล ในการพัฒนาการประสานงาน พัฒนาองค์ความรู้ในระดับเขตและจังหวัด การติดตามผลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ร่วมพัฒนาระบบการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับประทานยาที่ครบถ้วนต่อเนื่อง พัฒนาให้มีการสร้างทีมวิทยากร ในระดับต่างๆ ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคสาธารณสุขจังหวัดในการให้การอบรมและให้ข้อมูลกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ถึงแนวการปฏิบัติตน และการรับประทานยาที่ถูกต้องต่อเนื่อง ผลักดันและร่วมมือกันระหว่างองค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ เพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนให้เกิดการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และการติดตามการรักษา

2.7.4 แนวทางการดำเนินงานให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในเขตภาคเหนือ (ทัศนาศิลป์ และคณะ, 2547) การให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (Comprehensive and Continuum of Care: CCC) ซึ่งประกอบด้วย การดูแลด้านการแพทย์ (Medical care) การดูแลด้านจิตใจ (Psychological care) และการช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic support) แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ซึ่งการที่จะดูแลแบบองค์รวมครบถ้วนรอบด้านนี้ได้ จำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องมีความพร้อม ในการดำเนินงาน และต้องอาศัยความร่วมมือเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในสถานบริการ/โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) การจัดระบบบริการ จะต้องสนับสนุนบริการครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

ด้านคลินิก ต้องมีความพร้อม และสามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

ด้านการให้คำปรึกษา ต้องมีความพร้อมและสามารถให้การปรึกษาพื้นฐานกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (Basic HIV/AIDS Counselling) และบริการปรึกษาด้านการรักษา (Treatment Counselling) โดยเฉพาะ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้

ด้านเภสัชกรรม ต้องมีความพร้อมและสามารถในการจัดการคลังยาต้านไวรัสเอชไอวี รวมทั้งการบริหารทางเภสัชกรรมได้

ด้านห้องปฏิบัติการ ต้องมีความพร้อมและสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องได้ เช่น HIV, CBC, CXR, SGPT, CD 4 Count เป็นต้น หากไม่สามารถดำเนินการเองได้ต้องมีเครือข่ายประสานกับหน่วยงานอื่น

ด้านระบบข้อมูลรายงาน ต้องมีความพร้อมในการจัดการระบบข้อมูลรายงาน เพื่อติดตามผลการรักษาผู้ป่วย ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และระบบการจัดส่งรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ทันเวลา

ด้านการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โรงพยาบาล/สถานพยาบาล ต้องสนับสนุนในห้วงอ้อมภาคประชาชน (เครือข่าย/กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ หรือองค์กรชุมชน) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้าน โดยการสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน เพื่อการดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2) ด้านบุคลากร จัดให้มีผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติงานครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัช ผู้บริการปรึกษา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และช่างเครือข่ายภาคประชาชน โดยต้องมีการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างทีม และมีการพัฒนาศักยภาพในทุกๆ ด้านอย่างต่อเนื่อง

3) การจัดระบบบริการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล อาจจะจัดได้หลายรูปแบบ เช่นคลินิกพิเศษแบบ One stop service หรือถึง One stop service และต้องยึดหลัก ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ต้องเป็นการดูแลที่ครบถ้วนทั้งกาย ใจ และสังคม/เศรษฐกิจ และต่อเนื่อง มีระบบประสานส่งต่อที่ดี สร้างรูปแบบระบบการทำงานเป็นทีม

ประสานเชื่อมโยงข้อมูล และควรคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงบริการยาก เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เปิดเผยตัว กลุ่มที่ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ควรมีการจัดช่องทางให้บริการ ตามความเหมาะสม

4) การประสานและสนับสนุน การดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การมีการจัดระบบการประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานแก่ระดับปฏิบัติการในทุกระดับ คือ ระดับจังหวัด ระดับเขต และส่วนกลาง เป็นต้น โดยมีการสนับสนุนทางด้านวิชาการ และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ เป็นต้น

5) การคัดเลือกผู้ป่วย ภายใต้การสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น

6) การประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยประเมินครั้งนี้ ด้านวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 95 โดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับประทานยาอย่างครบ ขนาดยา ต่อเนื่อง ทุกวัน และตรงตามเวลาภายใน 1 ชั่วโมง

วิธีการคำนวณ: วินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Drug Adherence) ในการคำนวณในเวลา 1 เดือน คือ

$$\frac{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้กินยาอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลา 1 เดือน}}{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาตามแผนการรักษาในระยะเวลา 1 เดือน}} \times 100$$

ด้านความต่อเนื่องในการรักษาของผู้ป่วย (Service Adherence) มีเป้าหมายมากกว่า ร้อยละ 90 วิธีการคำนวณ Service Adherence คือ

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา}} \times 100$$

ด้านการศึกษา Survival curve มีการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยที่ต่อเนื่อง

ด้านการประเมินสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Quality of life) หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ต้องมีการ ประเมินสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นระยะๆ ต่อเนื่องกัน

7) ระบบข้อมูลรายงาน มีความสำคัญมากในการติดตามการรักษาประเมินการดำเนินงาน ซึ่งต้องมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ ฉะนั้นทีมต้องให้ความสำคัญในการให้ข้อมูล การบันทึก การรายงานที่ถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์ และทันเวลา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทุกระดับ และเพื่อใช้ในการวางแผนงาน

2.8 แนวการปฏิบัติและสร้างควมมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ความร่วมมือในการรักษา (Compliance) หมายถึง ความพร้อมความตั้งใจ ปราบปรามและตกลงใจที่รับการรักษาต่างๆ และรวมถึงความร่วมมือ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามข้อตกลงของการรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลประสบผลสำเร็จหรือมีประสิทธิภาพสูงสุด (Chesney Margaret A, 1997) บางผู้วิจัยได้กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา เป็นการวัดค่า หรือระดับความแข็งแกร่งของการมีส่วนร่วมในการรักษาระหว่างคนไข้กับแพทย์ (AIDS Information Organization, 2004) การประเมินความร่วมมือในการรักษา ไม่ใช่เรื่องง่ายหรือวัดกันได้อย่างแม่นยำ ปัจจัยหนึ่งคือ ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับแพทย์ดีแค่ไหน และคนไข้มีความรู้ความเข้าใจในการระมัดระวังในการปฏิบัติตัวแค่ไหนในระหว่างการรักษาต่างๆ เหตุปัจจัยคืออะไร แพทย์ต้องศึกษาถึงปัจจัย ความจริง และบริบทของผู้ป่วยด้วย และที่สำคัญ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้ป่วยมีความกลัวที่จะบอกกับแพทย์แค่ไหน นี่เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และแพทย์ด้วย การประเมินความร่วมมือจึงมีปัจจัยเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องมาก แพทย์สามารถสื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจต่อการรักษาและการปฏิบัติดีแค่ไหน และถ้ามีปัญหาในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยสามารถที่จะสื่อให้แพทย์รับรู้เข้าใจได้แค่ไหน ด้วยเช่นกัน การประเมินความร่วมมือในการรักษา เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผลการรักษาประสบผลสำเร็จ และก็เป็นการติดตามการรักษาอย่างหนึ่ง ปัจจัยที่อาจจะเป็นผลในความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยคือ 1). ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย การรับรู้ในเรื่องโรคและการรักษา 2). ระดับการศึกษา 3). ความสัมพันธ์และการสื่อสารของแพทย์และผู้ป่วย 4. วิถีชีวิตของผู้ป่วยเอง 5. ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งความเชื่อ, ทศนคติ, พฤติกรรมสุขภาพ 6. แรงสนับสนุนทางสังคม 7. ครอบครัว รวมถึงความเข้าใจและแรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง 8). ด้านจิตใจ 9. ปัจจัยด้านของตัวยาเอง และผลข้างเคียงของยาโดยเฉพาะยาต้านที่มีผลข้างเคียงสูง (Dimaatteo R.M. 1982)

วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี แค้ไหนจึงจะเพียงพอ การวิจัยของ Paterson D., Swindells S., Mohr J.et al ได้ศึกษาเกี่ยวกับวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ควรแค้ไหนจึงจะเพียงพอ เป็นการศึกษาไปข้างหน้า โดยวิธีการศึกษา ด้วยการวัดทางการแพทย์ ใช้การนับ ซีดี 4 การตรวจ จำนวนไวรัสในเลือด การการตรวจทางสภาพจิตใจ ใช้หลักของความเชื่อ

ทางสุขภาพ (Health beliefs) และการวัดวินัยในการรับประทานยาทางการแพทย์ และการรายงาน โดยตัวผู้ป่วยเอง (patient self-report) ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีซีดี 4 จากน้อยกว่า 50 (ร้อยละ 12) ไปถึง ผู้ป่วยที่มีซีดี 4 มากกว่า 500 (ร้อยละ 25) และผู้ที่มี ไวรัสในกระแสเลือด น้อยกว่า 400 (ร้อยละ 22) ไป ถึง มากกว่า 100,000 (ร้อยละ 18)

ผลการศึกษา ใน ช่วง 3 เดือน พบความสัมพันธ์ ระหว่างวินัยการรับประทานยา จำนวน ไวรัสในเลือด ($p=0.00001$) ร้อยละ 81 ของผู้ที่มีวินัยการรับประทานยามากกว่า ร้อยละ 95 พบว่า สามารถควบคุมไวรัส ได้ดี ถึง ร้อยละ 64 และร้อยละ 64 ผู้ที่มีวินัยการรับประทานยาร้อยละ 80-90 พบว่า สามารถควบคุมไวรัส ได้ ร้อยละ 50 และร้อยละ 25 ผู้ที่มีวินัยการรับประทานยาร้อย ละ 70-80 หรือน้อยกว่า ร้อยละ 70 พบว่า สามารถควบคุมไวรัส ได้ ร้อยละ 6 นอกจากนี้เขายังได้ สรุปถึงการวัดวินัยการรับประทานยา โดยผู้ป่วยรายงานเอง และการประเมินวินัยการรับประทานยา ของแพทย์กับการรายงานของผู้ป่วยเองยังมีความคาดเคลื่อนมาก และ ความสัมพันธ์ของการมีวินัย ในการรับประทานยาด้านไวรัส เขาพบว่า มีความสัมพันธ์ กับชนชาติ สีผิว การศึกษาฯ โดย การศึกษาของเขาพบว่ามีความสัมพันธ์กับวินัยการรับประทานยาดำจะเป็นกลุ่มของ อเมริกันผิวดำ กลุ่มผู้มีการศึกษาดำ และกลุ่มที่มีจำนวน ไวรัสในเลือดสูงด้วย

สรุปได้ว่า วินัยการรับประทานยา ที่มากกว่าร้อยละ 95 ในการรักษาด้วย ยาต้าน ไวรัสเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับจำนวนไวรัสในเลือด และอัตราการรักษาล้มเหลว เมื่อระดับวินัย การรับประทานยาลดลง และการประเมินวินัยการรับประทานยาของแพทย์ กับการรายงานของ ผู้ป่วยเองยัง ไม่มีความเชื่อมั่นที่ดีพอ (Paterson D., Swindells S., Mohr J. et al, 2000) จะเห็นได้ว่า ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี แค่ความร่วมมือในการรักษา (Compliance) ไม่เพียงพอ ผู้ป่วย ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำเป็นที่จะต้อง มี วินัยในการรับประทานยา (Drug Adherence) อย่างสม่ำเสมอด้วย และตลอดชีวิต เป็นเรื่องที่ท้าทาย สำหรับผู้รับประทานยาด้านไวรัส เอชไอวี วินัยการรับประทานยา จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในตลอดช่วงของการรักษา เป็น เหตุผลหนึ่งว่าการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี จำเป็นอย่างมากที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมที่ ดี มีความต่อเนื่อง มีการประสานงานกันอย่างดีทุกภาคส่วน และที่สำคัญ คือการมีส่วนร่วมของภาค ประชาชน คือกลุ่มและเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยต้องมีความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และร่วมมือที่ดีด้วย การรักษาจะได้ผล ผู้ป่วยต้องมี วินัยการรับประทานยา ไม่ต่ำ กว่าร้อยละ 95 (AIDS.Org, 2004) การประเมินวินัยการรับประทานยาจึงจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินกันเป็นระยะ และต่อเนื่องตลอดเวลา เช่นกัน

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า วินัยการรับประทานยา ของ ผู้ป่วยว่า “การที่บุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรม เช่น การกินยา การจำกัดอาหาร และ/หรือการ

เปลี่ยนแปลงลักษณะการใช้ชีวิต ที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับข้อเสนอที่ได้ตกลงกันไว้ กับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแล้ว” (อังกิน, ผกามาศ อาจพูล, 2548)

วินัยในการรับประทานยา หมายความว่า ผู้ป่วยรับประทานยาที่ถูกต้อง ตรงเวลา เดิม ต่อเนื่องทุกวัน เช่น ยาที่ต้องรับประทาน 2 ครั้งต่อวัน ถ้าผู้ป่วยเลือกรับประทานที่เวลา 8.00 น. กับ 20.00 น. ก็ต้องรับประทานเวลานี้ทุกวัน มีผู้ทำการวิจัยหลายคนถึงวินัยในการรับประทานยาแคปซูล ซึ่งจะเพียงพอ และให้ผลดีที่สุด ให้ค่า Viral load ลดลงอย่างควบคุมได้ ผลก็คือผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ต้องรับประทานอย่างถูกต้องและตรงต่อเวลา อย่างน้อยร้อยละ 90-95 ดังกล่าวนั้น หมายความว่าถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต้องรับประทานยา 2 หรือ 3 ครั้งต่อวัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์จะล้มหรือขาดการรับประทานยาและผิดเวลา (ไม่เกิน 1 ชั่วโมง) ได้แค่ 1 dose ต่อสัปดาห์เท่านั้น (AIDS.ORG, 2004)

วินัยในการรับประทานยา สำคัญต่อการรักษา วินัยในการรับประทานยาเป็นหัวใจหลักในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะ เป็นผลที่ดีที่สุดต่อการรักษา ควบคุม Viral load ให้ต่ำ ตลอดเวลาแต่ถ้าล้มรับประทานยา 1 ครั้งหรือมากกว่า จะเป็นโอกาสที่จะทำให้ไวรัส เพิ่มขึ้น และที่สำคัญจะช่วยยืดเวลาการเป็นเอดส์และความตาย และป้องกัน โอกาสการตี้อยา เพราะถ้าขาดยา ไปหรือรับประทานไม่สม่ำเสมอจะทำให้ไวรัส สร้างและเปลี่ยนแปลง โครงสร้างด้านตัวยาได้ และ จะทำให้ข้อเลือกในการรักษาน้อยลงไป

แนวทางการสร้างวินัยการรับประทานยาให้เกิดผล และความเป็นไปได้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ปรึกษากับแพทย์ที่รักษา เล่าถึง วิถีชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และเลือกยา (หากเลือกได้) และเวลาที่ รับประทานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้การรับประทานยา เป็นไปได้และตรงเวลามากที่สุด ต้องแน่ใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าใจถึงการรักษา ยาอะไร ที่ต้องรับประทาน ขนาดยาที่รับประทาน จำนวนครั้งในการรับประทานต่อวัน วางแผนตารางเวลาที่ ดี และบุคคล ผู้ช่วยดูแล หากต้องการความช่วยเหลือทั้งที่บ้านและทำงาน เป็นต้น ยาที่ต้อง รับประทานพร้อมอาหารหรือเวลาท้องว่าง วิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น และควรระวังจัดการกับอาการนั้นๆอย่างไร วางแผนในการรับยาที่ดีเพื่อให้ได้รับยาต่อเนื่อง ตั้งเวลา ปลุกหรือเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา เมื่อต้องออกนอกบ้าน เลือกเวลารับประทานยาที่สอดคล้อง กับตารางเวลาปกติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เช่น เวลาดื่นนอน (หากตื่นตรงเวลา) เวลา อาหารเช้า เป็นต้น (AIDS.ORG, 2004)

2.8.1 แนวการปฏิบัติและสร้างควมมีวินัยในการรับประทานยาของ (Asim A. Jani, 2004) ซึ่งได้ให้เป็นแนวทาง (Guideline) สรุปไว้ใน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ประเมินและนิยามปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อวินัยในการรับประทานยา (A thorough assessment of those factors that may influence adherence and function as potential barriers to adherence) ขั้นที่ 1 นี้เป็นการนิยามปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อวินัยการรับประทานยา ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ และควรจะมีประเมินทางคลินิก ก่อนการให้ยาต้านไวรัส สูตรยา กระบวนการตัดสินใจ ในการรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ความจำเป็นที่ต้องมีวินัยการรับประทานยา ในการรับประทานยาต้านไวรัส การประเมิน จะประเมินปัจจัยของผู้ป่วย วิถีชีวิตที่มีผลต่อวินัยการรับประทานยา เช่น สภาวะสุขภาพทั่วไป (General health status) การเจ็บป่วย ประเมินด้านโภชนาการ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส พฤติกรรมเสี่ยง สภาพจิตใจและอารมณ์ และแนวทางการแก้ไขด้านอารมณ์ เป้าหมายชีวิต (Life goals) เพื่อให้เข้าใจในส่วนลึกของผู้ป่วยในการคาดหวังต่อชีวิต บริบทของความเจ็บป่วย และการรักษา การนิยามคุณภาพชีวิต ทักษะคิด และการแรงสนับสนุนในตัวเอง รวมทั้งการรับรู้ของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา การรักษาที่มีอยู่ ผลข้างเคียงในการรักษาและยา

สถานะทางสังคม ประเมินด้านการเงิน ฐานะทางบ้าน เศรษฐกิจ การทำงาน เข้าใจความเชื่อทางด้านสุขภาพ และวัฒนธรรม (Health believe and cultural background) ภาษา การรับรู้ความเจ็บป่วย ความเข้าใจในการรักษา และการรับประทานยา ความเชื่อทางศาสนา ซึ่งจะโยงถึงเป้าหมายของชีวิต รวมถึง สุขภาพของเขา ครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม การศึกษา ระดับการศึกษาและความรู้ในเรื่องโรค ปัจจัยด้านพฤติกรรม พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยง การฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ เป็นต้น

2) พัฒนาระบบการรักษาเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Efforts to develop and maintain a therapeutic alliance with the patient should be made) ขั้นที่ 2 นี้เน้นการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ในการร่วมมือกันรักษา (Create and maintain a therapeutic alliance between the patient and provider) ขั้นนี้จะเพิ่มความเข้าใจ ในปัจจัยที่มีผลต่อวินัยการรับประทานยา และนำมาพัฒนาระบบบริการการรักษา ซึ่งวิธีการที่ต้องสร้างความเชื่อมั่น ไว้ใจกัน ละครัน นำมาซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดี และส่งผลต่อการวางแผนการรักษาที่ดีและเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

การพัฒนาสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย-แพทย์ (ผู้ให้บริการ) ไม่ใช่แค่ดีแต่ในเรื่องการรักษาที่ดีเท่านั้น แต่จะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการบรรลุเป้าหมายสุขภาพของเขา ด้วย หลักการในขั้นตอนนี้คือ

การสื่อสารและการขออนุญาต ในการขอข้อมูลต่างๆ (รวมถึงการรักษา ความลับด้วย) จำเป็นต้องมีการอบรมพิเศษเฉพาะให้เจ้าหน้าที่ เพื่อพัฒนาความชำนาญ ในการ สนทนา การใช้ภาษา การเข้าใจภาษาและวัฒนธรรมผู้ป่วย

การจดบันทึกข้อมูลรายบุคคล ในปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งจะมีผล ต่อวินัยการรับประทานยา ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ฟังที่ดีและมีการบันทึกที่ดี

นิยามอุปสรรคในการที่เข้าถึงเป้าหมายสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยน่าจะ เป็นผู้ที่ทำให้นิยามอุปสรรคในการรักษา รวมทั้งการรับประทานยาได้ด้วยตนเอง และควรจะมีมองเห็น ถึงสนับสนุนหรือจุดแข็ง ของผู้ป่วยเองได้ในการรักษาและการรับประทานยา

ประเมินความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วย อ่านจากพฤติกรรมผู้ป่วยที่ เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้ง การรับประทานยา วินัยการรับประทานยา มีการพัฒนาและเคร่งครัดดี เพียงใด ขั้นนี้ จะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถนำมาปรับปรุงในการเสริมสร้างแรงกระตุ้น และพัฒนา ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยได้ จนผู้ป่วยมีแรงกระตุ้นจิตใจที่ดีในตัวเองในการรักษา

3) หาแนวทางที่เหมาะสมเป็นไปได้ ร่วมมือ ในการวัดวินัยการรับประทาน ยาในหลายๆ ด้าน รวมทั้งระบบการให้บริการกับผู้ป่วย (Utilization of preferably multiple measures of adherence to be incorporated in the care plan) ขั้นตอนที่ 3 นี้ผู้ให้บริการ ระบบบริการ ต้องพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการตนเองได้ อาจจะต้องมีการอบรม self-management training สำหรับผู้ป่วย ขั้นที่ 3 การเฝ้าติดตามระดับวินัยการรับประทานยาของผู้ป่วย หากมีการ ตรวจวัดระดับปริมาณไวรัสในเลือด เพื่อประเมินวินัยการรับประทานยาแล้ว หากผล ปริมาณไวรัส ในเลือดให้ผลที่แย่ง จะ เป็นข้อบ่งชี้ของการรักษาและวินัยการรับประทานยาที่ล้มเหลว ต้องมีการ พิจารณาการป้องกันการติดเชื้อในอนาคต และการรักษาระดับสุขภาพที่ดีไว้ ดังที่กล่าวแล้วว่า ระดับ วินัยการรับประทานยาที่ต้องการและให้ผลการรักษาที่ดี ต้องเป็นร้อยละ 90-95 การเพิ่มการรับรู้ การร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยเอชไอวี จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้การ รักษาประสบความสำเร็จ (Shifting illness perspectives model and collaborative management care model)

4) นิยามยุทธวิธีในการแก้ปัญหาให้ตรงกับสาเหตุ ที่ทำให้เกิดการล้มเหลว ของวินัยการรับประทานยา (Multiple targeted interventions focused to resolve the barriers to adherence should be implemented) ซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุว่าคืออะไร ต้องมีการประเมินสม่ำเสมอและ กระทำอย่างต่อเนื่อง ขั้นที่ 4 นี้ เป็นการกำหนดยุทธวิธีในการเสริมสร้างวินัยการรับประทาน ยา (Identify strategies to improve medication adherence) หากผู้ป่วยไม่สามารถมีวินัยการรับประทาน ยาในการรับประทานยาได้ ขั้นแรกต้องรู้ว่า เหตุของขาดวินัยการรับประทานยาของการรับประทาน

ยาคืออะไร เช่น ลืม ข้ามครั้งของการรับประทานยาไป รับประทานยาไม่ถูกขนาดยา หรือ รับประทานยาเวลาท้องว่าง สิ่งที่สำคัญคือการกำหนดว่าอุปสรรคในการรับประทานยาที่ถูกต้องตรง เวลาคืออะไร ก่อนที่เราจะไปปรับปรุงแก้ไขปัญหาดังนั้น และที่สำคัญการพัฒนาการรับรู้ การร่วมมือ มีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วย ให้มีความตระหนักรู้ในการไปให้ถึงเป้าหมายของสุขภาพ หากสามารถหาข้ออุปสรรคในการรับประทานยาได้แล้ว และแก้ปัญหาก็ตรงจุด จึงสามารถที่จะ พัฒนาวินัยการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ ทบทวนการรับรู้ของผู้ป่วยในเป้าหมายสุขภาพของ ผู้ป่วย โรคเอชไอวี/เอดส์ และจุดมุ่งหมายของยาด้านไวรัส “highly active antiretroviral therapy” (HAART) วินัยการรับประทานยา และผลของการขาดวินัยการรับประทานยา วินัยการรับประทาน ยาจะได้ผลดี เมื่อมีการปรับเวลาให้เข้ากับวิถีชีวิตของผู้ป่วย งาน อุปนิสัยการรับประทานอาหาร การ รับประทานยาเปลี่ยนวิถีชีวิตเขาเกือบทั้งหมด หรือเขาสามารถทำได้อย่างง่าย ผลข้างเคียงของยา ขนาดยา เวลา สูตรยาที่ต้องรับประทานพร้อมอาหาร ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องเป็นข้อตกลงของผู้ป่วย ทั้งหมดเสียก่อน

การจัดการกับผลข้างเคียงของยา รวมการประเมินถึงผลกระทบต่อวิถี ชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะต้องเปลี่ยนแปลงอาหาร ยา สมุนไพรบางตัว รวมทั้งต้องหยุดยาเสพติด งด สุรา บุหรี่ เหล่านี้เป็นต้น

ใช้ระบบ “ทีม” ในรายที่ขาดวินัยในการรับประทานยามากๆ จำเป็นต้องพบผู้เชี่ยวชาญและแรงสนับสนุนอื่นๆ ช่วยหลายด้าน เช่น ทีมทีม คือ แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์ เกษัชกร จิตแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ ฝ่ายสุขศึกษา ฯ ร่วมกันช่วยแก้ปัญหา

หาตัวช่วย ที่จะเตือนให้ระลึกถึงการรับประทานยาได้ เช่น เพจเจอร์ (Pagers) นาฬิกาปลุก กล้องยาพร้อมนาฬิกาปลุก ฯลฯ ผู้ป่วยควรจะพัฒนาหาตัวช่วยเพื่อสร้างวินัย ในการรับประทานยาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วยเอง

ใช้สิ่งที่ทำในชีวิตประจำวันเป็นเครื่องเตือนในการรับประทานยา เช่น เวลาอ่านหนังสือพิมพ์ (หากตรงเวลาทุกวัน) เป็นต้น หาแนวทางแก้ไขในที่ที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน ยาเป็นความลับ เช่น ที่ทำงาน ที่สาธารณะ หรือต่อหน้าผู้ที่ผู้ป่วยต้องการปิดเป็นความลับ

แรงสนับสนุนทางสังคม ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงมีกำลังใจในการช่วย ให้การรักษาที่มีกำลังใจขึ้น หรืออาจจะต้องเข้ารับการอบรม การหาคนที่ปรึกษาหารือได้ เป็นต้น

ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องอื่นๆ ได้ เช่น ด้านครอบครัว สังคม ระบบเครือข่ายช่วยเหลือ (Support system) หากยังไม่มีระบบเครือข่าย ช่วยเหลือ ควรจะเน้นในการจัดตั้งกลุ่ม แล้ว ประสานกับการหน่วยรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยในการ รับประทานยามีวินัยการรับประทานยาที่ดีได้

ยกระดับความรู้ของผู้ป่วย โดยต้องพัฒนาระบบการอบรม และ เน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเน้นการให้ผู้ป่วยสามารถจัดการช่วยเหลือตนเองได้

ประเมินและประเมินซ้ำ ในยุทธศาสตร์การรักษา ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกระบวนการเรียนการสอน และกระบวนการรักษาพยาบาล ใช้เทคนิคในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

2.9 การประเมินความร่วมมือและวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ยุทธวิธีการวัดวินัยการรับประทานยา (Adherence measurement strategies) ที่พัฒนามาจาก Holzemer, W.L., Corless I.B., Nokes, K.M. *et al.*, (1999) ได้กล่าวว่า การวัดวินัยการรับประทานยาเป็นเรื่องยากทั้งในทางปฏิบัติทางคลินิก และในการวิจัย ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับและชนิดของยาที่ต้องการความเคร่งครัด และ วินัยในการรับประทานยานั้นๆ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย อาจจะต้องเป็นทั้งการวัดโดยตรงและทางอ้อม มีทั้งใช้เทคนิคของการสื่อสารของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ คุณผลการรักษา ซึ่งจะมีปัญหาของความร่วมมือของหลายฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้จัดค่าย Flexner (1997) กล่าวว่า ไม่มีทางเลยที่จะวัด วินัยการรับประทานยา ของผู้ป่วยนอกให้มีความเที่ยงและตรง และแน่นอนได้ แต่จะอย่างไรก็ตามยุทธวิธีในการวัดจำเป็นต้องใช้หลายวิธีในทางปฏิบัติ ซึ่งแต่ละอันจะมีจุดแข็งจุดอ่อนในแต่ละวิธี

2.9.1 ผู้ป่วยรายงานเอง (Self-reports) การรายงานของผู้ป่วยเองมีได้หลายรูปแบบ คือ การสำรวจ การสัมภาษณ์ และการบันทึกรายวัน การรายงานของผู้ป่วยเองซึ่งง่ายและไม่แพง แต่ก็มีรายงานหลายฉบับได้กล่าวว่า ปัญหาคือ มีแนวโน้มการรายงานที่ไม่เป็นจริง การวิจัยหนึ่งได้ศึกษาวินัยในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันสูง พบว่ามีรายงานความมีวินัย ที่สูงกว่าที่คาดการณ์จากความเป็นจริง พบว่าร้อยละ 67 มีวินัยการรับประทานยาที่ดี เมื่อดูจากการบันทึกประจำวัน เปรียบเทียบกับแบบรายงานติดตามการรักษา จะพบความแตกต่างกันถึงร้อยละ 30

เมื่อดูวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่ได้ศึกษามา และตกลงที่จะใช้วิธีของผู้ป่วยรายงานเอง โดยถามถึงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยขาดยา หากถามในช่วงสั้นๆ 1-4 วันของการรับประทานยา ก็จะได้คำตอบที่ตรงและแน่นอนกว่าการถามย้อนไปเป็นสัปดาห์ก่อนๆ หรือกว่านั้น จะได้คำตอบที่เที่ยงตรงหรือไม่

2.9.2 การประเมินทางคลินิก (Clinician assessments) เป็นอีกวิธีที่ใช้ประเมินวินัยการรับประทานยา ความสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัส แม้มีการวิจัยที่ใช้วิธีนี้น้อย แต่ก็มีการรายงานในช่วงแรกๆ ว่า บางครั้งแพทย์เองก็ประเมินหรือคาดการณ์ที่ไม่ตรงความจริงนัก

2.9.3 การนับเม็ดยา (Pill counts) วิธีนี้น่าจะได้ผลที่ดี แต่ถ้าหากใช้วิธีนับเม็ดยา ในเวลาที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และนับเม็ดยาในคลินิก อาจจะไม่ได้ตรงความจริง เพราะผู้ป่วย อาจจะไม่เอาที่เหลือทิ้งก่อนพบแพทย์ ทางแก้คือการเยี่ยมบ้าน โดยไม่ต้องทำการนัดหมายก่อน แล้ว ขอนัดเม็ดยาที่เหลือ น่าจะให้ผลที่ดีกว่าและตรงกว่า

Rudd, *et al.*, (1989) ได้รายงานการศึกษาว่า วิธีการนับเม็ดทุกสัปดาห์ของผู้ ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในระยะยาวแล้วไม่อาจจะประเมินได้ และไม่พบประโยชน์เลยในวิธีการ นี้ถ้าผู้ป่วยต้องรับประทานยาหลายชนิด

2.9.4 การทบทวนใบสั่งยา (Prescription refills) เป็นกลไกหนึ่งของการประเมิน วินัยการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี ในทางทฤษฎีแล้วเภสัชกรจะต้องทำงานอย่างใกล้ชิดกับ แพทย์และผู้ป่วย ต้องรายงานเรื่องยาให้ทั้งสองฝ่ายทราบถึงการจ่ายยาให้ผู้ป่วยว่า ยาของผู้ป่วยหมด หรือไม่ แต่ในทางปฏิบัติวิธีนี้ ทำได้ยากเพราะความสัมพันธ์ของผู้ป่วย-แพทย์-เภสัชกรจะไม่ได้ ทำงานใกล้ชิดกันตามทฤษฎี

2.9.5 การติดตามทางห้องปฏิบัติการ (Biological Assays) เป็นการวัดทางอ้อม ดู ผลเลือด ปัสสาวะ วัดปริมาณยา ในเลือดและปัสสาวะ ซึ่งวิธีนี้เป็นไปได้และน่าจะให้ผลดีด้วย แต่ก็ เป็นที่ถกเถียงกันในทางปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่คิดว่าเป็นไปไม่ได้เพราะไม่คุ้มค่า ในการลงทุนติดตามผลการรับประทานยาเช่นนั้น

2.9.6 ระบบเฝ้าติดตามทางการแพทย์ (Medication event monitoring system: MEMS) โดยใช้ฝาขวดยาพิเศษที่มี Devices และ Microchip ติดไว้ที่ฝาขวด และใช้ Battery ชนิดที่มี อายุนานในการใช้งาน และไม่สามารถถอดออกได้ ระบบจะสามารถบันทึกเวลาเปิด-ปิดขวดยาและ สามารถ Download ข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ตรวจสอบข้อมูล-เวลาที่ผู้ป่วยรับประทานยาได้

Cramer, *et al.* (1988) ได้ทดลองใช้ MEMS เปรียบเทียบกับวิธีการนับเม็ด การ ตรวจระดับยาในเลือด พบว่าการนับเม็ดกับการตรวจวัดระดับยาในเลือด ทั้งสองวิธีไม่สามารถ ที่จะรายงานความถี่การขาดยา เวลาขาดยาได้เลย ในผู้ป่วยใหม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แต่ MEMS สามารถรายงานผลได้ แต่ MEMS คงจะใช้ไม่ได้ผล เมื่อจำนวนเม็ดยาที่รับประทานมากไป และ สูตริยาที่อยู่ยาก Lee *et al.* (1996) ทดลองใช้วิธีนับเม็ด กับ MEMS พบว่าในแต่ละวิธีก็ได้แค่รายงาน ผู้ป่วยแต่ละรายที่ขาดยาเท่านั้น แต่ University of California at San Francisco กล่าวว่า MEMS ก็ สามารถบันทึกได้แค่เวลาเปิด-ปิดขวดยา หากผู้ป่วยเปิดขวดตอนเช้า แล้วออกไปทำงานนำเม็ดยา ไป แทนการนำขวดยาไปก็ไม่สามารถติดตามผลได้

Geletko, Segarra, Ravin, and Babich (1996) ได้ทดลองกับยา Zidovudine กับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ พบว่า MEMS ให้ข้อมูล วินัยการรับประทานยาร้อยละ 9-100 วิธีนับ

เม็ดยา อยู่ในช่วงร้อยละ 50-100 ผู้ป่วยรายงานเอง อยู่ในช่วง ร้อยละ 80-100 และจากการประเมินทางคลินิกของแพทย์ อยู่ในช่วง ร้อยละ 30-100 ผู้วิจัยจึงสรุปว่าการวัดวินัยการรับประทานยาของยาต้านไวรัส จึงต้องใช้วิธีผสมผสานกัน และต้องระบุนการขาดยานั้นเป็นอย่างไร

2.9.7 การสังเกตการรักษาโดยตรง (Directly observed therapy: DOT) วิธีนี้ได้ทดสอบกับผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยทางจิตเวช การสังเกตโดยตรง โดยการที่มีใครคนหนึ่งที่ย่อยเฝ้าติดตามดูวิธีการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยตรง สำหรับผู้ป่วยเอชไอวี การรับประทานยาจำเป็นต้องมีการวางแผนการรับประทานยา ชนิดของยาขนาดยาที่ต้องรับประทาน จำนวนครั้งต่อวัน วิธีนี้อาจจะเป็นวิธีหนึ่งที่เป็นประโยชน์ แต่อย่างไรก็ตาม วิธียังอยู่ในขั้นการศึกษาเพื่อปรับปรุง DOT มานำใช้กับผู้ป่วยเอดส์ ใน AIDS Clinical Trial Group Protocols (ACTG) ซึ่งยังคงต้องศึกษากันต่อไปถึงวิธีที่ดีในการนำไปปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การประเมินความร่วมมือและวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส ของขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, (2547) (อ้างในทินมณี ทิพย์ปัญญา, 2547) มีรูปแบบการประเมินดังนี้

- 1) สอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง (Self-report) เกี่ยวกับจำนวนครั้งที่ขาดยา และสาเหตุของการขาดยา
- 2) การนับเม็ดยา (Pill counts) นับจำนวนเม็ดยาที่เหลือในวันนัดยาตรวจเปรียบเทียบกับจำนวนเม็ดยาที่ควรจะมีเหลือจริง
- 3) การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic devices) เนื่องจากเงื่อนไขราคาแพงจึงไม่นิยมใช้ในประเทศไทย
- 4) ข้อบ่งชี้ทางชีววิทยา (Biological marker) ประเมินจากผลการตรวจจำนวนไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) และค่าซีดี4
- 5) การตรวจวัดระดับยาในกระแสเลือด (Therapeutic drug monitoring) ไม่นิยมใช้ ราคาแพง และความยุ่งยากในการตรวจ

การประเมินความร่วมมือ และ วินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส (Drug adherence) ในประเทศไทย ได้ใช้วิธีผสมผสานกันหลายวิธี ซึ่งก็ยังไม่สามารถบอกวินัยการรับประทานยาของการรับประทานยาต้านไวรัสได้ที่ตรงและแน่นอน ในการทำงานของกลุ่มศูนย์บริการสุขภาพองค์กรร่วม ใช้วิธีของการรายงานของผู้ป่วยเอง (Self-report) มากกว่า โดยยึดหลักความซื่อสัตย์ของผู้รับประทานยา และสมมุติบันทึกที่ทางกลุ่มร่วมทำขึ้นกับองค์กรพัฒนาเอกชน (ร่วมใจ) ให้ผู้ป่วยบันทึกเองเช่นกัน และวิธีนับเม็ดยาในเวลาเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการประเมินทางสุขภาพโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ ทางห้องปฏิบัติการคือ ค่าซีดี 4 ประกอบกัน (เอกสารจากข่ายเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคเหนือ, 2548)

3. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบทบาทของกลุ่ม ในการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน

3.1 เครือข่ายทางสังคม แนวคิดและความหมาย เครือข่าย (Network) : หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงเป็นข่าย ซึ่งมีความหมายในหลายมิติ เช่น อาจหมายถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ หรือโครงข่ายของระบบสาธารณสุขโลก สาธารณูปการ เช่น ระบบประปา ไฟฟ้า โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต โดยเป็นทั้งโครงข่ายที่มีการกำหนดแบบแผน และมีได้กำหนดแบบแผนแห่งความสัมพันธ์เอาไว้

เครือข่ายทางสังคม (Social network): ความสัมพันธ์ในสังคม ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ปัจเจกบุคคลกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม และกลุ่มกับเครือข่าย โดยการอธิบายถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ เช่น กิจกรรม การสื่อสาร ความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯลฯ เป็นความสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่หลากหลาย โดยเครือข่ายทางสังคมของมนุษย์นั้น มีการกระจายตัวไปตามหน่วยย่อย หรือปัจเจกบุคคลในสังคม มีการเกิดขึ้น ตั้งอยู่และแปรเปลี่ยนไป เช่นกับสรรพสิ่ง ในความหมายของ เครือข่ายในสังคม มีความหมายและนิยามหลากหลาย พระมหาสุทิตย์ อากาศโร ได้สรุปไว้ว่า

3.1.1 เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นในฐานะความสัมพันธ์ที่โยงใย นับตั้งแต่ปัจเจกบุคคลไปจนถึงความสัมพันธ์อันสลับซับซ้อนในพหุสังคม

3.1.2 เป็นคำที่นำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคม และยุทธศาสตร์การพัฒนา

3.1.3 เป็นคำที่อธิบายถึงแบบแผนพฤติกรรมทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคล และสังคม ในการที่จะดำเนินกิจกรรมความสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯลฯ กับฝ่ายต่างๆ เพื่อเกิดกระบวนการตามเหตุ และปัจจัยนั้นๆ (สุทิตย์ อากาศโร, 2547 หน้า5-7)

3.2 การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคเหนือ

การรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จนเป็นเครือข่ายโยงใยกันทั่วประเทศ ถือเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งเครือข่ายหนึ่งทั้งในระดับประเทศ และ ต่างประเทศ เป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ดังที่กล่าวมาข้างต้น การเริ่มต้นรวมกลุ่มในครั้งแรกเพื่อ ช่วยเหลือกันและกัน เป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self- help groups) ที่เกิดจากบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน มารวมกันด้วยความสมัครใจ เพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการตอบสนองต่อความต้องการ หรือแก้ปัญหาชีวิตที่มีร่วมกัน ดังเช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มรักเพศเดียวกัน หรือกลุ่มเกษตรกรชาวนา เป็นต้น โดยสมาชิกจะใช้ประสบการณ์แต่ละคนที่เคยได้รับมาร่วมกันแบ่งปันประสบการณ์ เพื่อหา

แนวทางหรือเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง การทำงานกลุ่มเกิดจากปฏิสัมพันธ์และความไว้วางใจ ความรู้สึกร่วมในฐานะลงเรือลำเดียวกันของสมาชิกในกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม (Group process) เป็นขั้นตอนการดำเนินการของกลุ่ม ซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติภายในกลุ่ม มีแรงผลักดันหรือมีผลบังคับจากภายนอกหรือภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (สันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2546)

แนวคิดและการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี “การมีส่วนร่วม” เป็นการที่ประชาชน พัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของโครงการ ตั้งแต่การวางแผน กำหนดนโยบาย ดำเนินงาน วิเคราะห์ ประเมินผลงาน

ธีรพงษ์ แก้วหาญ (2543) (อ้างในเอกสารคู่มือ กระบวนการฝึกภาคสนามทางสาธารณสุข, 2548) ได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานและเป็นสิทธิมนุษยชน ดังนั้น การดำเนินการใดๆ ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

อุทัย ดุลยเกษม, (2528) (อ้างในเอกสารคู่มือ กระบวนการฝึกภาคสนามทางสาธารณสุข, 2548) การมีส่วนร่วมของประชาชน จะช่วยให้ประชาชนมีพลังในการต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์อื่นๆในสังคม การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการต่างๆจะทำให้ประชาชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่ และช่วยให้ได้หนทางแก้ปัญหาเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของกลุ่มและชุมชนได้มากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหา

Fagence (1977) (อ้างในเอกสารคู่มือ กระบวนการฝึกภาคสนามทางสาธารณสุข, 2548) ได้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ยิ่งฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนยิ่งกว้างขวางมากเท่าใด ก็จะทำให้อิทธิพลของประชาชนต่อการกำหนดนโยบายและวางแผนมีมากขึ้นเพียงนั้น นอกจากนี้ ยิ่งฐานการมีส่วนร่วมมากขึ้นเท่าใด ผู้วางแผนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็จะสามารถนำเสนอทางเลือกของสังคมมากขึ้นเท่านั้น และทางเลือกดังกล่าว สอดคล้องกับความปรารถนาของสังคมและชุมชน และแผนดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนจากมหาชน

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

- (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
- (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

การมีส่วนร่วมในภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพของตนและชุมชนในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้ระบุไว้ชัดเจนถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพของตนเองและสังคม ชุมชน ดังได้กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ ที่ 4 ว่า “การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ” มีความว่า เสริมบทบาทและสร้างความเข้มแข็ง ของภาคประชาสังคมทุกระดับ ให้เป็นรากฐานของการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนและท้องถิ่น โดยสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีศักยภาพ และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดสรรและการบริหารทรัพยากร และการเคลื่อนไหวทางสังคม เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่น รวมทั้งการติดตามตรวจสอบการทำงานของภาครัฐ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544)

3.2.1 ความเป็นมาของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคเหนือและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายประเด็น ทั้งด้านการเข้าถึงการรักษา การถูกเลือกปฏิบัติในสังคม การถูกรังเกียจในสังคม ความไม่เป็นธรรมในการรักษาพยาบาลและการเลือกปฏิบัติ การขาดความรู้ในการรักษาและการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วงแรกของการเกิดการระบาดของโรคเอชไอวี/เอดส์ ฯ เหล่านี้ เป็นเหตุ เป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการรวมตัวกัน เริ่มจากระดับปัจเจก เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และขยายออก เป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี แห่งประเทศไทย เริ่มก่อตั้งมาตั้งแต่ปี 2534 ในปัจจุบัน มี 707 กลุ่มทั่วประเทศ และสามารถแบ่งเป็นยุคออกเป็น 4 ยุค 4 สมัยได้ ดังนี้

ยุคกอดัน (พ.ศ. 2534-2536) เป็นช่วงแรกของการรวมกลุ่ม ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในภาวะกอดันจากความรังเกียจอย่างรุนแรงของสังคม ต้องอยู่อย่างหลบซ่อน ไม่เปิดเผยตัว เมื่อมีองค์กรบางองค์กรยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกิดแรงสนับสนุนและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคมขึ้นบ้าง เริ่มมีการรวมกลุ่มกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ยุคนี้เป็นยุคแห่งความหวาดกลัว เมื่อเป็นเอดส์ต้องตายอย่างเดียวไม่มีทางรักษา

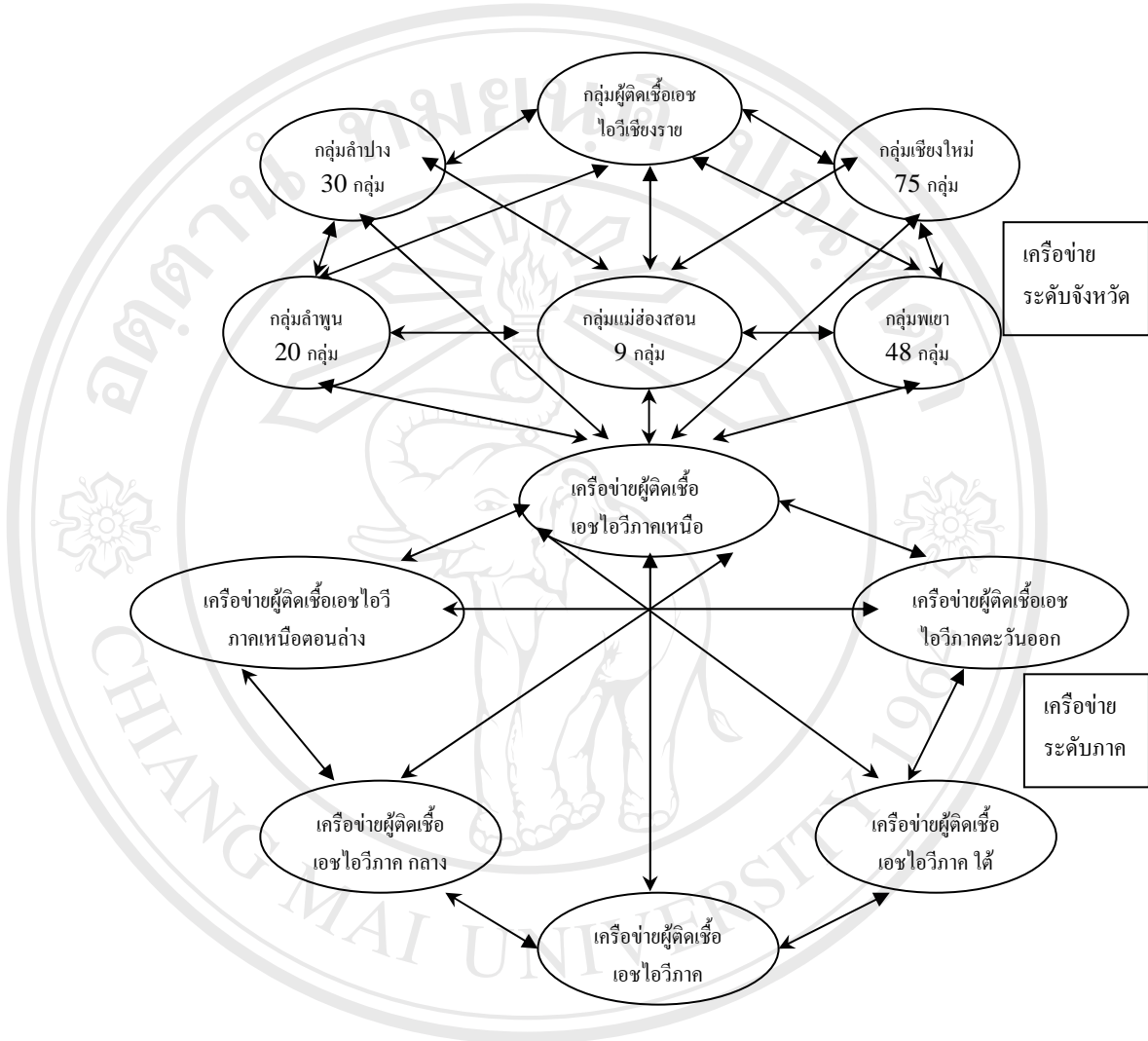
ยุคที่2 เป็นยุครวมตัว (พ.ศ. 2537-2538) เป็นยุคที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี กล้าที่จะเปิดเผยตัว ก้าวออกจากชุมชน มารวมตัวกัน เป็นกลุ่มเคลื่อนไหวต่อสู้ โดยเริ่มจากการแสวงหาทางเลือกในการรักษาตนเอง แล้วเข้าสู่การต่อสู้เชิงนโยบาย เพื่อสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สิทธิผู้ป่วยในการรับการรักษาพยาบาล ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังไม่มีคามหวังในการรักษามากนัก ยังคงพึ่งยาสมุนไพรส่วนใหญ่

ยุคที่3 ยุคแตกตัว (พ.ศ. 2539-2541) เป็นยุคที่มีการก่อตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาคเหนือตอนบนขึ้นอย่างเป็นทางการ และขบวนการผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มปรับเปลี่ยนแนวคิด และแนวทางดำเนินงานผลักดันให้เกิดการแตกกระจายกลุ่มกลับคืนสู่ชุมชน หรือกลับเข้าไปรวมตัวกับชุมชนอีกครั้ง โดยไม่ต้องหลบซ่อนอีกต่อไป และสามารถทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนเพื่อแก้ปัญหาเอดส์และปัญหาอื่นๆ ในชุมชนด้วยกัน

ยุคที่4 ยุคคืนดี (พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา) เป็นยุคที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ต้องการกลับไปมีชีวิตร่วมกับสังคม ชุมชนเดิม ดังที่เคยเป็นมาก่อนการติดเชื้อ โดยไม่มีการรังเกียจกีดกันแบ่งแยกอีกต่อไป (อุษา ดวงสา และคณะ, 2544)

ในภาคเหนือตอนบนได้ก่อตั้งขึ้นมาตั้งแต่ปี 2539 ปัจจุบันมีสมาชิกรวมทั้งสิ้น 305 กลุ่ม และสมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี ราว 12,000 คน ในช่วงเวลา 10 ปี หลังการก่อตั้งกลุ่มและเครือข่ายขึ้น กลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ผ่านประสบการณ์การต่อสู้กับปัญหาหลายๆ ด้านร่วมกันกับเครือข่ายภาคอื่นๆ ทั่วประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการต่อสู้เพื่อสิทธิผู้ป่วย สิทธิบัตรยา และพัฒนาตนเองในด้านความรู้ความเข้าใจในการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองและสมาชิกกลุ่มๆ ที่ผ่านมากลุ่มๆ ได้พิสูจน์ให้สังคมเห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็เป็นบุคคลบุคคลหนึ่งที่สามารถอยู่ร่วมกันได้ปกติกับบุคคลอื่นๆ ได้ในสังคม เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป และไม่ได้เป็นภาระของสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ใช่บุคคลที่ไม่ดีที่สังคมต้องรังเกียจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถสร้างประโยชน์ให้สังคมได้ และสามารถร่วมแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ของประเทศ ร่วมกับภาครัฐและองค์กรเอกชนต่างๆ ได้ และจากหลายๆ โครงการได้พิสูจน์ให้เห็นว่า กลุ่มมีศักยภาพในการดูแลตนเองและสมาชิกในกลุ่มในเรื่องการรักษาที่ต่อเนื่อง การดูแลตนเองในเรื่องโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นต้น (เอกสารเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคเหนือตอนบน, 2548)

แผนภูมิ 2 แสดงการโยกโยนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และข่ายเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาคเหนือตอนบน กับภูมิภาคอื่น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดร.อุษา ดวงสา ได้
 การศึกษาประวัติและพัฒนาการของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน นับแต่การ
 ต่อตั้งกลุ่มเป็นต้นมา สามารถจำแนกลักษณะและรูปแบบของการก่อเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วน
 ใหญ่ได้ดังนี้

- 1) กลุ่มที่เกิดขึ้นโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง ซึ่งแยกออกเป็นสองลักษณะ
 กลุ่มที่รวมกันเองตั้งแต่เริ่มก่อตั้งกลุ่ม
 กลุ่มที่เกิดจากการแยกตัวออกมาจากกลุ่มเดิม

2) กลุ่มที่เกิดขึ้น โดยที่เลี้ยงซึ่งเป็นบุคคลภายนอกกลุ่ม ให้คำแนะนำ/ช่วยเหลือ/สนับสนุน ซึ่งแยกออกเป็นสามประเภท

กลุ่มที่เกิดขึ้นโดยบุคคล/หน่วยงานภาครัฐ

กลุ่มที่เกิดขึ้นโดยบุคคล/องค์กรพัฒนาเอกชน

กลุ่มที่เกิดขึ้นโดยบุคคล/องค์กรชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ไม่ว่าจะกลุ่มจะเกิดขึ้นโดยลักษณะหรือรูปแบบใดก็ตาม ภายหลังจากตั้งกลุ่ม ทุกกลุ่มจะมีที่เลี้ยงหลัก มีศักยภาพในการอำนวยความสะดวก การประสานงาน การให้สถานที่ ในการรวมกลุ่ม ประชุม หรือเป็นที่ทำการ รวมทั้งมีบทบาทในการเสริมแนวคิด ทิศทางและแนวทางในการดำเนินงานของกลุ่มด้วยไม่มากนักน้อย และผู้คิดเชื้อเอชไอวี บางคนอาจจะ เป็นสมาชิกของหลายกลุ่ม ทำให้มีวิถีคิดและทางเลือกในการจัดการมากขึ้น (อุษา ดวงสา, 2544)

กิจกรรมและการปรับตัว ในช่วงแรกของการรวมกลุ่ม ได้แก่ การพบกลุ่ม เดือนละ 1-2 ครั้ง เป็นการพูดคุย แลกเปลี่ยน ความรู้และวิธีการในการดูแลรักษา การอยู่กิน การใช้จ่าย เพื่อบำบัดอาการเจ็บป่วยทั้งหลาย นอกจากนี้ มีการเยี่ยมสมาชิกที่เจ็บป่วย การช่วยเหลือออกเงินเพื่อซื้อของเยี่ยมฝากกัน

ช่วงต่อมา กลุ่มได้ประสานและได้รับความช่วยเหลือจากองค์กร หน่วยงาน ต่างๆ ทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน ทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน จึงเกิดการ จัดระบบ โครงสร้างการบริหารของกลุ่มขึ้น มีแนวทางในการหาแหล่งเงินทุนสนับสนุนกลุ่มมากขึ้น ซึ่งบางครั้งกลุ่มจำเป็นต้องเขียน โครงการของขบประมาณตามระเบียบแบบแผนของแหล่งเงินทุน นั้นๆ ศักยภาพ ความสามารถของกลุ่มผู้คิดเชื้อเอชไอวี ได้พัฒนามากขึ้น และแสดงให้เห็นว่า กลุ่ม สามารถดูแลตนเองและสมาชิก และร่วมทำกิจกรรมเพื่อสังคมได้ประสบความสำเร็จ ปรากฏให้เห็นเด่นชัดขึ้น กิจกรรมช่วงหลังกลุ่มจึงมีการพัฒนาการทำงาน ร่วมดูแลรักษาตนเองและสมาชิกมากขึ้น ไม่ได้ปล่อยให้เป็นภาวะของแพทย์พยาบาล ในการดูแลรักษาแต่อย่างเดียว การมีส่วนร่วมใน รักษาพยาบาลจึงมีบทบาทมากขึ้นในกลุ่มผู้คิดเชื้อเอชไอวี กิจกรรม การเยี่ยมบ้าน และ กิจกรรม การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิก เช่น มีการอบรม ด้านสมุนไพร การดูแลสุขภาพ การฝึกสมาธิ ฯลฯ การส่งเสริมอาชีพรายบุคคล เช่น การทำเกษตรต่างๆ การช่วยเหลือสงเคราะห์ ผู้ ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ได้แก่ เด็กกำพร้าและคนชรา ทุนการศึกษา การสงเคราะห์เลี้ยงดู การส่ง ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น (อุษา ดวงสา, 2544)

3.2.2 บทบาทและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอชไอวี

ปัจจุบันการเคลื่อนไหวและการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมียุทธศาสตร์พัฒนาเอกชนให้การช่วยเหลือและสนับสนุน ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ การดูแลรักษาตนเอง รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยกันอย่างกว้างขวาง ตัวแทนกลุ่มและเครือข่าย ซึ่งถือว่าเป็นศักยภาพตนเองและความคิด มีบทบาทที่สำคัญมากขึ้นในสังคม การเปลี่ยนบทบาทตนเองจากผู้รับบริการมาเป็น ผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนและผลักดัน ทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติ คณะกรรมการการแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติ ได้มีตัวแทนของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และภาคส่วนที่เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ เข้ามาเป็นกรรมการร่วมกับภาครัฐ และมีบทบาทสำคัญ ส่งผลต่อการกำหนดทิศทางนโยบายระดับชาติ

การมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล ในการพัฒนาเครื่องมือ และกระบวนการในการให้บริการด้านต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลผู้ป่วย การติดตามการรักษา การส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัส และการให้บริการคำปรึกษา เป็นต้น บทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังกล่าว มีความสำคัญยิ่งในการทำให้เกิดความเข้มแข็งของระบบติดตามผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง และพัฒนาศักยภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมาก ในการที่จะพึ่งตนเองและสามารถดูแลรักษาตนเองได้

การดำรงอยู่ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังขึ้นอยู่กับ การยอมรับของชุมชนนั้นๆ องค์กรภาคเอกชนต่างๆ นับว่ามีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนการก่อตั้งกลุ่ม พร้อมทั้งมีส่วนช่วยให้ชุมชนเกิดความเข้าใจ เกิดการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวได้มากขึ้น ทั้งช่วยพัฒนาจิตใจด้านชุมชนที่จะก่อให้เกิดการสนับสนุนบทบาทผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว เป็นการส่งเสริมเต็มส่วนขาดของระบบการให้บริการการรักษาภาครัฐ ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (รัตนา พันธุ์พานิช และคณะ, 2547)

3.2.3 เป้าหมายของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลรักษาอย่างรอบด้าน มีมาตรฐานและทั่วถึงเท่าเทียม โดยคำนึงถึงการส่งเสริมโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าถึงยาก เช่น คนรักเพศเดียวกัน ผู้ใช้ยาเสพติด แรงงานพลัดถิ่น
- 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ที่ได้รับผลกระทบ อยู่ร่วมกับชุมชนได้ ชุมชนเข้าใจยอมรับ และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์

3) สมาชิกกลุ่มผู้คิดเชื่อเอชไอวีและเครือข่ายมีศักยภาพ ในการทำงาน โดยมี ทิศทาง กลไกการประสานงาน และความโปร่งใสตรวจสอบได้

4) สมาชิกกลุ่มผู้คิดเชื่อเอชไอวีและเครือข่าย มีความเข้าใจเรื่องสิทธิ และมี กลไกในการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

3.3. แนวคิดและความเป็นมาของศูนย์บริการสุขภาพแบบองค์รวม

สุขภาพองค์รวม ความหมาย องค์การหลายๆ องค์การที่ดำเนินงานด้านสุขภาพองค์รวมใน ภูมิภาคทั่วโลกได้ให้ความหมายแนวคิด ที่เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมไว้ใกล้เคียงกัน ดังนี้: เป็น เรื่องที่เกี่ยวข้องกับทั้งชีวิต มากกว่าการเน้นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของ ร่างกาย โดยจะพิจารณาที่ “ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ รวมทั้ง ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนคนนั้น

กล่าวโดยสรุป สุขภาพแบบองค์รวมพิจารณาเรื่องสุขภาพ โดยเน้นความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของระบบสุขภาพ ที่ไม่มีการแยกขาดระหว่าง กาย จิต สังคม และนิเวศน์ วิทยา กระบวนการทางสุขภาพ จึงไม่แยกขาดตัดตอนออกจากกระบวนการทางสังคม วัฒนธรรม และ สิ่งแวดล้อม สุขภาพองค์รวมจึงไม่ได้หมายถึงเฉพาะ เทคนิคการดูแลสุขภาพ แต่รวมถึงการปรับวิถี ชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การกินอาหาร ตลอดจนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสังคมของบุคคลด้วย (โก มาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545)

ในแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 ได้ยึดแนวคิด ถือว่า สุขภาพคือสุขภาวะ คือ สุข ภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยก ไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องโดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม (คณะกรรมการ อำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544)

แนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพจึงต้องเป็นแนวคิดที่เป็นทั้งระบบ แบบบูรณาการ และเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ทุกชั้นตอน และทุกระดับ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับ หลักการของคำว่า สุขภาวะ ที่แท้จริง ที่ต้องดูแลรักษาแบบรอบด้านทั้ง กาย ใจ และสังคม จากการ ดำเนินการของกลุ่มผู้คิดเชื่อเอชไอวี และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ได้เคลื่อนไหว ให้รัฐบาลโดย กระทรวงสาธารณสุขให้มีแนวทางในการดูแลรักษาผู้คิดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส เอชไอวีในประเทศไทย โดยให้กลุ่มผู้คิดเชื่อเอชไอวีได้มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของ ตนและสมาชิกอย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนด นโยบายการดูแลรักษาผู้คิดเชื่อเอชไอ

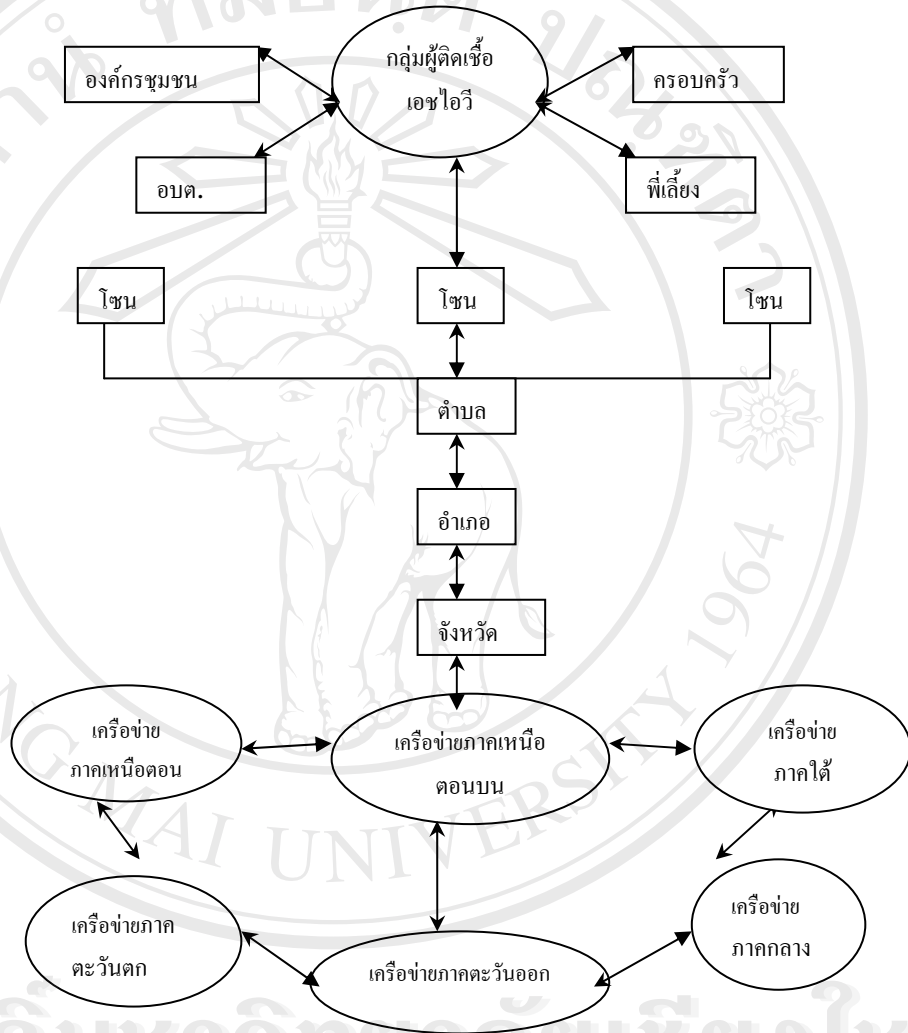
วี/ผู้ป่วยเอดส์ และเป็นรูปแบบศูนย์บริการสุขภาพองค์รวม ที่ร่วมกันดูแลสุขภาพ ทั้งด้าน กาย ใจ และสังคม เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมดังกล่าว

การต่อสู้เคลื่อนไหวกของกลุ่ม/และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเริ่มตั้งแต่การเคลื่อนไหวในเรื่อง การยกเลิกสิทธิบัตรยา เช่น กรณียา คีดีไอ การเรียกร้องให้มีการผลิตยาในประเทศ การรณรงค์ให้ราคาถูกลงเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้เข้าถึงยามากขึ้น ต่อมาในปี 2543 รัฐบาลมีโครงการที่จะให้ยาด้านไวรัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาด้านไวรัสในประเทศไทย ด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวี 8 สูตร มีผู้ร่วมเข้าโครงการทั่วประเทศ 3000 คน และในปี 2544 องค์การเภสัชกรรมแห่งประเทศไทยสามารถผลิตยาด้านไวรัสเอชไอวีได้ สูตร D4T, 3TC, NVP และต่อมาสามารถนำยาทั้ง 3 ชนิด มารวมอยู่ในเม็ดเดียวได้ คือ GPO-VIR และทำให้ราคาถูกลงเป็น 1200 บาท/เดือน ทำให้รัฐบาลสามารถขยายการให้บริการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวีได้มากขึ้น และได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่มีตัวแทนทั้งภาครัฐ นักวิชาการ 10 ท่าน ตัวแทนภาคเอกชน และตัวแทนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 10 ท่าน เพื่อพิจารณาแนวทางการนำยาด้านไวรัสเอชไอวีเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทต่อไป จนในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านจากโครงการประมาณ 25,000 รายและมีเป้าหมายในปี 2547 ต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงยาด้านไวรัสเอชไอวี ได้ถึง 50,000 ราย (เอกสารจากข่ายเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคเหนือ, 2548)

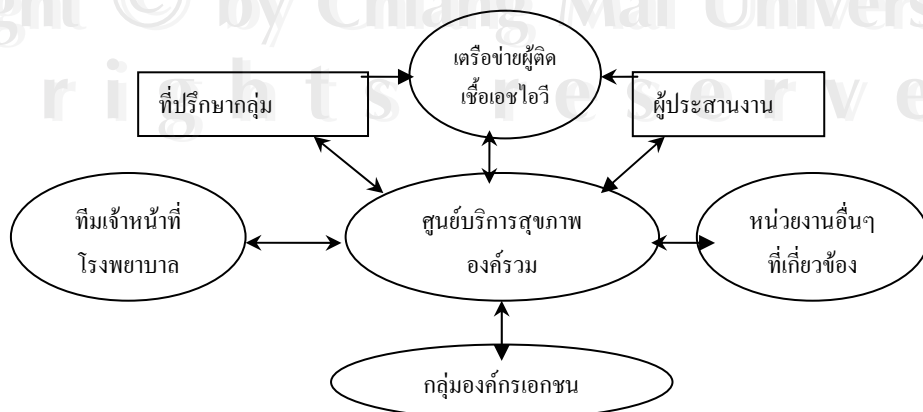
ในปัจจุบัน โครงการ “การเข้าถึงการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” ทั้งของ สหประชาชาติและโครงการ NAPHA ของกระทรวงสาธารณสุข ทางกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับงบประมาณจากกองทุนโลก ได้มีโครงการจัดตั้ง “ศูนย์บริการสุขภาพแบบองค์รวม” เป็นโครงการนำร่อง เพื่อสนองต่อนโยบายของสหประชาชาติและของชาติข้างต้นให้ประสบผลสำเร็จในการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวี ศูนย์บริการสุขภาพองค์รวม จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่จะมีส่วนร่วมในการให้บริการการรักษาอย่างเต็มรูปแบบตามหลักการของสุขภาพองค์รวม โดยหลักการที่เน้น ให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการดูแลรักษาสุขภาพไม่ใช่น้ำหนักของแพทย์หรือทีมสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียว ได้เปลี่ยนบทบาทผู้ติดเชื้อเอชไอวีจาก “ผู้รับบริการ” มาเป็น “ผู้ร่วมให้บริการ” โดยมีบทบาทร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ช่วยพัฒนาระบบสุขภาพในทุกระดับ และทุกมิติ ในเรื่องของการรักษาพยาบาลด้วยยาด้านไวรัสกลุ่มได้มีส่วนร่วม ดังนี้ 1). ให้ข้อมูลและบริการให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล 2). ร่วมประเมินภาวะสุขภาพผู้ที่มารับบริการเพื่อส่งต่อการรักษา 3). ติดตามดูแลสมาชิกรายบุคคลด้านสุขภาพ เช่น โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี และทางสังคมอื่นๆ ผ่านกิจกรรมการ

เยี่ยมบ้าน และโครงการได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปลายปี 2545 ศูนย์บริการสุขภาพองค์กรร่วมระดับอำเภอในเชียงใหม่มี 10 ศูนย์ ระดับตำบล 5 ศูนย์ (เอกสารจากข่ายเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคเหนือ, 2548)

แผนภูมิ 3 แสดงโครงสร้างของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เครือข่ายของกลุ่ม



แผนภูมิ 4 แสดงการโยงใยประสานงานของกลุ่มศูนย์บริการสุขภาพกับหน่วยงานต่างๆ



3.3.1 เป้าหมายการทำงานของศูนย์องค์รวม:

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบได้รับการดูแลรักษา ทั้งกาย ใจ และสังคม อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม โดยเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมหลายฝ่ายทั้งภาครัฐ/เอกชน/โรงพยาบาล/องค์กรชุมชน/กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถดูแลตนเองได้ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา

3.3.2 ตัวชี้วัดศูนย์บริการสุขภาพองค์รวม:

- 1) องค์กรชุมชนมีความเข้าใจ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการและร่วมประชุมเพื่อวางแผนการทำงานร่วมกันอย่างน้อยร้อยละ 50
- 2) แกนนำ (อาสาสมัครที่ทำงาน) สามารถให้ข้อมูลเรื่อง โรคติดเชื้อฉวยโอกาสทางด้านไวรัสเอชไอวี และสุขภาพทางเลือกอื่นๆ ได้อย่างถูกต้อง สามารถคัดกรองเพื่อนได้ และสามารถให้คำปรึกษาเพื่อนได้ ทั้งเรื่อง กาย (การเจ็บป่วย) ใจ และปัญหาทางสังคม
- 3) มีทีมงานทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรงพยาบาล
- 4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มารับบริการ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส OI (Opportunisties Infection) อย่างต่อเนื่อง ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องได้รับการป้องกัน Pneumocystis carinii (PCP) ต้องได้รับยาร้อยละ 100 ผู้ที่เป็นวัณโรค (TB) ต้องได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง ร้อยละ 100 ผู้ที่เป็นเชื้อราเชื้อหุ้มสมองต้องได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องร้อยละ 100 ผู้ที่เข้าเกณฑ์ (ซีดี 4 < 100) มีทางเลือกในการได้รับยาป้องกันก่อนป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- 5) ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้รับการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องทุกคน

3.3.3 กิจกรรมของศูนย์บริการสุขภาพองค์รวม

- 1) ให้ข้อมูลและคำปรึกษาในโรงพยาบาล
- 2) ร่วมประเมินภาวะสุขภาพผู้ที่มารับบริการเพื่อส่งต่อรับการรักษา
- 3) ติดตามดูแลสมาชิกรายบุคคลด้านสุขภาพ เช่น โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และทางสังคมอื่นๆ ผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน
- 4) หลักการเยี่ยมบ้าน ผู้ที่เริ่มรับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีการเยี่ยมบ้านที่ต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 1, 2 ของการรับประทานยา จากนั้นเป็นเดือนละ 1 ครั้ง ตามสภาพปัญหา
- 5) ผู้ที่เป็นวัณโรค มีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องทุกราย ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 ของการรับประทานยา จากนั้น เดือนละ 1 ครั้ง หรือตามสภาพปัญหา จนครบระยะการรักษา
- 6) ผู้ที่ติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละครั้ง หรือตามสภาพปัญหา

7) ผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ หรือทางสังคม มีการเยี่ยมบ้านตามสภาพ
ปัญหา

8) บริการหรือความช่วยเหลือที่ให้ในงานเยี่ยมบ้านโดยการเยี่ยมบ้านนั้นจะ
มีการประเมินปัญหาหอรอบด้าน ให้ข้อมูลที่จำเป็น ให้คำปรึกษา การดูแลเบื้องต้นที่จำเป็น เช่น การทำ
แผล การเช็ดตัว ประเมินความถูกต้องครบถ้วนของการรักษาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และยา
ต้านไวรัสเอชไอวี ประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยา การดูชนิดของยา จำนวนเม็ดยา การ
ประสานส่งต่อในกรณีจำเป็น และมีการบันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ยี่ยมบ้าน

หลักการให้คำปรึกษา: การฟังอย่างเข้าใจ ไม่คิดแทน ไม่ตัดสิน จับ
ประเด็นปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก ให้ข้อมูลที่เป็นกลาง รักษาความลับ จดบันทึกบริการทุกครั้ง/ทุก
ราย มีการวางแผน ให้คำปรึกษาต่อเนื่องทุกราย

กิจกรรมการพบกลุ่มต่อเนื่อง: เดือนละ 1 ครั้ง สมาชิกมีส่วนร่วม ใน
การกำหนดประเด็นหรือกิจกรรม ในการพบกลุ่ม และมีกิจกรรมตอบสนองต่อปัญหาความต้องการ
ของสมาชิก

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ได้มีวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือ วินัยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้มีผู้ศึกษาในต่างประเทศ อยู่มาก และในไทยได้เริ่มมีผู้ศึกษาในประเทศไทยบ้างแล้ว ผู้ศึกษาได้ยกมา ดังนี้

Belzer M.E., (1999) ได้วิจัยศึกษาวินัยในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่ Los Angeles, California, USA โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 31 คน อายุ 13-24 ปี 19 เป็นเพศชาย และ 11 คนเป็นเพศหญิง โดยเลือกจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการติดตามต่อเนื่อง และได้รับการวินิจฉัยให้รักษาด้วยยาต้านไวรัส อย่างน้อย 3 เดือน ช่วงเดือน เมษายน 1997 ถึง มกราคม 1998 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน วิธีการวิจัยเป็นการศึกษาแบบ Cohort Study เครื่องมือการวิจัยใช้แบบสอบถาม และถามเกี่ยวกับวินัยในการรักษา ที่วันที่ 1, 7, 30 และ 90 วัน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 58 มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (วินัยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี > ร้อยละ 90) ในช่วง 24 ชม. และมีร้อยละ 29 ที่รับประทานยามีวินัยปานกลาง (ร้อยละ 75) ในช่วง 3 เดือน และร้อยละ 46 ตอบว่าเหตุผลที่ไม่รับประทานสม่ำเสมอ คือ ยามีจำนวนเม็ดรับประทานมากไป, ร้อยละ 32 บอกว่าเป็นการเตือนว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี, ร้อยละ 29 ผลข้างเคียงของยา, ร้อยละ 25 ขัดกับตารางเวลาในชีวิตประจำวัน, ร้อยละ 22 ลืมรับประทานยา, ร้อยละ 15 ซึมเศร้า... และได้ถามว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีจะช่วยยกระดับชีวิตเขาไหม ร้อยละ 55 ตอบว่า ใช่, ร้อยละ 23 ตอบว่าไม่ช่วยเลย และร้อยละ 3 ตอบว่าไม่แน่ใจ สุดท้าย ร้อยละ 75 คาดหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นอย่างน้อย 10 ปีเมื่อได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

Trocme N., (2002) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยรุ่น ในรพ. Armand-Trousseau, Paris, France การศึกษาใช้วิธีสัมภาษณ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 29 คน ที่มา follow up ที่คลินิกเด็ก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ได้มาตรฐาน และสัมภาษณ์โดยนักจิตวิทยาและนักวิจัยพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 79 มีการหยุดรับประทานอย่างน้อย 1 ครั้ง ปัจจัยหลักคือการเอาแต่ใจตัวเองของวัยรุ่น 1 ใน 3 ตัดสินใจหยุดยาเอง อย่างน้อย 1 เดือน ร้อยละ 75 รู้ดีว่าการหยุดยามีผลเสียอย่างไร และได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างดี, ร้อยละ 55 มีปัญหาซึมเศร้า, เหงา. และร้อยละ 75 พอใจกับชีวิตเพราะสามารถดำเนินชีวิตที่ปกติได้ และรู้ถึงคุณค่าที่ได้ชีวิต มันเป็นคุณค่าจากการติดเชื้อโดยแท้จริง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จนสามารถตั้งเป็นเครือข่ายได้ในหลายๆ ประเทศได้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นและเป็นผลดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยถึงผลที่เกิดขึ้น โดยมากให้ผลที่คล้ายกันในทางบวกเกือบทั้งสิ้น

Knowlton, A.R., Latkin. C.A., (2004) ได้ศึกษาในเครือข่ายด้านสังคมในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรักษาด้วย ARV การศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การมีเครือข่ายทางสังคมช่วยเหลือนกันและกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคมเป็นที่ยอมรับและอบอุ่น แรงสนับสนุนจากกลุ่มช่วยลดการตราหน้า (destigmatize) ว่าเป็นเอชไอวีจากชุมชนได้ และช่วยส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีดีขึ้น และสุดท้ายเพิ่มบทบาทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสังคมมากขึ้นด้วย

Ortiz R. Rivera-, Torres B. Ortiz-, Nieves-Rosa L., (2004) ศึกษาความพึงพอใจในการเข้ากลุ่ม แรงสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ ชายรักชาย ใน Puerto Rico การศึกษาได้ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในชายรักชาย 60 คน ผลการศึกษา พบว่ามีการพบกลุ่มโดยเฉลี่ย 11 คนโดยมากจะได้แรงสนับสนุนมาจากเพื่อนร้อยละ 40 ตามด้วยสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 28 ผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 14 ฯลฯ และจากครอบครัวจะได้รับจากที่น้อยมากที่สุด ร้อยละ 34, มารดา ร้อยละ 18 และผลการศึกษา มีความพึงพอใจในการเข้ากลุ่ม และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเครือข่าย และโดยมากกล่าวว่าแรงสนับสนุนที่ได้จากสมาชิกในครอบครัวและคู่ครองจะสำคัญมากที่สุด

Lix-Ootiz De La Garza Maria M., and Sorensen James L., (1995) ได้ศึกษาการปฏิบัติการช่วยเหลือของเพื่อนช่วยเพื่อนในการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ในผู้ป่วยนอก การศึกษานี้ กลุ่มผู้ติดเชื้อ ได้ก่อตั้งกลุ่มของตนเองขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อด้วยตนเอง ในการช่วยกระตุ้นการมารับบริการการรักษา ไม่ได้หวังผลถึงการพัฒนาปรับปรุงในเรื่องของกระบวนการรักษาแต่อย่างใด การทำงานของกลุ่มโดยการให้ทำปรึกษากับเพื่อนในทางจิตวิทยา แบบมีส่วนร่วมกันรักษาทั้งจิตแพทย์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมารับบริการเพิ่มขึ้นทั้ง โปรแกรมการรักษาผู้ป่วย/ผู้ป่วยนอก ทางกลุ่ม ได้มีแนวทางเลือกให้คำปรึกษาถึง 12 ชั้น การศึกษานี้ได้ศึกษาถึงประวัติความเป็นมาของกลุ่ม ผู้นำคนแรกของกลุ่ม วิธีการดำเนินงาน เครื่องมือ รูปแบบการให้คำแนะนำในทางจิตวิทยา และการประเมินผลของกลุ่ม โดยการทำงานร่วมกับจิตแพทย์ ผลการศึกษา ได้พบว่ากลุ่มได้มีวิธีการ โน้มน้าวสมาชิก ด้วยความรู้สึกที่เข้าใจและแค้นที่ตีมาก มีการพูดถึง เอชไอวี ปัญหาส่วนตัว และได้กล่าวถึงวิธีการปฏิบัติที่ละขั้นทีละครั้งที่ชัดเจน ในการรักษาการติดเชื้อที่คลินิก มีการพบกลุ่มทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 1 ปี แล้วผู้เข้าร่วมกลุ่มอย่างน้อย 3-4 คนเป็นประจำ ผู้ดำเนินการจะใช้วิธีหมุนเวียนทุกคนทุก 3 เดือน

ผลการศึกษากล่าวว่ากลุ่มประสบความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกับจิตแพทย์อย่างมาก และในการประเมินผล และจะมีการประเมินที่ตัวผู้ป่วยอีกครั้งถึงผลการรักษา

กรอบแนวคิดในการศึกษา

กิจกรรมการช่วยเหลือเพื่อนช่วยเพื่อนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในการให้ข้อมูลและคำปรึกษา ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ร่วมประเมินภาวะสุขภาพผู้ที่มารับบริการเพื่อส่งต่อรับการรักษาที่เหมาะสม กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ติดตามดูแลสมาชิกรายบุคคลด้านสุขภาพ เช่น โรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ด้านจิตใจ และทางสังคมอื่นๆ การให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง ทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน ทำให้มีกำลังใจการรักษา และความเข้าใจที่ดี จะช่วยในเรื่องความร่วมมือในการรักษา และผลการรักษาที่ได้ผลดีโดย ตัวชีวิตในเรื่องของผลการรักษา คือ วินัยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ดีและ ถูกต้อง ต่อเนื่องตรงเวลา มีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ค่าชีวิตเพิ่มขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved