

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับยาด้านไวรัส
2. การรับรู้เกี่ยวกับยาด้านไวรัส
3. ความมีวินัยในการรับประทานยา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับยาด้านไวรัส

ความหมายของความรู้

กู๊ด (Good 1973: 325) ได้ให้คำจำกัดความของความรู้ว่า เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์
รายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บสะสมไว้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, หน้า 11) กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นของ
ความสามารถทางสติปัญญา ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำไว้ อาจจะโดยการฝึก การเห็น การได้ยิน ถ้าจำได้
ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง
มาตรฐาน และวิธีแก้ปัญหา เป็นต้น

บลูม (Boom, 1956 : 201) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึง
เฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธีการ กระบวนการหรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำ

สมิท (Smith, 1977 : 531) ให้ความหมายว่า ความรู้หมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ
ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้น จากการศึกษา หรือ ค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่
เกี่ยวข้องกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคลซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงาน การ
รับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา

จากข้อมูลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ความรู้ เป็นเรื่องเกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และ
รายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับจากการศึกษาค้นคว้า สังเกต โดยเก็บสะสมเอาไว้ในระดับของ
ความจำได้หรือนึกได้ และแสดงออกมาตามการรับรู้ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย

การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทยเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2535 โดยเริ่มโครงการให้ยาด้านไวรัสชนิด Zidovudine (AZT) แก่ผู้ป่วยที่เปิดเผยตัวเองและเข้ารับการรักษาตามระบบของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามจากการประเมินของธนาคารโลกกับกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผลตอบแทนที่ได้รับจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสชนิด 1 ตัวให้ผลตอบแทนที่ต่ำ ไม่คุ้มทุน ในด้านการยืดอายุของผู้ป่วย (กองโรคเอดส์, 2545 หน้า 3-6) ในปี พ.ศ. 2540 กรมควบคุมโรคได้พัฒนาระบบเครือข่ายการวิจัยทางการแพทย์เพื่อหารูปแบบการให้ยาด้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการนำยาด้านไวรัส 2 ชนิดมาใช้รักษาผู้ป่วยโดยยังคงใช้ AZT เป็นตัวหลัก ผลการรักษาดีกว่าการให้ยาเพียงยา 1 ตัว ต่อมาปี พ.ศ. 2543 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้รับความร่วมมือจากบริษัทผู้ผลิตยาด้านไวรัสเป็นอย่างดี จึงทำให้อาการด้านไวรัสเอดส์มีราคาที่ถูกลง ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับโอกาสในการดูแลรักษาที่กว้างขวางมากขึ้น เมื่อมีความพร้อมทั้งด้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีสูตรยาที่มีประสิทธิภาพและราคาถูกลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการ การพัฒนาระบบบริการและการติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และสนับสนุนให้เข้าถึงบริการในการดูแลรักษามากขึ้น พัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสชนิด 3 ตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการมากขึ้น โดยมีกระบวนการทำให้ราคาถูกลง ขยายความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น มีการคัดเลือกหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลและเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสรวมทั้งมีการประเมินผลเป็นระยะจนถึงปัจจุบันส่งผลให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ยาที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายและรู้จักกันมากในชื่อ GPO- VIR, สูตรยาที่ใช้ 3 สูตรมีดังนี้ (สัญชัย ชาสมบัติ, 2546 หน้า 2-5)

1. สูตรที่ 1. d4T + 3TC + Nevirapine หรือ GPO- VIR
2. สูตรที่ 2. d4T + 3TC + Efavirenz กรณีแพ้ยา Nevirapine
หรือ AZT + 3TC + Nevirapine กรณีแพ้ยา d4T
หรือ AZT + 3TC + Efavirenz กรณีแพ้ยา Nevirapine และ d4T
3. สูตรที่ 3. d4T + 3TC + (Indinavir / Ritonavir) หรือ AZT + 3TC + (Indinavir / Ritonavir)

เป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2547 หน้า 9)

1. ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น
2. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
3. ทำให้ระดับ CD4 เพิ่มขึ้นและภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยดีขึ้น
4. ทำให้ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดของผู้ป่วยลดต่ำลง จนกระทั่งไม่สามารถตรวจพบเชื้อภายใน 6 เดือนหลังจากรักษา และยับยั้งเชื้อต่อไปให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

ซึ่งเป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสดังกล่าวสอดคล้องกับเป้าหมายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ของ นายแพทย์ สัตถชัย ชาสมบัติ, 2546 หน้า 35 ดังนี้

เป้าหมายของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (สัตถชัย ชาสมบัติ, 2546 หน้า 35)

จุดประสงค์ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส มี 5 ประการคือ

1. เป้าหมายทางคลินิก เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เป้าหมายในแง่ไวรัส เพื่อลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
3. เป้าหมายในด้านภูมิคุ้มกัน เพื่อให้ภูมิคุ้มกันกลับคืนมาทั้งแง่ปริมาณ (จำนวน CD4 + cell) และคุณภาพ (ภูมิคุ้มกันจำเพาะต่อแอนติเจนต่างๆ)
4. เป้าหมายในเชิงควบคุมการระบาด เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี
5. เป้าหมายในแง่แนวทางการรักษา เพื่อรักษาสูตรยาที่อาจจะเป็นทางเลือกในอนาคต มีผลข้างเคียงน้อยมากและผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการดูแล แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สัมผัสเลือดและสารน้ำของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ ขณะปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ข้อบ่งชี้ในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย -2004 (ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2547 หน้า 12)

1. มีข้อบ่งชี้ว่ามีอาการของโรคเอดส์* ควรตรวจซีดี4 (CD4) ทุกระดับ ไม่ตรวจปริมาณ HIV RNA และควรให้ยาต้านไวรัสเอดส์ทุกราย

2. มีอาการแต่ยังไม่มียาต้านไวรัสเป็นเอดส์ ** ควรตรวจซีดี4 (CD4) เป็นระยะเมื่อลดลงน้อยกว่า 250 เซลล์ ไม่ตรวจปริมาณ HIV RNA และควรให้ยาต้านไวรัสเอดส์ทุกราย

3. ไม่มีอาการระดับซีดี4 (CD4) ต่ำกว่า 200 เซลล์ ไม่ตรวจปริมาณ HIV RNA และควรให้ยาต้านไวรัสเอดส์ทุกราย

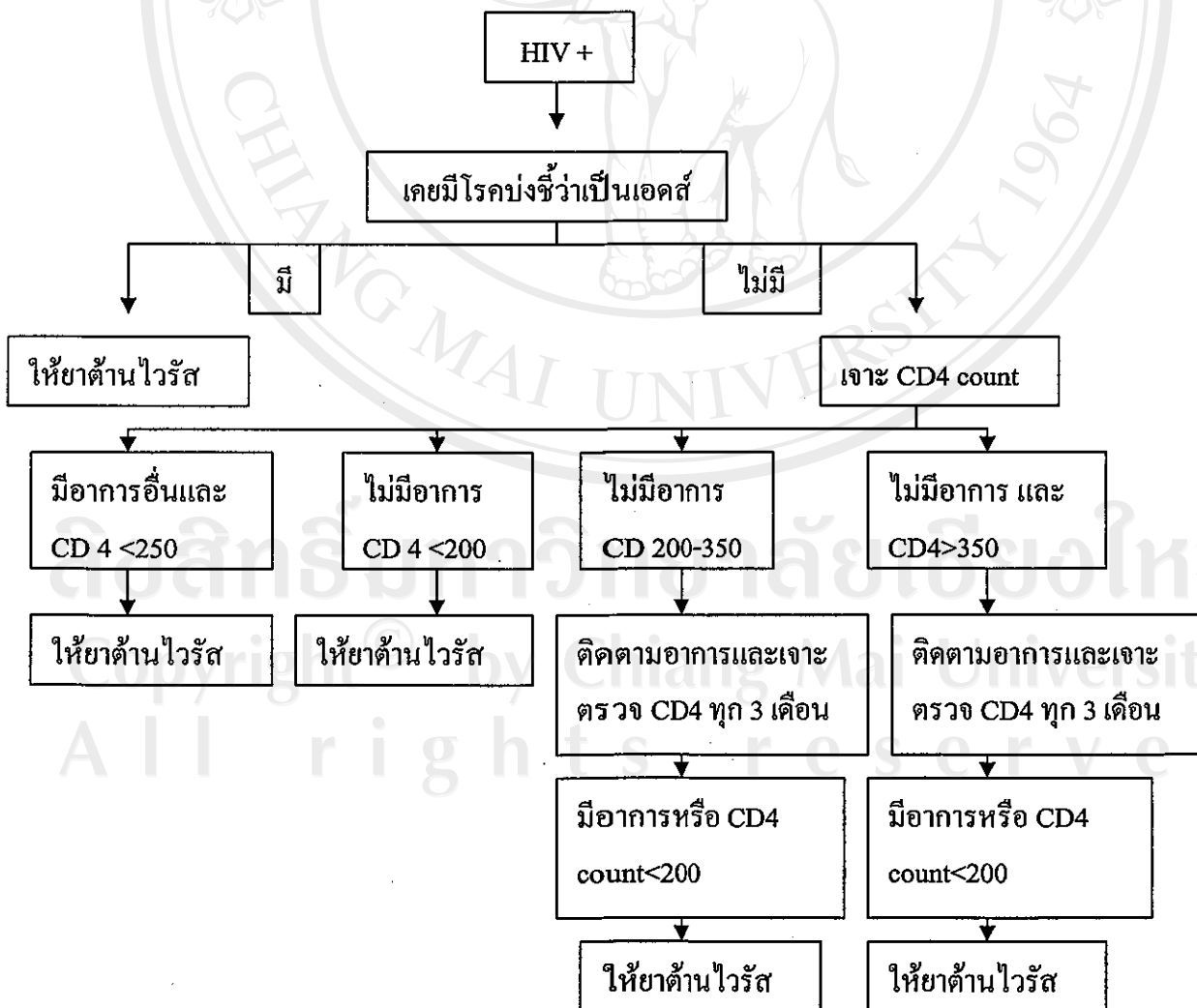
4. ไม่มีอาการระดับซีดี4 (CD4) มากกว่า 200 เซลล์ ไม่ตรวจปริมาณ HIV RNA และยังไม่ต้องให้ยาต้านไวรัส

* โรคที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์ (AIDS defining illness) 28 โรค ตามภาคผนวก ข

** ได้แก่ oral thrush, ใช้เรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ, ตุ่มคันทั่วตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ, อูจจาระร่วงเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุได้นานกว่า 14 วัน, หรือน้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 15% ภายใน 3 เดือน

หมายเหตุ : พิจารณา% CD4 ด้วยถ้าต่ำกว่า 14% ควรให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV)

แผนภูมิที่ 1 แสดงข้อบ่งชี้ในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ใหญ่ (ประเทศไทย)



สูตรยาที่เลือกใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าต้องใช้ยาต้านไวรัสอย่างน้อย 3 ชนิด พร้อมกันในการรักษา ยาต้านไวรัสเพียงตัวใดตัวหนึ่งที่เคยใช้ในอดีตได้รับการพิสูจน์แล้วว่าไม่สามารถใช้ได้ผล และยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อดื้อยาได้ สำหรับประเทศไทยสูตรยาที่แนะนำ และสูตรยาที่ใช้ทดแทนกรณีแพ้ยามีดังนี้ (ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2547 หน้า 15)

สูตรยาด้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี (ประเทศไทย-2004)

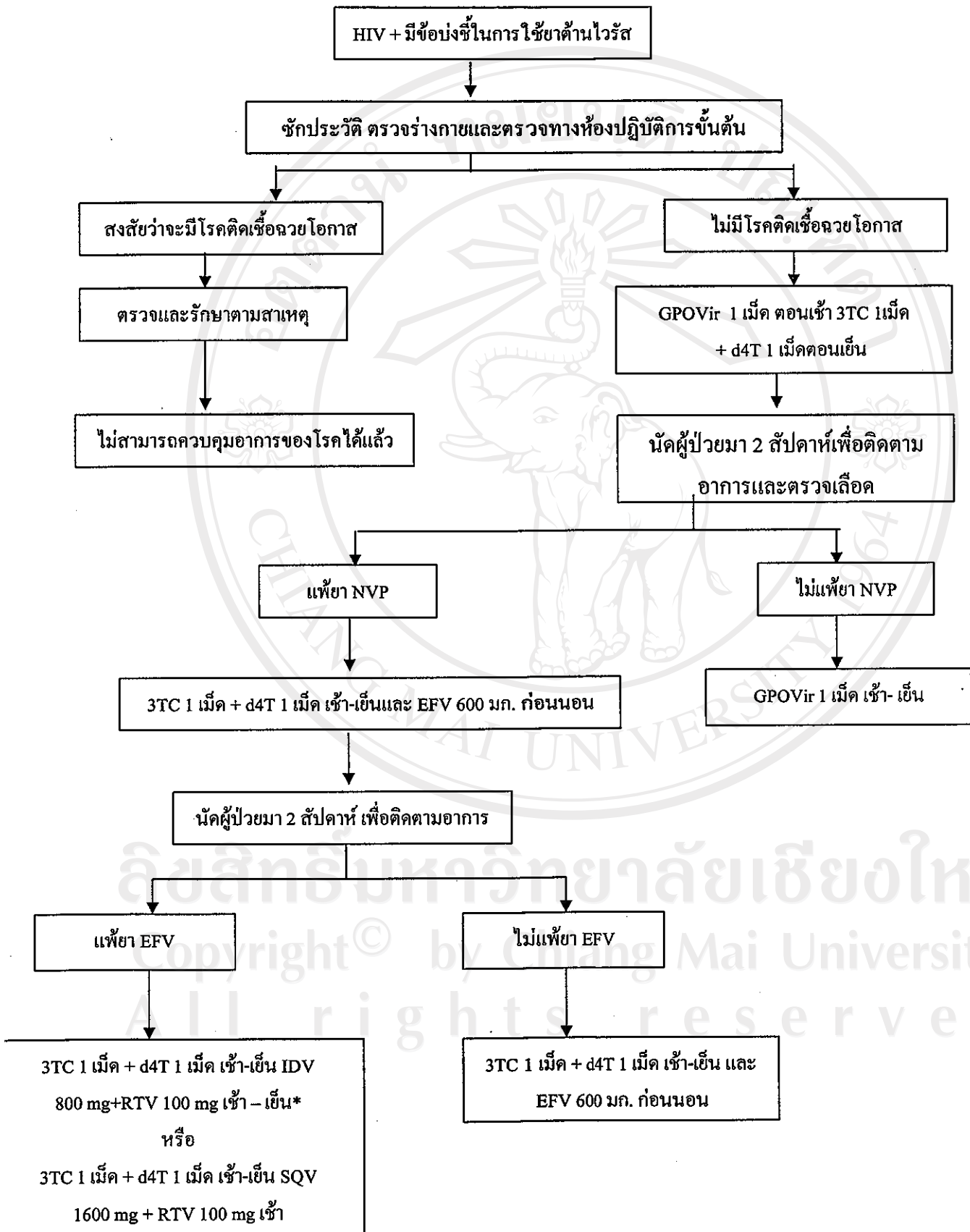
1. สูตรที่ 1. d4T + 3TC + Nevirapine หรือ GPO- VIR
2. สูตรที่ 2. d4T + 3TC+ Efavirenz กรณีแพ้ยา Nevirapine
หรือ AZT+ 3TC+ Nevirapine กรณีแพ้ยา d4T
หรือ AZT+ 3TC+ Efavirenz กรณีแพ้ยา Nevirapine และ d4T
3. สูตรที่ 3. d4T + 3TC + (Indinavir / Ritonavir) หรือ AZT + 3TC + (Indinavir /

Ritonavir)

สำหรับสูตรยาที่ใช้ในต่างประเทศเช่น สูตรยาที่ใช้ในสหรัฐอเมริกา ถ้าใช้สูตรยาที่มี NNRTI เป็นยาหลัก สูตรแรก que เลือกใช้คือ (AZT หรือ TDF หรือ d4T) + 3TC + EFV ขนาด 3-5 เม็ด ต่อวัน ส่วนสูตรยาที่เลือกใช้ในลำดับต่อไป มีความใกล้เคียงกับประเทศไทย สำหรับกรณีที่ใช้สูตรยาที่มี PI เป็นหลัก สูตรแรก que เลือกใช้คือ (AZT หรือ d4T) + 3TC + LPV/r ขนาด 8-10 เม็ด ต่อวัน

ในประเทศไทยการเริ่มต้นใช้ยาด้านไวรัสจะกระทำเมื่อมีผลการยืนยันทั้งจากอาการทางคลินิก ซึ่งได้จากอาการที่แสดงให้เห็นชัดเจน อาการที่ตรวจพบจากการซักประวัติ, ตรวจร่างกายของผู้ติดเชื้อ และจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งบอกว่าติดเชื้อ ยาที่ใช้กับผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 สูตร ตามรายละเอียดในการศึกษา บทที่ 1 ในการเริ่มต้นการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ของประเทศไทย มีแนวปฏิบัติดังได้แสดงในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 การเริ่มต้นใช้ยาต้านไวรัส (ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2547 หน้า 17)



หมายเหตุ ยาที่รับประทานตอนเช้า-เย็น ต้องห่างกัน 12 ชั่วโมง ยาที่รับประทานวันละ 1 ครั้ง ควรรับประทานให้ตรงเวลาเดียวกันเสมอ

* ถ้ามีอาการข้างเคียงมากอาจลดขนาดยาลงเป็น IDV 400 mg + RTV 100 mg เช้า-เย็น
อาการไม่พึงประสงค์ หรือผลข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสที่เกิดขึ้นบ่อย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะการออกฤทธิ์ของยา (NRTI, NNRTI, และ PI) ดังนี้

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอคส์ต่างๆ (สัญญา ชาสสมบัติ, 2546 หน้า 40)

ยาด้านไวรัสเอคส์	ชื่อย่อ	ชื่อการค้า	ผลข้างเคียง/พิษ
Zidovudine	AZT	Retrovir	กดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน
		Antivir	นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย
Didanosine	DdI	Videx	ตับอ่อนอักเสบ ปลายประสาทอักเสบ
		Divir	คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย
Zalcitabine	DdC	Hivid	ปลายประสาทอักเสบ แผลในปาก
Stavudine	D4T	Zerit	ปลายประสาทอักเสบ
		Stavir	
Lamivudine	3TC	Epivir	ไม่ค่อยมีรายงาน
		Lamivir	
Abacavir	ABC	Ziagen	ภูมิไวเกิน(2-5%) มีอาการไข้ คลื่นไส้อาเจียน ไอ หายใจลำบาก ผื่น
Nevirapine	NVP	Viramune	ผื่น (15-30%) ตับอักเสบ
Deleverdine	DLV	Rescriptor	ผื่น ปวดศีรษะ มีเอ็นไขว้ทับสูงชัน
Efavirenz	EFV	Stocrin	ปวดศีรษะ มึนงง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย
			ตับสั่น ประสาทหลอน เกิดขึ้นในผู้ป่วย 40% ผื่นอาจเป็นรุนแรงได้ 5%
Saquinavir hard gel	SQV-HGC	Invirase	คลื่นไส้อาเจียน (10-20%) ปวดศีรษะมีเอ็นไขว้ทับสูงชัน
Saquinavir soft gel	SQV-SGC	Fortovase	คลื่นไส้อาเจียน(10-20%) ปวดศีรษะมีเอ็นไขว้ทับสูงชัน
Ritonavir	RTV	Norvir	คลื่นไส้อาเจียน (20-40%) หารอบๆปาก หรือปลายมือปลายเท้า (10%) ลิ้นรับรสเปลี่ยนไป (10%) ปวดศีรษะ มีเอ็นไขว้ทับสูงชัน (10-15%) มี triglyceride สูงชัน (60%)
Indinavir	IDV	Crixivan	คลื่นไส้อาเจียน (10-20%) นิวไนไต (10-15%) ปวดศีรษะมี indirectbilirubin สูงชัน
Nelfinavir	NEV	Viracept	ท้องเสีย (10-30%)
Lopinavir/Ritonavir	LPV/RTV	Kaletra	คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ มีเอ็นไขว้ทับสูงชัน
Amprenavir	AP	Agenerase	คลื่นไส้อาเจียน (10-30%) ปวดศีรษะ มีเอ็นไขว้ทับสูงชัน ผื่น(20-30%) หารอบๆปากหรือปลายมือ ปลายเท้า (10-30%)

การติดตามผลการรักษา

จากการศึกษาของ สัทชัย ชาสมบัติ และการศึกษาของ ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ พบว่า การใช้ยาต้านไวรัสทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และมีประสิทธิภาพในการรักษานั้น จะต้องมีการเลือกใช้สูตรยาที่เหมาะสม มีการติดตามการรักษาที่ดี เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย ประเมินประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น การติดตามผลการรักษาเพื่อประเมินว่า การรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายมีความครอบคลุมและเกิดประสิทธิภาพจากการรักษามากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ

1. ติดตามประสิทธิภาพของการรักษา โดยประเมินอาการ การแสดงทางคลินิก และการตรวจค่า CD4 ทุก 6 เดือน
2. ติดตามผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส โดยเฉพาะเรื่องคลื่นและตับอักเสบที่อาจเกิดจาก Nevirapine และตรวจ SGPT ดูการทำงานของตับ ก่อนเริ่มรับประทานยา และในสัปดาห์ที่ 2, 4, 8, และทุก 2 เดือน
3. ติดตามความสม่ำเสมอ (adherence) ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
4. ติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา

ความสำคัญของการตรวจวัดระดับ CD4

การตรวจวัดระดับ CD4 มีความสำคัญในการติดตามระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายและเป็นข้อบ่งชี้ว่า เมื่อใดที่สามารถหยุดการรับประทานยาป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI prophylaxis) แต่ละชนิดได้ การวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (viral load) และการวัดระดับ CD4 เป็นดัชนีที่สำคัญในการบ่งบอกว่าการดำเนินของโรคเป็นอย่างไร แต่การตรวจวัดระดับไวรัสในกระแสเลือดมีข้อจำกัดอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่มีความพร้อมเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์เท่านั้น ฉะนั้นการวัดระดับ CD4 จึงเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการติดตามประสิทธิภาพในการรักษา โดยทั่วไปการวัดระดับ CD4 ควรกระทำทุก 3 เดือน เพื่อจะได้สามารถติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด แต่เนื่องจากความพร้อมของโรงพยาบาลแต่ละแห่งไม่เท่าเทียมกันจึงอนุโลมให้ตรวจวัดระดับ CD4 ได้ทุก 6 เดือน การตรวจวัดระดับ CD4 นอกจากช่วยติดตามระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายแล้วยัง บ่งบอกถึงผลการรักษาด้วยว่าล้มเหลวหรือไม่ ถ้าระดับ CD4 ลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้นขณะรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ควรมีการทบทวนและพิจารณาแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนั้นอีกครั้ง

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว (treatment failure)

สาเหตุที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลมักเกิดจากเชื้อเอชไอวีคือดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานอยู่ ซึ่งการดื้อยามักเป็นผลจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ต่อเนื่องและไม่ครบถ้วน โดยมีข้อบ่งชี้ว่าการรักษาไม่ได้ผลดังนี้

1. ข้อบ่งชี้ทางคลินิก: มีอาการทางคลินิกกลับมาใหม่ (clinical failure) ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่ ภายหลังจากรับประทานยาต้านไวรัสไปแล้วนาน 6 เดือน ยกเว้นวัณโรคปอด
2. ข้อบ่งชี้ทางระดับภูมิคุ้มกัน: มีภูมิคุ้มกันคือค่าCD4 ลดลงต่อเนื่อง (Immunologic failure) ค่า CD4 ลดลงมากกว่า 30% จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน ทั้งนี้ต้องดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4 ด้วย
3. ไม่สามารถยับยั้งปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ (virologic failure) โดยทั่วไปถือว่าค่าไวรัสในกระแสเลือดเป็นตัวพยากรณ์การตอบสนองต่อการรักษาที่ดีที่สุด แต่เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปไม่สามารถตรวจวัดระดับของไวรัสในกระแสเลือดได้ จึงให้ข้อบ่งชี้การรักษาไม่ได้ผลเฉพาะการล้มเหลวทาง คลินิกและค่าCD4 ที่ลดลงเท่านั้น สำหรับการตรวจไวรัสในกระแสเลือดควรจะทำร่วมด้วยถ้าทำได้

ปัจจัยที่มีผลทำให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสล้มเหลว (สัจชัย ขาสมบัตติ, 2546 หน้า 49-50)

การรักษาจะล้มเหลวมากน้อยเพียงใดและมีความรุนแรงขนาดไหน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ประสิทธิภาพของยา หรือสูตรยาที่ไม่ดีพอ สูตรยาที่ผู้ป่วยรับประทานถ้าไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะทำให้ไวรัสคือดื้อยา และเพิ่มปริมาณอย่างรวดเร็ว ซีดี4 (CD4) จะค่อยๆ ลดปริมาณลง ทำให้ประโยชน์ทางคลินิกจากการรักษามีเพียงช่วงสั้นๆ
2. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ไวรัสมีการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว ระดับยาในกระแสเลือดต่ำกว่าระดับยาที่สามารถลดปริมาณไวรัสได้
3. ปัจจัยทางเภสัชวิทยา การเลือกใช้ยาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ปฏิกริยาระหว่างยา อาหารบางอย่างที่มีผลต่อการดูดซึมและการทำลายยาในร่างกาย การเน้นย้ำผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างถูกวิธี
4. ระยะของโรคติดเชื้อที่เป็นมากแล้ว เช่น ในผู้ป่วยที่มีอาการมาก ผู้ป่วยที่ระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงของยาที่รับประทานได้
5. การดื้อยาที่มีอยู่ก่อน เช่น ผู้ป่วยที่รับเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยามาจากผู้อื่นตั้งแต่เริ่มการติดเชื้อ

แนวปฏิบัติเมื่อสงสัยว่าการรักษาล้มเหลว (ขวัญชัย ศุภรัตน์ภิญโญ, 2547 หน้า 25)

1. ห้ามหยุดยาต้านไวรัสเอง หรือเปลี่ยนสูตรยาโดยไม่มีข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติม
2. กรณีที่เป็นไปได้ให้ตรวจหาปริมาณของเชื้อเอชไอวี ในเลือดของผู้ป่วย
3. หากไม่สามารถตรวจหาปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดได้ ให้ปรึกษา

ผู้เชี่ยวชาญหรือส่งต่อ เพื่อรักษา

ข้อบ่งชี้ในการสิ้นสุดการรักษา

ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจาก โครงการ

การรักษาล้มเหลวตามแนวทางการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย

ผู้ป่วยไม่มกตามนัดและ/หรือไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องนานเกิน 7 วันโดยไม่มีสาเหตุ
เสียชีวิต

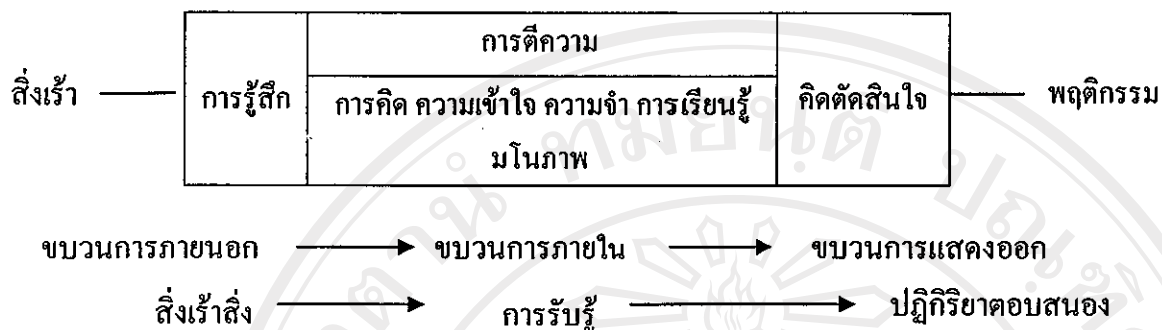
2. การรับรู้เกี่ยวกับยาด้านไวรัส

การรับรู้ (Perception)

เป็นสภาพทางจิตวิทยา ที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาสังคมและพฤติกรรมเป็นการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึที่เกิดขึ้นทางจิตใจของบุคคล โดยผ่านประสาทสัมผัส ทิศัยทยา หอมทรัพย์ (2537, หน้า 61-62) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้ นั้น การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์เดิม ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นกระบวนการสัมผัสด้วยความตั้งใจและนำไปสู่การแสดงออกตามประสบการณ์ที่เคยได้รับ (จริยวัฒน์ คมพักษณ์, 2542 หน้า 13-15) และจากการศึกษาของ กัญญา สุวรรณแสง (2532 หน้า 129) ที่พบว่ากระบวนการรับรู้นำไปสู่การแสดงออกตามประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล ดังแผนภูมิที่ 3 แสดงกระบวนการของการรับรู้ (Process of perception)

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

แผนภูมิที่ 3 กระบวนการของการรับรู้ (Process of perception) กัญญา สุวรรณแสง (2532, หน้า 129)



กระบวนการรับรู้เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจ โดยไม่หยุดนิ่ง มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องของเวลาและเหตุการณ์ต่างๆ การรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ซึ่งสามารถวัดได้จากการที่บุคคลเลือกลักษณะที่ตนคิดว่าจริงหรือสอดคล้องกับสิ่งที่ถูกรับรู้ตามความคิดของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่งๆ กระบวนการรับรู้จึงคาบเกี่ยวระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการแสดงพฤติกรรม (กัญญา สุวรรณแสง, 2532 หน้า 128-129)

เบอร์ทเลย์ (Bertley, 1972 :22-23) กล่าวว่า การรับรู้เป็นความจริงของสิ่งทั้งหลายในโลกที่บุคคลได้รับและประมวลเป็นประสบการณ์ของตน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น

เคนเดอเลอร์ (Kendler, 1974 : 125) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึง

1. กระบวนการตีความจากสิ่งที่ได้สัมผัส
2. การเตรียมเพื่อการตอบสนอง

มิซาลและมิซาล (Mischal & Mischal, 1980 : 98) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการสัมผัสด้วยความตั้งใจ และนำไปสู่การแสดงออกตามประสบการณ์ที่เคยได้รับ

ลินด์เกร็นและแฮร์วี (Lindgren & Harvey, 1981: 123) กล่าวว่า การรับรู้คือการตอบสนองโดยการแสดงออก อันเป็นผลมาจากการสัมผัสและการแสดงออกต้องใช้ความรู้ความสามารถในการแปลความหมายจากการสัมผัสนั้น

Deci และ Ryan (1985 :59) กล่าวว่า แรงจูงใจของมนุษย์ขึ้นอยู่กับความต้องการด้านจิตใจในการกำหนดตนเอง ความต้องการมีศักยภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การที่บุคคลจะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆก็ตาม

แพนเดอร์ (Pander, 1996 : 88) กล่าวว่า การรับรู้ถึงประโยชน์หรือการได้รับผลตอบแทน จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลผู้นั้นลงมือกระทำ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่สำคัญมี 2 ประการคือ ลักษณะของสิ่งเร้าและตัวผู้รับรู้นั้นคือสิ่งเร้าที่จะก่อให้เกิดการรับรู้ ต้องเป็นสิ่งเร้าที่ดึงดูดความตั้งใจของบุคคลได้ เช่น มีความเข้มสูง มีการเปลี่ยนแปลง มีการเกิดซ้ำๆ และมีความแตกต่างจากสิ่งอื่นๆ เป็นต้น ด้านตัวผู้รับรู้นั้นทางกายภาพคือ หู ตา จมูก ลิ้น อวัยวะสัมผัสต้องปกติ ทางจิตผู้รับรู้อาจเลือกสรรสิ่งเร้าเฉพาะที่ต้องการและแปลความหมายให้เข้ากับตัวเอง โดยได้รับอิทธิพลจากอารมณ์ ความต้องการ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี และผลจากการเรียนรู้ รวมทั้งความรู้เดิม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภูมิหลังทางการศึกษา เศรษฐกิจสังคม ความสนใจ ความคาดหวัง การเห็นคุณค่าและความพร้อมยังมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลด้วย (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2542 หน้า 13-15)

การรับรู้เป็นพฤติกรรมภายใน (Convert behavior) เป็นความระลึกรู้ต่างๆที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง (สุชาติ จันทร์อม, 2524 หน้า 1) การรับรู้เป็นองค์ประกอบด้านจิตใจที่สำคัญมีผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527 หน้า 173) บุคคลเมื่อเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องจะสามารถแสดงออกได้ตรงตามความเป็นจริงในทางตรงข้ามหากบุคคลเกิดการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ก็จะแสดงพฤติกรรมตามที่ตนเองรับรู้

กรรณิการ์ ภูประเสริฐ (2543, หน้า 22) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็นผลของการเรียนรู้กับความรูสึกที่ได้จากการสัมผัส โดยอาศัยอวัยวะการรับสัมผัส ผ่านการแปลความหมายของการสัมผัสนั้นออกมา โดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเป็นพื้นฐาน ทำให้บอกได้ว่าสิ่งเร้านั้นคืออะไรและมีความหมายอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ตามความหมายของKing (1981: 55) และAllender & Spradley (2001 :39) ที่ระบุว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ ที่แสดงออกมาถึงความรู้ ความเข้าใจ เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความสนใจ การให้คุณค่า แรงจูงใจ และเกิดภายในตัวของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะมีความหมายต่อประสบการณ์ การเป็นตัวแทนของความจริง และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น และตามความหมายของแฮนสัน (Hanson, 1994 : 85) การรับรู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ อันนำไปสู่ความรู้ ความคิด ความเข้าใจ เชิงเหตุและผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอเรม (Orem, 1991 : 97) ที่ระบุว่า บุคคลเมื่อเห็นความสำคัญของการรับรู้ ย่อมมีการตอบสนองต่อการรับรู้ในเรื่องนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี และพฤติกรรมที่แสดงออกย่อมสอดคล้องกับการรับรู้ในเรื่องนั้นๆ

การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การป่วยด้วยโรคเอดส์หรือการติดเชื้อเอชไอวี เป็นภาวะการเจ็บป่วยขั้นวิกฤติที่คุกคามสภาพร่างกาย ภาวะจิตใจ สภาพสังคมและจิตวิญญาณ ทั้งของตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเองและกับบุคคลในครอบครัว ญาติ ซึ่งแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัวจะมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ที่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจัยที่มีต่อการรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังรักษาไม่หาย ไม่มียา หรือวัคซีนที่รักษาให้หายขาดได้ นอกจากนี้โรคเอดส์ยังเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ, ผู้ใกล้ชิดเกิดความกลัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ทำให้พยายามที่จะหลบเลี่ยงไม่พบปะพูดคุย ไม่ติดต่อ ไม่สัมผัส และไม่ให้ความใกล้ชิด ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวต้องเผชิญกับความกลัว วิตกกังวลและเกิด ความเครียดสูง บางรายอาจถึงขั้นวิกฤติทางอารมณ์ ดังนั้นการรับรู้ต่อโรคเอดส์จึงแตกต่างจากการรับรู้ด้านสุขภาพและภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ (อติรัตน์ วัฒนไพลิน, 2539 หน้า 3-6) ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งผลจากการรับรู้จะนำไปสู่ความเข้าใจตนเอง การตระหนักในตนเอง การนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับในตนเอง ความเอาใจใส่ต่อตนเองและการยอมรับการทำงานของร่างกายของตนเองที่สามารถวัดได้จากพฤติกรรมการแสดงออก จากการศึกษาของเคลลี่ และคณะ (Kelly et al. 1993 : 216) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีความซึมเศร้าทางอารมณ์จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยของโรค

การเรียนรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส เป็นการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจในความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตน คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการรับประทานยา ความเสี่ยงและภาวะคุกคามที่เกิดจากการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงผลดี ผลเสีย และผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับยาต้านไวรัสครั้งนี้ผู้ศึกษา ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ซึ่งเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยมีองค์ประกอบดังนี้ (Becker and Maiman, 1974 :83-89)

1. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน
4. การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
5. การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค
6. ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาทำการศึกษาเฉพาะตัวแปรที่ 1-4 และตัวแปรที่ 6 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน (perceived benefit)

การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ว่าสิ่งที่จะปฏิบัตินั้นสามารถลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของการเกิดโรคได้ จากการศึกษาของเอ็อมพร กาญจนรังษิษย์ (2532, หน้า 88) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความเชื่อในการป้องกัน โรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ พบว่าความเชื่อในประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 หน้า 44) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด 100 ราย พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535, หน้า 69) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ด้านประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในระดับถูกต้องมาก

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้ในประโยชน์ของการปฏิบัติตนและการป้องกันโรคมีผลต่อความร่วมมือในการป้องกันโรคและ การรักษา การรับประทานยาที่ต่อเนื่อง และลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของการเกิดโรคได้

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity)

การที่บุคคลมีการรับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างรวดเร็วไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค แต่บุคคลนั้นต้องรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ และกระทบกระเทือนต่อชีวิต ต่อครอบครัว หน้าที่การงานและสังคม โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974 :354-380) ได้กล่าวว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมิได้หมายความว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่หมายถึงการประเมินตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความร้ายแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการอนามัยของบุคคล และมีผลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย จากการศึกษาของ เค็กเกิล (Kegeles, 1963 : 63) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับการมารับคำปรึกษาในการป้องกันโรคฟัน และ การศึกษาของศิริพร พงศ์โกภา (2532, หน้า 92) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง จะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคสูงเช่นกัน

ดังนั้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ใช้ทำนายพฤติกรรมในการป้องกันและ การดูแลรักษาของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการมารับบริการที่ต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเอดส์

3. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barrier)

เป็นอุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมในการป้องกันและดูแลรักษาส่วนบุคคล มีผลกระทบต่อบุคคลในการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี ที่สามารถประเมินได้ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา ความกลัว ความไม่สบายจากการรักษา ความยุ่งยากในการรับประทานยา และความไม่แน่ใจในข้อดีหรือผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อลดความรุนแรงของโรค หรือเพื่อให้หายป่วยจากโรคนั้น บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือจะหามาได้ ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น จากการศึกษาของ เทอร์เรล และฮาร์ท (Terrel & Heart, 1980 : 57) ที่พบว่า การรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกาย และ การศึกษาของ ศิริพร พงศ์โกคา (2532, หน้า 94) ที่พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติน้อย จะเป็นกลุ่มที่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคเป็นอย่างดี จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมในการมารับการรักษา การรับประทานยาที่ต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเอดส์

4. การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility)

เป็นความเชื่อซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย ความเชื่อนี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จึงทำให้พฤติกรรมในการป้องกันและดูแลรักษาในแต่ละบุคคลแตกต่างกันด้วย (รุ่งกานต์ ศรีสัมพันธ์, 2530 หน้า 26) จากการศึกษาของสุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นกามโรคเท่านั้นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษที่มีประวัติการป่วยเป็นกามโรคและไม่มีประวัติการป่วยเป็นกามโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ ซัทซ์แมน (Suchman, 1970 : 105-110) ที่พบว่าผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี และการศึกษาของฮอคบาอิม (Hochbaum, 1958 : 124) ที่กล่าวว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นตัวแปรที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าตัวแปรอื่นๆ

จึงสรุปได้ว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมารับบริการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคเอดส์

5. ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยพื้นฐานด้านประชากรที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเป็นตัวแปรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974 : 5) การปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับประทานยาที่ต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ตัวแปรด้านจิตสังคม เช่นบุคลิกภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม กลุ่มเพื่อนและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เรื่องยาต้านไวรัส อาการและการแสดงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา ผลดี ผลเสีย ข้อจำกัดของการรับประทานยา

5.1) เพศ

อิทธิพลของเพศต่อการรับรู้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ในสิ่งเดียวกันของผู้รับรู้ที่ต่างเพศกันอาจมีความแตกต่างกัน เนื่องจากพื้นฐานเดิมหรือประสบการณ์เดิมหรือความสามารถในการตีความที่แตกต่างกัน(Orem, 1985 : 22) เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัว และทัศนคติต่อการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2534 หน้า 33) Ruth (Ruth, 1973 : 136-156) กล่าวว่าเพศเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมในการเจ็บป่วย เพศชายไม่ยอมรับการเจ็บป่วยเพราะมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอและแสดงความเป็นผู้หญิงและจากการศึกษาของ คัตเนอร์(Kutner & Kutner 1979 : 62) พบว่า ระบบสังคมและวัฒนธรรมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล (Caring) จึงพบว่า เพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง (Neimi, et al. 1988 : 1101-1107)

5.2) อายุ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย คนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวมักมีความกระตือรือร้นและสนใจต่อสุขภาพมากกว่าคนสูงอายุ จากการศึกษาของ โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974 :28) ที่พบว่า บุคคลที่ใช้บริการด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองและค้นหาโรค จะเป็นกลุ่มที่มีอายุอยู่ระหว่างหนุ่มสาวถึงวัยกลางคน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ โอเร็ม (Orem, 1985 : 35) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลจะขึ้นอยู่กับอายุ โดยวัยเด็กจะมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยที่สุดเช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ขีดความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น

5.3) ระดับการศึกษา

เป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาที่สูงจะรับรู้ภาวะของโรคได้ถูกต้องมากขึ้น จึงตระหนักรู้และคาดคะเนถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ตามเหตุผล และเล็งเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (นิตยา ภาสุนันท์, 2532 หน้า 89) จากการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534,หน้า58-59) พบว่าวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมในการป้องกัน โรคเอดส์ดีกว่าวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ และ การศึกษาของรูทส์ (1973, 135-136) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำมักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาเนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตน ได้ถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ

5.4) อาชีพและฐานะทางสังคม

การศึกษาของไวท์ (White, 1972 : 249) พบว่ากลุ่มบุคคลที่อยู่ในระดับสังคมและอาชีพที่ต่ำ จะมีผลต่อการรับรู้ทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลในแต่ละอาชีพจะได้รับประสบการณ์จากการทำงานและมีสิ่งแวดล้อมขณะปฏิบัติงานได้เหมือนกัน (ศิริพร พงศ์โกคา, 2532 หน้า 89) และการศึกษาของทิฟานี (Tiffany, 1981: 53) พบว่าฐานะทางสังคมที่ดีกว่าจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีกว่า

5.5) รายได้

จากการศึกษาของ คาสล์และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966 : 250) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงศ์โกคา (2532 หน้า 90) ที่พบว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะมีอุปสรรคเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ และการศึกษาของ เดวิส (Davis, 1968 : 274-275) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับการศึกษาของมอนติโร (Montriroo, 1973 cited in Becker, 1974 : 31-32) ที่พบว่า บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะ ไปรับบริการด้านการแพทย์เพื่อป้องกันโรค และค้นหาโรคต่างๆ น้อยกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี

5.6) สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาของผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นได้มีส่วนร่วมในการรักษา จะทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการ ทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการดูแลและรักษาตนเอง

ในการศึกษารั้วนี้ผู้ศึกษาได้เลือกศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่รับประทานยา ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมความมีวินัยในการรับประทานยาด้าน ไวรืสของผู้ป่วยทั้งสิ้น

3. ความมีวินัยในการรับประทานยา

ตามความหมายของ ดร. สมบัติ ตาปัญญา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (สมบัติ ตาปัญญา, 2547 หน้า 1-3) กล่าวว่า ความร่วมมือ/ความมีวินัย (Adherence) ของผู้ป่วยหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงประโยชน์ และความจำเป็นของการรักษา มีส่วนร่วมในการวางแผน และเป็นเจ้าของแผนการรักษาตั้งแต่ต้น มีความรู้สึกรู้ว่าตนเอง

เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนและเป็นเจ้าของแผนการรักษาด้วย จึงมีความยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจและเข้าใจ มากกว่าการที่จะปฏิบัติตามเพียงเพราะถูกสั่งให้ทำเท่านั้น

ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การที่บุคคลคนหนึ่งจะมีพฤติกรรม เช่น การรับประทานยาต้านไวรัส การจำกัดอาหาร และหรือ การเปลี่ยนแปลงในลักษณะการใช้ชีวิต ที่สอดคล้องไปในทางเดียวกันกับข้อเสนอแนะที่ได้ตกลงไว้กับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแล้ว

ความมีวินัย/ความร่วมมือ/ความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัส (drug adherence) จะเกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษา เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเกินร้อยละ 95 จากการศึกษาของ Paterson และคณะ (Paterson et al, 2000) พบว่าการรับประทานยาต้านไวรัสให้ได้ผลดีนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือ/ความมีวินัยในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 95 จึงจะประสบผลสำเร็จทางไวรัส เมื่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง อัตราความล้มเหลวในผลของการตอบสนองต่อยาจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ผู้ป่วยที่มีวินัยในการรับประทานยาที่มากกว่าร้อยละ 95 หรือผู้ป่วยที่ขาดการรับประทานยาต้านไวรัสไม่เกิน 3 ครั้งในระยะเวลา 1 เดือน จะมีภูมิคุ้มกันโรคสูง สามารถลดการขยายจำนวนของไวรัส ลดการทำลายเซลล์ซีดีสี่ (CD4 cells) ช่วยป้องกันการติดเชื้อของไวรัส และส่งเสริมการฟื้นฟูภูมิคุ้มกันของร่างกาย รวมทั้งช่วยชะลอพัฒนาการของโรค

การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (adherence) ของผู้ป่วย มีความสำคัญมากเนื่องจากความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะบอกถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณไวรัส (HIV viral load) การเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) และความยาวนานในการรักษาอย่างได้ผล (Durability) การใช้ยาต้านไวรัสหากไม่มีความครบถ้วน ถูกต้อง และ ต่อเนื่อง หมายถึงผู้ป่วยจะสูญเสียโอกาสในการควบคุมเชื้อไวรัส เชื้อจะดื้อยาและมีโอกาสสูงที่จะไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตัวอื่นๆอีกต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2547 หน้า 179) จากผลการศึกษาของกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้ได้ผลดีนั้นผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาดูติดต่อกันอย่างน้อยร้อยละ 90-95 นั่นคือผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาวันละ 2 ครั้งและขาดยาไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน

ข้อบ่งชี้ของการรับประทานยาที่ต่อเนื่องนอกจากดูที่การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังต้องดูที่จำนวนเม็ดยาที่เหลือจากการรับประทาน ในขณะที่ผู้ป่วยมาตามแพทย์นัด และยังสามารถดูได้จากกรเช็คของผู้ป่วยเอง (self report)

สาเหตุของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (ทัศนาศิลป์ และคณะ, 2547 หน้า 19)

1. สูตรยาที่ยุ่งยาก
2. อาการข้างเคียงของยา
3. ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วย
4. ปัญหาทางจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
5. ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาต้านไวรัส
6. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการ

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีดังนี้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2547 หน้า 6)

1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ ความยากจน การศึกษาน้อย การไม่มีงานทำ ไม่มีเครือข่ายในการดูแลและเกื้อหนุนทางสังคม สภาพความเป็นอยู่ที่ไม่มั่นคง การอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล ค่าเดินทางที่สูง การใช้ยาที่มีราคาแพง ครอบครัวมีปัญหา รวมทั้งความเชื่อและวัฒนธรรมองค์การที่แตกต่าง ส่งผลถึงการรักษาที่ไม่เหมาะสม

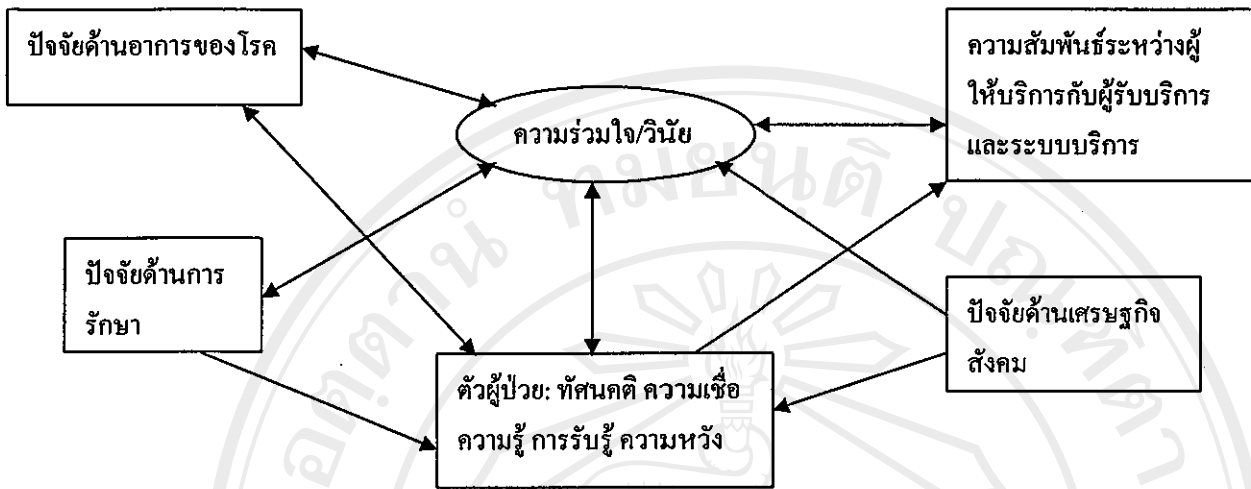
2. ปัจจัยด้านระบบบริการและทีมผู้ให้บริการ จากผลการวิจัยพบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการปรึกษา กับผู้รับบริการจะเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาที่สูงขึ้น การขาดระบบประกันสุขภาพที่ดี การมีระบบจ่ายยาที่ไม่ดี การขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วย โรคเรื้อรัง การที่บุคลากรมีงานประจำมากเกินไป การขาดสิ่งตอบแทนที่เหมาะสม ขาดข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ระบบบริการที่ไม่ครอบคลุม

3. ปัจจัยด้านอาการของโรค เช่น ความรุนแรงของโรค ระดับความสามารถทั้งกาย จิต และสังคม ของผู้ป่วยตลอดจนระดับความเร็วในการกำเริบของอาการและความรุนแรงของโรค และประสิทธิภาพของการรักษาที่มีอยู่

4. ปัจจัยด้านการรักษา ความซับซ้อนของกระบวนการในการรักษาระยะเวลาที่ใช้รักษา ความล้มเหลวในการรักษา ตลอดจนความบ่อยครั้งของการเปลี่ยนแปลงด้านการรักษา

5. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ ความเชื่อและความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้การปรึกษา การหลงลืม ความเครียด ความกังวล ความเข้าใจผิด การไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง ความรู้สึกล้มเหลว ความรู้สึกลดลงต่อการรักษา ตลอดจน ความร่วมมือ ความมีวินัยในตนเอง ความเห็นคุณค่าแห่งตน ระดับความมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้

แผนภูมิที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความมีวินัยในการรับประทานยา



ปัจจัยเสริมที่ช่วยให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2547 หน้า 50-51)

1. ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับประทานยา
2. สูตรยาไม่ยุ่งยากซับซ้อน
3. ยาไม่รบกวนชีวิตและความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันมากนัก
4. ผู้ป่วยเข้าใจว่าการขาดยาบ่อยๆจะทำให้เชื้อื้อยาและนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว
5. คู่สมรส เพื่อน คนในครอบครัวสนับสนุน
6. ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างเปิดเผย

ซึ่งปัจจัยต่างๆดังกล่าวจะต้องพิจารณาตั้งแต่ก่อนเริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วย

อุปสรรคของความมีวินัยในการรับประทานยา (กรมสุขภาพจิต, 2547 หน้า 79)

1. ภาษาในการสื่อสาร
2. เป็นผู้ใช้สารเสพติด
3. มีปัญหาทางจิต
4. มีความขัดสนทางเศรษฐกิจ ครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว
5. ความไม่สามารถเปิดเผยผลการคิดเชื่อแก่ผู้อื่นได้
6. ไม่สามารถกำหนดเป้าหมายของชีวิต การดำเนินชีวิตในระยะยาวได้
7. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ยาต้านไวรัสที่ไม่ถูกต้อง และไม่เพียงพอ
8. ขาดความเชื่อถือในประสิทธิภาพของยา ไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแผนการ

รักษาอย่างสม่ำเสมอ

9. อาการข้างเคียงของยา อาการแพ้ยา

10. ความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

11. ปัญหาในชีวิตประจำวัน การย้ายที่อยู่ การเลี้ยงดูบุตร ภาวะในครอบครัว ปัญหาในชีวิตซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะหน้าที่ใกล้ตัวมากกว่าเรื่องการรับประทานยา

วิธีการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2547 หน้า 72)

1. การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา (drug counselling) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนและสม่ำเสมอ รวมถึงข้อแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาต่างๆจากการใช้ยา

2. การใช้ยาแบบเม็ดรวม (Fix Dose Combinations) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ง่ายขึ้น

3. การลดความถี่ของการรับประทานยาให้มีจำนวนมือน้อยลง เพื่อช่วยลดความยุ่งยากและการลืมรับประทานยา

4. การจัดตารางเวลาในการรับประทานยาที่เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของแต่ละบุคคล

5. การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือน เช่น ใช้นาฬิกาปลุกบอกเวลา

6. การใช้กล่องใส่ยา (Pill box) ที่มีช่องสำหรับยาที่ใช้ในแต่ละวัน และแต่ละมือ

7. การมีพี่เลี้ยงคอยกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา (Directly Observed Treatment: DOT) โดยเฉพาะในเดือนแรกของการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดท้อแท้หรืออาการข้างเคียงของยาไม่ได้

8. ควรนำยามาวางไว้ในที่ๆสามารถมองเห็นได้ชัดเจน หยิบจับได้สะดวก

9. ใช้ปฏิทินในการบันทึกข้อมูลการรับประทานยาแต่ละมือ (Medication diaries) และควรมีช่องสำหรับบันทึกสาเหตุของการลืมไว้ด้วยเพื่อหาทางแก้ไขในโอกาสต่อไป

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส (Drug Adherence) :

(ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2547 หน้า 71-72)

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส มีผลต่อการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการให้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีรูปแบบการประเมินดังนี้

1. สอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง (Self- Report) เกี่ยวกับจำนวนมือที่ลืมรับประทานยาและสาเหตุที่ลืม

2. การนับเม็ดยา (Pill counts) นับจำนวนเม็ดยาที่เหลือเมื่อถึงวันมาตรวจ เปรียบเทียบกับจำนวนเม็ดยาที่ควรจะมีเหลือจริง

3. การใช้อุปกรณ์ทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic device) เนื่องจากมีราคาแพงจึงไม่นิยมใช้ในประเทศไทย

4. ข้อบ่งชี้ทางชีววิทยา (Biological Markers) ประเมินจากผลตรวจจำนวนไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) และ ค่าซีดี4 (CD4)

5. การตรวจวัดระดับยาในกระแสเลือด (Therapeutic drug monitoring) ไม่นิยมใช้เนื่องจากราคาแพง และมีความยุ่งยากในการตรวจ

การประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2547 หน้า 86)

มีวิธีการประเมินตามตัวชี้วัดดังนี้

1. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Drug Adherence) เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 95

โดยพิจารณาจากการรับประทานยาอย่างครบถ้วนตามขนาด ต่อเนื่องทุกวันและตรงตามเวลาภายใน 1 ชั่วโมง

วิธีการคำนวณ : ในระยะ 1 เดือนเท่ากับ

$\frac{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลา 1 เดือน}}{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาในระยะเวลา 1 เดือน}} * 100$

จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาในระยะเวลา 1 เดือน

2. ความต่อเนื่องในการรักษาของผู้ป่วย (Service Adherence) เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90

วิธีการคำนวณ : $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษา}} * 100$

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษา

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากแนวคิดเรื่องความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส และความมีวินัยในการรับประทานยาข้างต้น จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนน่าจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน และมีผลกระทบต่อกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะบุคคลจะแสดงพฤติกรรมอะไรออกมาย่อมเป็นผลจากการเรียนรู้ผ่านกระบวนการรับรู้ และแปลผลออกมาเป็นพฤติกรรม ตามประสบการณ์หรือองค์ความรู้ที่มีอยู่ ซึ่งมีผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2542, หน้า 68, 91) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและครอบครัว ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบระหว่างผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานครกับผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าระดับการรับรู้เรื่องโรคเอดส์และการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (SD 0.16 และ

0.18 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบด้านการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ระหว่างผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานครกับผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.001**

การศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534, หน้า 59) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรค กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่น ในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาที่สูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าวัยรุ่นที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ

การศึกษาของ ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2536, หน้า 45) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค สัมพันธภาพของกลุ่มสมรส กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มสมรสที่มีการศึกษาที่สูง จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาที่ต่ำ

การศึกษาของ เสมอจันทร์ อະนะเทพ (2535, หน้า 66) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมธาโดน พบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ดี มักจะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองได้ดีด้วย

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องการรับรู้ดังกล่าวนี้ การศึกษาของ ھرรรษา เทียนทอง (2535, หน้า 72) การศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534, หน้า 59) และการศึกษาของบุรณี ชิพบริสุทธิ (2540, หน้า 70-73) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2652$) และ .05 ($r = .1195$) และการศึกษาของ ศรีวงศ์ ھرวานนท์ (2546, หน้า 62-63) ซึ่งศึกษาเรื่องทัศนคติและผลกระทบต่อความคิดเห็นชีวิตจากปัญหาโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงงานนิคมอุตสาหกรรมนวนคร จังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์สูงที่สุด คือกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และกลุ่มที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่กลุ่มที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาของ เพนเดอร์และคณะ (Pender, et al. 1987 in Woods 1989 :9) และการศึกษาของ สเปคค์ โคเวอร์ท และเพลเลท (Speake, Cowart & Pellet 1989 :99) พบว่า ปัจจัยทางด้านทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความคิดอ่าน ความสามารถในการหาเหตุผล การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพมีส่วนสำคัญในการกำหนดแบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

การศึกษาของบาวด์ (Bownd, 1987 : 68) ศึกษาการรับรู้ ความคิดเห็นของนักศึกษาครู และครู 36 คนเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า นักศึกษาครู และครู มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์น้อย และร้อยละ 20 ของครูไม่ทราบว่าโรคเอดส์ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นครูซึ่งทำหน้าที่ให้ความรู้แก่นักศึกษา มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่เพียงพอจะส่งผลถึงนักศึกษาได้

การศึกษาของ เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย (2532, หน้า 65) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้เข้าเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

การศึกษาของ สุวิมล ตันตีสุขธนา (2533, หน้า 28) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ กองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ผลประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

การศึกษาของวันเพ็ญ ริมวิทยากร (2533, หน้า 55) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มวัยรุ่นทหารเกณฑ์มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พฤติกรรมการป้องกันโรค และสัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยภายหลังการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร บุญถื่อ (2533, หน้า 48) ที่พบว่า การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พฤติกรรมการป้องกันโรค และสัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัย ภายหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ที่สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสอนสุขศึกษา

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นปัจจัยที่สำคัญนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ปลอดภัยจากการเกิดโรคได้ โดยการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้องและเหมาะสม

เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1975: 11) อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะได้รับ และผลที่จะได้จากการกระทำของตน ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้น เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรค ประกอบด้วยความเชื่อที่ว่า คนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ใน

การลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ตัวแปรอื่นๆเช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ยังเป็นปัจจัยเอื้อให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (Rosenstock,1974 : 5)

การศึกษาประโยชน์ที่ได้รับจากการรับประทานยาต้านไวรัส ในประเทศไทยมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยพอสรุปได้ดังนี้ รัตนา พันธุ์พานิช และคณะ (2546, หน้า 22) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ.2545 ประเด็นการให้บริการ พบว่ายังมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ในโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง พบว่ายังมีความแตกต่างกันในด้านการจัดบริการซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมของเจ้าหน้าที่ ด้านการให้การปรึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ร้อยละ 70 ของผู้ให้การปรึกษายอมรับว่าในระยะเดือนแรกของการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเป็นช่วงที่ยากลำบากในการให้การปรึกษาเนื่องจากผู้ป่วยที่รับประทานยามักเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การลืมรับประทานยา ความวิตกกังวลขณะรับประทานยาสูงมากในช่วง 1 เดือนแรก ผลจากการรับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 97 ยอมรับว่าหลังได้รับยาต้านไวรัสมีสุขภาพทางกายที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ร้อยละ 96 ระบุว่ามีความสุขทางจิตใจ และชีวิตทั่วไปดีขึ้น ร้อยละ 78 ยืนยันว่าสามารถทำงานได้ดีขึ้นกว่าเดิม

อำไพ อินทรจันทร์(2546, หน้า 69) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินต้นทุนและผลได้ทางเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสและได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในจังหวัดลำพูน พบว่าผู้ติดเชื้อที่รับประทานยาต้านไวรัสและได้รับการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถประกอบอาชีพและมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและดีกว่าเดิม

ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ (2542,หน้า 65) ศึกษาถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัส พบว่าการรับประทานยาเอแซดที (AZT) สามารถช่วยเพิ่มปริมาณของ CD4 cell ในช่วงระยะเวลา 10 เดือนหลังรับประทานยา แต่ปริมาณ CD4 cell จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่าตัวเมื่อรับประทานยาต้านไวรัสที่ให้ร่วมกันมากกว่า 2 ตัว

การศึกษาของ พาเตอร์สันและคณะ (Paterson et al, 2000 : 77) พบว่า การรับประทานยาต้านไวรัสให้ได้ผลดีนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือ/ความมีวินัยในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 95 จึงจะประสบผลสำเร็จทางไวรัสซึ่งการดำเนินการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือที่ดีจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมทั้งตัวผู้ติดเชื้อ, ญาติ, คนใกล้ชิดและทีมที่ดูแลรักษา

จากแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดเหล่านั้นมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ภายใต้สมมติฐานที่ว่า ความรู้ การรับรู้ เกี่ยวกับยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับ

ความมีวินัยในการรับประทานยา โดยมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวแปรทางด้านพื้นฐานประชากร และนำมาศึกษาเพิ่มเติม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อายุ และระยะเวลาที่รับประทานยา

สรุปกรอบแนวคิด

