

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา “การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยจังหวัดนราธิวาส”ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า และรวบรวมเนื้อหา และงานวิจัย โดยสามารถแยกเป็นประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

1. การติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์
2. การเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัส
3. การสนับสนุนทางสังคม
4. ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัส

การติดเชื้อเอชไอวี/ โรคเอดส์

การรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกล่าสุด (Joint united nations programme on HIV/AIDS and world health organization, 2007) โดยองค์การสหประชาชาติ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ.2550 มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 33.2 ล้านคน (30.6 - 36.1 ล้านคน) เป็นผู้ใหญ่มากกว่า 30.8 ล้านคน (28.2 - 33.6 ล้านคน) มีผู้หญิงที่ติดเชื้อประมาณ 15.4 ล้านคน (13.9 - 16.6 ล้านคน) เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.5 ล้านคน (2.2 - 2.6 ล้านคน) และเป็นผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 2.1 ล้านคน (1.9 - 2.4 ล้านคน)

สำหรับประเทศไทยนั้น ปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด เมื่อ 31 มกราคม 2552 สำนักกระบาดวิทยา รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น จำนวน 345,196 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 93,034 ราย (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2552)

1. **ลักษณะทั่วไป** เอดส์ หรือ AIDS (Acquired immuno deficiency syndrome) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอดส์เอชไอวี (Human immuno deficiency virus : HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง ทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น ติดเชื้อวัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง ปอดอักเสบจากเชื้อ PCP เชื้อหูดสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ เหล่านี้อย่างรวดเร็ว

โรคเอดส์พบครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยเป็นชายรักร่วมเพศป่วยเป็นปอดบวมจากเชื้อ นิวโมซิสติส แครินิอา (Pneumocystis carinii) ทั้งที่เป็นคนแข็งแรงมากมาก่อน และไม่เคยใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเซลล์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติจากการศึกษาย้อนหลัง พบว่าโรคนี้มีต้นกำเนิดมาจากประเทศแถบแอฟริกาตะวันตกในปี พ.ศ. 2503 และต่อมาได้แพร่ไปยังเกาะไฮติ ทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชียรวมทั้งประเทศไทยด้วย

HIV (Human immunodeficiency virus) สามารถแบ่งตัวในเซลล์ของคน เช่น เม็ดเลือดขาว เซลล์สมอง เมื่อติดเชื้อร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกัน (Antibody) ต่อต้านเชื้อไวรัส แต่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไป เชื้อยังคงอยู่ในเม็ดเลือดและแพร่ต่อไปได้ และจะไปทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เชื้อไวรัสเอดส์พบมากที่สุดในเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่าง ๆ รองลงมาคือ น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะ น้ำนม มีปริมาณไวรัสเอดส์น้อย สำหรับเหงื่อ ปัสสาวะ และอุจจาระแทบไม่พบเลย แม้ว่าเชื้อเอดส์จะปะปนในของเหลวที่ออกจากร่างกาย แต่พบว่าโอกาสแพร่โรคมีเฉพาะทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น

เชื้อเอชไอวีมีได้ก่ออันตรายร้ายแรงต่อผู้ป่วยโดยตรง แต่เกิดจากการทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดทีโฟซัยท์ ที่เรียกว่า CD4 เมื่อเม็ดเลือดขาวชนิดนี้ต่ำลง จะทำให้ร่างกายขาดภูมิคุ้มกัน และเกิดอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนในที่สุด ภายหลังการได้รับเชื้อ ร่างกายต้องใช้เวลาในการสร้างปฏิกิริยาตอบสนองต่อเชื้อ ในปัจจุบันในการวินิจฉัยว่าติดเชื้อหรือไม่ เราไม่ได้ตรวจหาเชื้อโดยตรง แต่เป็นการตรวจว่าร่างกายเรามีปฏิกิริยาต่อเชื้อหรือไม่ โดยการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody) ซึ่งการตรวจดังกล่าวอาจให้ผลลบได้ในกรณีที่ได้รับเชื้อมาใหม่ๆ เนื่องจากร่างกายยังไม่ได้สร้างปฏิกิริยาตอบสนอง

ภายหลังการรับเชื้อบางรายอาจไม่มีอาการใด ๆ เลย บางรายอาจมีอาการเหมือนการติดเชื้อไวรัสทั่ว ๆ ไป เช่น มีไข้ ผื่นตามตัว ต่อม้ำเหลืองโต เจ็บคอ อาการมักกินเวลาสั้น ๆ และหายไปได้เอง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะไม่มีอาการใด ๆ เลย เชื้อไวรัสจะส่งผลให้ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ลดลงอย่างช้าๆ จนผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของเอดส์ขึ้น เช่น ไข้ ผื่นในปาก ผื่นคันตามตัว น้ำหนักลด

อัตราเฉลี่ยตั้งแต่รับเชื้อจนเริ่มป่วยไข้ (ประเทศไทย) เวลา 7 - 10 ปี ในช่วงที่เรามีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายแต่ไม่ป่วยเพราะเรายังมีภูมิคุ้มกันที่ยังควบคุม หรือจัดการกับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ เรียกว่า เป็นผู้ติดเชื้อ และเมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายเหลือจำนวนน้อย จนไม่สามารถควบคุม หรือจัดการกับเชื้อโรคบางอย่างได้ทำให้เราป่วยด้วยเชื้อโรคนั้น ๆ เรียกว่าเรารเริ่มมี

ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นผู้ป่วยเอดส์ โรคที่เรารู้จักเนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เรียกว่า โรคฉวยโอกาส (Opportunistic infection)

เชื้อไวรัสเอชไอวีพบในเลือดและสารคัดหลั่งหลายชนิดของร่างกาย ได้แก่ น้ำอสุจิ เมื่อในช่องคลอดสตรี น้ำนม และอาจพบได้ในปริมาณน้อย ๆ ในน้ำลาย น้ำตาและปัสสาวะ เมื่อพิจารณาจาก แหล่งเชื้อแล้วจะพบว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีติดต่อกับได้ หลายวิธี ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ การรับเลือดและองค์ประกอบของเลือด การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาเสพติดร่วมกัน และจาก มารดาสู่ทารก ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียด ดังนี้

1. การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าชายกับหญิง ชายกับชาย หรือหญิงกับหญิง ทั้งช่องทางธรรมชาติหรือไม่ธรรมชาติ ก็ล้วนมีโอกาสติดโรคนี้ได้ทั้งสิ้น และปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้นได้แก่การมีแผลเปิดและจากข้อมูลของกองระบาดวิทยาพบว่า ร้อยละ 83 ของผู้ป่วยเอดส์ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

2. การรับเลือดโดยตรง โอกาสติดเชื้อขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสในเลือด พบได้ 2 กรณี คือ

- 1) ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ มักพบในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น
- 2) รับเลือดในขณะผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด (กรณีมีการปนเปื้อน ซึ่งมีโอกาสน้อยมาก)

3. การแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก ผู้หญิงสามารถติดเชื้อเอดส์ได้จากสามี คู่รัก คู่นอน หรือพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง พบว่าอัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงมีครรภ์ประมาณร้อยละ 1.46 (มิถุนายน 2543) และสามารถถ่ายทอดให้ทารกได้ทั้งในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและภายหลังคลอดประมาณร้อยละ 60 ในขณะนี้มีวิธีป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูกได้โดยการกินยาต้านไวรัส ในช่วงอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ไปจนคลอด สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ลงได้ ร้อยละ 30 เหลือเพียงร้อยละ 8 แต่ถึงอย่างไรก็ยังคงมีความเสี่ยงอยู่ดี ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคือ การตรวจเลือดก่อนตัดสินใจตั้งครรภ์ทุกครั้ง ในระยะหลังคลอดเด็กสามารถได้รับเชื้อเอดส์จากแม่ผ่านทางน้ำนมได้ องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ใช้นมผงแทน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงดังกล่าว

4. และการติดเชื้อจากทางอื่น ๆ เช่น การใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์โดยไม่ทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อ (เช่น ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ) การเจาะหูโดยการใช้นิ้วร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์โดยไม่ทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อ การสักผิวหนัง/สักทัว โดยการใช้นิ้วร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์โดยไม่ทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อ

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ปริมาณเชื้อไวรัสเอดส์ การมีบาดแผล การติดเชื้ออื่น ๆ จำนวนครั้งของการสัมผัส การสัมผัสเชื้อโรคบ่อยจะมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น ไปด้วย รวมถึงสุขภาพของผู้รับเชื้อด้วย

2. อาการ อาการแสดง และการดูแลรักษา ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่แสดงอาการ โดยทันที เราสามารถแบ่งอาการเป็นระยะ ๆ ดังนี้

2.1 ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage) ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือกลงจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 4 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่เพศสัมพันธ์ได้

2.2 ระยะที่มีอาการ (Symptomatic stage) แยกได้เป็น

2.2.1 ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symptomatic HIV infection) เดิมเรียกระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือ ARC (AIDS related complex) ปัจจุบันใช้คำใหม่เพื่อเข้าใจง่าย ในระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง เช่น มีเชื้อราในปากบริเวณกระพุ้งแก้มและเพดานปาก ต่อม้ำเหลืองโต ที่บริเวณ คอ รักแร้ ขาหนีบ เป็นงูสวัด หรือแผลริมชนิดลูกกลาม มีอาการเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นหนังอักเสบ น้ำหนักลด

2.2.2 ระยะโรคเอดส์ (AIDS) ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อที่มักไม่เป็นในคนปกติ ที่เรียกว่า "โรคติดเชื้อฉวยโอกาส" ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่จะติดเชื้อชนิดใด และเกิดที่ส่วนของร่างกาย เช่น วัณโรคที่ปอด ปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystis Carinii เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ Cryptococcus ติดเชื้อราในทางเดินอาหาร บางรายอาจเป็นมะเร็งบางชนิดได้

การติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นภาวะที่เกิดเมื่อการติดเชื้อดำเนินไปมากขึ้น ประกอบกับสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อที่อ่อนแอลง อาจมีผลทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายขึ้น เช่น Pneumocystis pneumonia (PCP), Toxoplasmosis, Mycobacterium avium complex (MAC) infection, Cryptococcosis, Penicilliosis, Cytomegalovirus (CMV) infections ทำให้แสดงอาการที่แตกต่างกันตามการติดเชื้อนั้น ๆ

3. การดูแลรักษา เนื่องจากโรคติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคนี้จึงมีอาการที่หลากหลายและมีระดับความรุนแรงต่าง ๆ กันตามระยะของโรค ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงขั้นมีอาการรุนแรง การประเมินผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก ตั้งแต่การซักประวัติและตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประมาณตัวโรค และการให้การดูแล รวมถึงการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้วย โดยสามารถสรุปได้ ดังนี้

3.1 การซักประวัติและตรวจร่างกาย โดยพบว่าการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ครบถ้วน ทำให้สามารถจำแนกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีตามระดับความรุนแรงของโรค

และวางแผนในการรักษาได้ เช่น การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นต้น นอกจากนี้ การจำแนกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีตามระดับความรุนแรงของโรคยังทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแต่ละชนิด และพิจารณาให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้

การตรวจร่างกายควรประเมินภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนักตัวของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้ติดตามการดำเนินโรคและผลการรักษาได้ทางอ้อม การตรวจตาโดยขยายม่านตาความี Cytomegalovirus (CMV) retinitis หรือไม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการ floater หรือตามัวหรือมี CD4 <100 cell/mm³ ผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองโตเร็วหรือโตไม่เท่ากันทั้ง 2 ข้างอาจเกิดจากโรคติดเชื้อแทรกซ้อนหรือมะเร็ง ควรตรวจผิวหนังอย่างละเอียด โรคผิวหนังบางชนิดสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี เช่น Seborrheic dermatitis, โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis), Kaposi's sarcoma, หูด และหูดข้าวสุก เป็นต้น ควรตรวจภายในและมะเร็งปากมดลูกในผู้ป่วยหญิงและตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ รวมทั้งการติดเชื้อเริ่มที่อวัยวะเพศและรอบทวารหนัก

3.2 การประเมินติดตามผู้ป่วยทางห้องปฏิบัติการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษา (Counseling) อย่างเหมาะสม ทั้งการดำเนินโรค การเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบบ้านในอดีตและปัจจุบันทราบ การแนะนำให้ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในลูกในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเป็นหญิงและอาจติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์โดยไม่ทราบมาก่อน การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำ มีดังนี้ CD4 cell count, Plasma HIV RNA load (Viral load), Complete blood count, VDRL หรือ RPR, SGOT, SGPT, Fasting blood glucose, total cholesterol, triglyceride, HDL-cholesterol (และ LDL-cholesterol), Serum creatinine, การตรวจปัสสาวะ การตรวจอุจจาระ HBsAg, HBsAb, anti-HCV Chest x-ray, HIV genotypic resistance test, Pregnancy test, Serum cryptococcal antigen, Serum anti-Toxoplasma IgG, Serum anti-CMV IgG, Tuberculin skin test

การตรวจปริมาณ CD4 เป็นสิ่งจำเป็นในการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะช่วยให้สามารถประเมินระยะของโรคติดเชื้อเอชไอวี ความเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พิจารณาให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส พิจารณาเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และติดตามผลการรักษา เราไม่สามารถประมาณปริมาณ CD4 โดยการคาดคะเนจากปริมาณลิ้มโฟซัยต์ทั้งหมด เนื่องจากเมื่อระยะของโรคติดเชื้อเอชไอวีดำเนินต่อไป ค่าร้อยละของ CD4 จะค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ ค่าสัดส่วนของปริมาณ CD4 และ CD8 (CD4/CD8 ratio) ไม่มีประโยชน์ในการประเมินและติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ใช้ในทางการศึกษาวิจัยมากกว่า

การตรวจปริมาณเชื้อไวรัส (HIV RNA, Viral load) การตรวจวัดปริมาณไวรัสควรจะทำในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายก่อนเริ่มยาต้านไวรัส ประโยชน์ของการวัดปริมาณไวรัสคือ ช่วยในการทำนายการพยากรณ์โรค ทำนายการตอบสนองต่อการรักษา และใช้ติดตามผลการรักษาด้วยยา



ด้านไวรัส แต่ปัญหาในประเทศไทยคือ ราคาค่าตรวจแพง ซึ่งไม่สามารถตรวจได้ในผู้ป่วยทุกราย การตรวจปริมาณไวรัสมีความสำคัญมากในการประเมินผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการวินิจฉัยว่าการรักษาล้มเหลว

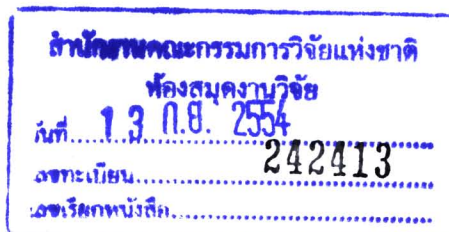
3.3 การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย (Education และ Counseling) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปัจจุบันสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและอยู่อย่างมีคุณภาพได้จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการติดเชื้อเอชไอวีได้ดีขึ้น และช่วยเสริมให้ผู้ป่วยมี Adherence ที่ดี ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า การมาตรวจตามนัดหมายต้องทำอย่างไร ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือมีปัญหาทางการแพทย์อื่น ๆ จะมาพบแพทย์หรือมาตรวจได้ที่ใด กรณีขาดนัดก่อนถึงวันนัดจะทำอย่างไร เป็นต้น

การให้คำปรึกษาควรเน้นเรื่องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่น การใช้ถุงยางอนามัย การบอกคู่่นอนเรื่องตนเองติดเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ควรแนะนำให้เลิกใช้ยาเสพติดหรือส่งต่อคลินิกเลิกยาเสพติด ในระหว่างที่ยังเลิกยาเสพติดไม่ได้ ไม่ควรใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่สุกสะอาดและดื่มน้ำสะอาด ล้างมือหลังเข้าห้องน้ำหรือสัมผัสสิ่งสกปรก สัตว์เลี้ยง เป็นต้น

3.4 การดูแลด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่และเหมาะสมกับอาการของโรค เพื่อให้ได้สารอาหารที่จำเป็นครบถ้วนลักษณะอาการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยคือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร มีแผลในปาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย

การออกกำลังกาย เสมือนเป็นยาอายุวัฒนะที่ช่วยให้มีอายุยืนยาวอารมณ์แจ่มใส นอนหลับง่าย รูปร่างสมส่วน สุขภาพแข็งแรง ควรออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ และเหมาะสมกับสภาพร่างกาย นอกจากนี้การปฏิบัติสมาธิ เป็นกระบวนการที่จัดตั้งมันจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ต้องการ และเพิ่มความสามารถในการควบคุม และเสริมสร้างสุขภาพในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณดีขึ้น

4. ยาต้านไวรัสเอดส์ ยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบัน ได้ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมาก แต่ยังมีข้อจำกัดคือ ยังไม่มียาสูตรใดที่สามารถกำจัดไวรัส HIV ให้หมดไปจากตัวผู้ป่วยหรือรักษาหายขาดได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง อาจต้องกินไปตลอดชีวิต แต่การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไปนาน ๆ ผู้ป่วยบางคนอาจเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น แก้มตอ ขนขาถี่ หรือมีไขมันในเลือดสูง เป็นต้น



การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โดยให้ยาร่วมกันหลายชนิดที่เรียกว่า Highly active antiretroviral therapy (HAART) อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ทำให้อัตราการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและอัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ยาต้านไวรัสในปัจจุบันสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามกลไกการออกฤทธิ์ ได้แก่ กลุ่ม Nucleoside analogues Reverse Transcriptase Inhibitors เช่น Abacavir (ABC), Didanosine (ddI), Lamivudine (3TC), Stavudine (d4T), Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF), Zidovudine (AZT, ZDV) เป็นต้น กลุ่มที่สอง Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ Efavirenz (EFV), Nevirapine (NVP) กลุ่มที่สาม HIV-1 Protease Inhibitors ได้แก่ Saquinavir (hard capsule, soft gel capsule), Atazanavir (ATV), Indinavir (IDV), Nelfinavir (NFV), Ritonavir (RTV) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกลุ่ม Fusion inhibitors ได้แก่ Enfuvirtide ซึ่งออกฤทธิ์ต่างกันออกไป มีเพียงชนิดเดียวและมีราคาแพง

หลังจากเริ่มให้การรักษาด้วยสูตรยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ ปริมาณไวรัสจะลดลงอย่างรวดเร็ว โดยอาจลดลงถึง 3 log₁₀ copies/mL มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการลดลงของปริมาณไวรัสหลังการรักษามีความสัมพันธ์กับการชะลอการดำเนินโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสหลังการรักษาด้านไวรัสน้อยกว่า 400 copies/mL จะมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสมากกว่า 400 copies/mL และผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสหลังการรักษาน้อยกว่า 50 copy/mL จะมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสน้อยกว่า 400 copies/mL นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณไวรัสจะมีความไวในการเปลี่ยนแปลงมากกว่าปริมาณ CD4 เมื่อการรักษาล้มเหลว โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีปริมาณไวรัสเพิ่มขึ้นเมื่อเริ่มมีการรักษาความล้มเหลวก่อนที่จะเห็นการลดลงของปริมาณ CD4

การเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัส (Antiretroviral Adherence)

การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบัน มีผลต่อผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์อย่างมหาศาล ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตน้อยลง เจ็บป่วยลดลง สามารถกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติได้ อย่างไรก็ตามด้วยข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันผู้ป่วยไม่สามารถหยุดยาด้านไวรัสได้ และต้องรับประทานตลอดไป ดังนั้นปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการใช้ยาต้านไวรัส คือ Adherence หรือ “การเกาะติดยา” เป็นอย่างดีเพื่อไม่ให้เกิดเชื้อดื้อยา

มีคำ 2 คำที่มักใช้กันคือ Compliance และ Adherence ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เรามักจะให้คำว่า Adherence มากกว่า Compliance คำว่า “Compliance” หมายถึง ผู้ป่วยเชื่อฟังแพทย์และปฏิบัติตามแพทย์สั่ง แต่ Adherence เป็นคำที่ใช้โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยเข้าใจ

ยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตาม และรับประทานยาให้ถูกขนาด ถูกเวลาตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งมักจะต้องนำยาคิดตัวไปด้วยเสมอ จึงใช้คำว่า “เกาะติดยา” (เพลินจันทร์ เชษฐโชติศักดิ์ และสุนีย์ สุณพันธ์, 2549)

1. ความสำคัญของการเกาะติดการให้ยาด้านไวรัส เชื้อไวรัส HIV มีความสามารถที่ก่อให้เกิดการดื้อยาได้ง่าย เพราะเชื้อแบ่งตัวจำนวนมหาศาลในแต่ละวัน และเชื้อมีโอกาสมากมายที่จะสูงในการแบ่งตัวแต่ละครั้ง หากเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ หรือกินยาเพียงบางตัว ไวรัสจะเริ่มมีการแบ่งตัวทันทีและพร้อมที่จะกลายพันธุ์และเกิดการดื้อยาได้โดยง่าย ยาด้านไวรัสแต่ละกลุ่ม แต่ละชนิดมีโอกาสดื้อยาแตกต่างกันออกไป เช่น ยาในกลุ่ม Non nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) ซึ่งเป็นยาที่ประเทศไทยใช้เป็นสูตรมาตรฐานอันดับแรก (NNRTI-based regimen) ไม่ว่าจะเป็น Nevirapine (NVP) หรือ Efavirenz (EFV) เป็นยาที่มีโอกาสดื้อยาอย่างมาก เพียงการกลายพันธุ์เพียงตำแหน่งเดียว (จากหลาย ๆ ตำแหน่งที่จำเพาะ) เชื้อจะดื้อยาทันที ยิ่งไปกว่านั้นหากดื้อยาตัวหนึ่งก็มักจะดื้อข้ามไปยังยาอีกตัว ดังนั้นจึงไม่สามารถนำยาตัวใหม่ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันมาใช้ได้อีก โดยทั่วไปยาในกลุ่ม Nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) ดื้อยาไม่มากนัก ต้องมีการสะสมตำแหน่งการกลายพันธุ์หลาย ๆ ตำแหน่งที่เรียกว่า Thymidine analogue mutation (TAM) หรือ Nucleoside analogue mutation (NAM) แต่มียาในกลุ่ม NRTI ตัวหนึ่งที่ไวรัสสามารถดื้อยาได้อย่างรวดเร็วโดยการกลายพันธุ์ที่ตำแหน่งเดียวคือ Lamivudine (3TC) ซึ่งเป็นยาที่มีความปลอดภัยสูงผลข้างเคียงน้อย จึงมักใช้เป็นส่วนหนึ่งของสูตรมาตรฐาน เช่น GPV VIR-S (d4T+3TC+NVP), GPO VIR-Z (AZT+3TC+NVP), d4T+3TC+EFV และ d4T+3TC+IDV+RTV สูตรยาที่ประเทศไทยใช้เป็นอันดับแรก คือ NNRTI-based regimen ซึ่งอาจเป็นยาผสมในเม็ดเดียวกัน หรือเป็นยา 3 ชนิดก็ตาม ในสูตรดังกล่าวจะมียา 2 ชนิดที่มีโอกาสดื้อยาได้ง่ายอยู่ร่วมกัน ข้อดีของยาสูตรนี้มีมากเพราะราคาถูก (NVP – based regimen) รับประทานสะดวกเพียงครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง (GPO VIR-S และ GPO VIR-Z) แต่ข้อเสียคือ การดื้อยาได้ง่าย

Paterson และคณะ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง Adherence และการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาด้านไวรัส โดยการวัดปริมาณไวรัสเอดส์หลังการรักษา หากไวรัส >400 copies/mL ถือว่าการรักษาล้มเหลว (Virologic failure) และวัด adherence ด้วยอุปกรณ์พิเศษที่เรียกว่า Medication events monitoring system (MEMS) ซึ่งติดตั้งที่ฝาขวดยา ทุกครั้งที่มีการเปิดขวดยาจะมีการบันทึก วัน เวลา และระยะเวลาของการเปิดขวดนั้น เพื่อทราบว่าผู้ป่วยน่าจะเปิดขวดเพื่อรับประทานยาเมื่อใด และมีการนับจำนวนเม็ดยาก็ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งหรือไม่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มี Adherence ที่มากกว่า 95% เท่านั้นที่มี Virologic failure ต่ำสุด จึงเห็น

ได้ว่าผู้ป่วยต้องมี Adherence ที่สูงมาก (>95%) เท่านั้นจะให้ผลการรักษาที่ดี เราจึงควรเน้นย้ำความสำคัญของการกินยาให้ผู้ป่วยมี adherence ต่อยาให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ลักษณะการติดตามและส่งเสริมการเกาะติดการใช้ยาด้านไวรัส (พัชรี ชันติพงษ์ และ ปานิดา ปทีปวัฒน์, 2550) ในผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาด้านไวรัสเป็นช่วงระยะเวลาต่างๆ สามารถแยกได้ดังนี้

ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยา 0 - 6 เดือน ในการให้ยาครั้งแรกเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การรับประทานยาสูตรแรกสำคัญที่สุด ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจวิธีรับประทานอย่างละเอียด อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจเลือกเวลารับประทานยาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ให้ข้อมูลแสดงตัวอย่างและทดสอบความเข้าใจและลองปฏิบัติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีความต้องการรับประทานยาด้านไวรัสอยู่ก่อนแล้ว การให้คำแนะนำผู้ป่วยจึงมักรับปากและตั้งใจปฏิบัติตามโดยเฉพาะการรับประทานยาด้านไวรัส ในการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง แพทย์ผู้ดูแลควรถามเรื่องความสม่ำเสมอตรงเวลาในการรับประทานยาทุกครั้ง รวมทั้งสอบถามเรื่องผลข้างเคียงของยา ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงเวลาหรือลดขนาดยาเอง

ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยา 6 เดือน - 1 ปี ผู้ป่วยเริ่มมีความเคยชินในการรับประทานยามากขึ้น สามารถปรับการรับประทานยาเหมือนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เริ่มเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผ่านพ้นการเกิดผลข้างเคียงในระยะแรกของการรับประทานยามาได้ การประเมิน Adherence ต้องทำทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาหา การนับเม็ดยาที่เหลืออาจช่วยในการพิจารณาได้บ้าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการดีขึ้น แข็งการขึ้น สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ บางรายอาจกลับไปใช้ชีวิตอย่างเดิมเช่น อาชีพหญิงบริการ การเที่ยวเตร่ การดื่มสุรา หรือใช้ยาเสพติด จึงควรซักถามประเด็นเหล่านี้เป็นข้อมูลประกอบไว้ หากพบจำเป็นต้องพูดคุยอธิบายให้ผู้ป่วยป้องกันการแพร่เชื้อ และเตือนถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยามากกว่า 1 ปี เป็นผู้ป่วยที่ตอบสนองดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยอาจจะเริ่มละเลย หรือให้ความใส่ใจในการรับประทานยาอย่างตรงเวลาน้อยลง ประกอบกับช่วงนี้จะเริ่มพบปัญหาผลข้างเคียงระยะยาว เช่น การสะสมของไขมันผิดปกติ (Lipodystrophy) ภาวะที่เลือกเป็นกรด (Lactic Acidosis) จึงต้องแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า จะได้เฝ้าระวังอาการ และจะได้ไม่หยุดยาหรือลดยาเอง การติดตาม CD4 ทุก 6 เดือน และแจ้งผลให้ผู้ป่วยทราบ จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเข้มงวดในการรับประทานยา แต่ถ้าลดลงจะได้ทบทวนถึงการรับประทานยาว่าครบถ้วน ถูกต้องหรือไม่

2. วิธีการติดตามการเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัส (Adherence) วิธีการติดตามการเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัส (Adherence) (พัชรี จันติพงษ์ และปานิตา ปทีปวัฒน์, 2550) มีวิธีการประเมินดังนี้

2.1 การนับเม็ดยา ดูจำนวนเม็ดยาที่เหลือว่าสอดคล้องกับระยะเวลาหรือไม่ ถ้ามีผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละครั้งกระบวนการนี้จะใช้เวลานาน จึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ

การคำนวณหาระดับการเกาะติดการรับประทานยาต้านไวรัส สามารถคำนวณจากสูตรอย่างง่ายได้ดังนี้ (อรรถพร หิรัญดิษฐ์, 2547, หน้า 21-35)

$$\begin{aligned} \% \text{ Adherence} &= \frac{(\text{initial stock} + \text{refilled amount}) - \text{final stock}}{\text{Numbers of pill/day} \times \text{number of days in follow up}} \times 100 \\ \text{หรือ} &= \frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยใช้จริงในช่วงที่ผ่านมา}}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรรับประทานตามคำสั่งแพทย์ในช่วงที่ผ่านมา}} \times 100 \end{aligned}$$

Initial stock : จำนวนเม็ดยาที่ได้รับเริ่มต้น

Refilled amount : จำนวนเม็ดยาที่ได้รับเพิ่มเติม

Final stock : จำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่

Numbers of pill/day : จำนวนเม็ดยาที่รับประทานในหนึ่งวัน

Number of days in follow up : จำนวนวันตั้งแต่รับยาครั้งที่ผ่านมา จนถึงวันที่นัดหมาย

2.2 การรายงานโดยผู้ป่วย โดยใช้คำถาม เช่น รับประทานยาชนิดใด เวลาเท่าไร เจ็ดวันที่ผ่านมาเคยลืมรับประทานยาก็ครั้ง หรือ ช่วงเวลาที่ผ่านมามีจำนวนเม็ดยาเหลือเพียงใด มาประกอบกับปริมาณยาที่แพทย์ได้ให้ผู้ป่วยรับประทานยาจริง

2.3 การตรวจสอบสมุดบันทึก การรับประทานยาที่ได้บันทึกไว้ ลักษณะการบันทึกว่าตรงและสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่

2.4 การมาตรวจรับยาตามนัด ถ้าพฤติกรรมมาตรวจ ผิดนัดบ่อยครั้ง ให้พึงระวังการเกิด Poor Adherence

2.5 การตรวจปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load assay) เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมิน Good adherence แต่เนื่องจากการตรวจมีราคาสูง และยังมีสถานพยาบาลที่รับตรวจน้อย การใช้ Viral load เพื่อประเมิน Adherence จึงยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัส (Adherence) ปัจจัยหลักที่มีผลต่อ Adherence มี 4 ประการคือ มีปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยของยาต้านไวรัส ปัจจัยด้านการดูแลและระบบการให้บริการ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

3.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย การศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยที่ติดสุรา หรือใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตใจเช่น ซึมเศร้า หรือ เครียดรุนแรง ผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำ ผู้ป่วยที่ไม่ทราบว่าเป็นโรคทางจิตเวชอะไรบ้าง ผู้ป่วยที่มี Self - efficacy ต่ำ (ผู้ป่วยที่เชื่อว่าตนเองไม่สามารถจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้) ผู้ชายและผู้ป่วยวัยรุ่นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกาะติดกับยาต้านไวรัส ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางจิตใจ ผู้ป่วยที่สามารถจัดการให้การรับประทานยาในแต่ละมื้อเข้ากับกิจกรรมในแต่ละวันของคนไข้ได้ ผู้ป่วยที่เข้าใจว่าการกินยาอย่างไม่สม่ำเสมอจะทำให้เชื้อคือยาได้ และทราบอย่างดีกว่าจะต้องเคร่งครัดในการกินยาให้ถูกเวลาและขนาด ผู้ป่วยที่สามารถรับประทานยาต้านไวรัสต่อหน้าผู้อื่นโดยไม่ต้องหลบซ่อน และผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นปัจจัยที่ทำนายว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะสามารถมี Adherence ที่ดี การศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมักรับประทานยาไม่ครบถ้วนถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง เมื่อถามถึงเหตุผล ส่วนใหญ่มักจะตอบว่าลืม งานยุ่งจนลืม ไปต่างจังหวัด กลับไปจนลืมรับประทานยา มีภาวะเครียดและซึมเศร้า มีผลข้างเคียงของยา หรือเจ็บป่วยด้วยอาการอื่นจึงงดยาไป ดังนั้นบุคลากรที่ให้บริการต้องพยายามช่วยผู้ป่วยบริหารจัดการเวลา วางแผนการกินยาของผู้ป่วยให้เข้ากับชีวิตประจำวัน ทำอย่างไรให้มีการลืมน้อยที่สุด จากประสบการณ์คิดว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยของคนไทย อาจจะมีปัญหาน้อยกว่าในต่างประเทศเพราะคนไทยมักให้ความเคารพ และเชื่อถือแพทย์ ปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามปัจจัยที่น่าจะต้องมีในผู้ป่วย ทุกวัยที่จะเริ่มยา คือ “ความพร้อม” ของผู้ป่วย การเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ใช่กรณีเร่งด่วน ไม่มีความจำเป็นต้องจ่ายยาทันที และไม่ควรเริ่มยาต้านไวรัสในการพบผู้ป่วยครั้งแรกควรให้ความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นต่างๆ จนมั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตามที่เราต้องการได้ เช่น

1. การรับทราบการติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและครอบครัวการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคนี้ เพียงแค่ควบคุมไวรัสไว้เท่านั้น และทำให้มีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ผู้ป่วยต้องกินยาลดชีวิตเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป
3. การกินยาไม่สม่ำเสมอจะทำให้เชื้อคือยา และกลับมาเป็นโรคฉวยโอกาสได้อีก
4. การตอบสนองต่อยาต้านไวรัสสูตรแรกจะดีที่สุด หากผู้ป่วยไม่ทำให้คือยาจะสามารถให้สูตรเดิมได้อย่างต่อเนื่อง หรืออาจจะตลอดไป (บางคนเข้าใจว่ากินยาไป 3 - 5 ปีก็จะคือยา ต้องเปลี่ยนสูตรยาใหม่ไปเรื่อย ๆ)
5. เป้าหมายของการรักษา และการเปลี่ยนแปลงของ CD₄ และระดับไวรัสที่ต้องการสูตรยาที่เลือกใช้ และวิธีกินยาอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

6. ช่วยหาวิธีและเวลาที่เหมาะสมในการกินยาเพื่อให้เข้ากับชีวิตประจำวัน และ การรับประทานอาหารของคนไข้ การใช้อุปกรณ์อื่น ๆ เช่น ตลับใส่ยา การใช้นาฬิกา หรือ โทรศัพท์มือถือปลุกเตือนเวลาที่ต้องรับประทานยา อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการกินยาของผู้ป่วย

3.2 ปัจจัยด้านยาด้านไวรัส ปัจจัยด้านยาด้านไวรัสมีความสำคัญเช่นเดียวกันเพราะจากการศึกษาพบว่า จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละครั้งที่มีจำนวนมาก ความถี่ของการบริหารเวลาที่ยาที่บ่อย ยาที่มีข้อจำกัดเรื่องอาหาร ยาที่ไม่สามารถนำติดตัวไปด้วย (ต้องแช่ตู้เย็น) ยาที่มีผลข้างเคียงสูง จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมี Adherence ต่ำลง ดังนั้นยาที่ผลิตออกมาในระยะหลังจะพยายามลดข้อจำกัดเหล่านี้ลง เช่น ปัจจุบันสูตรยาต่าง ๆ จะพยายามทำให้เป็นเม็ดยาผสม เพื่อให้จำนวนเม็ดยาลดลงบริหารเวลาน้อยลง มีผลข้างเคียงไม่มากนัก อย่างไรก็ตามจากการศึกษาถึงความถี่ในการบริหารเวลา พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการบริหารวันละ 1 ครั้ง กับ วันละ 2 ครั้ง

สำหรับยาที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมและมักใช้เป็นสูตรแรกของประเทศไทยคือยา GPO VIR-S และ GPOVIR-Z นับว่าเป็นยาด้านไวรัสที่มีคุณสมบัติค่อนข้างดี เพราะเป็นสูตรยาผสมของตัวยา 3 ชนิดในเม็ดเดียวกัน รับประทานเพียงครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร และสามารถพกติดตัวไปได้สะดวก แต่มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงที่ค่อนข้างสูงโดยเฉพาะในระยะแรกของการเริ่มยาจากตัวยา NVP ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ผื่นแพ้ หรือเกิดตับอักเสบที่รุนแรง และเป็นอันตรายได้

ผลข้างเคียงระยะยาวของยาด้านไวรัสก็อาจมีผลต่อ Adherence ได้เช่นกัน เช่น ภาวะ Lipodystrophy แก้มตอบ แขนขาลีบ Dyslipidemia, Peripheral neuropathy ชาตามปลายมือ เท้า ที่มักเกิดจาก d4T ควรมีการปรับเปลี่ยนสูตรยาให้มีผลข้างเคียงลดลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความกังวล การใช้แผ่นพับ วิดีทัศน์ และอุปกรณ์อื่น ๆ อาจช่วยเพิ่ม Adherence แก่ผู้ป่วยได้โดยการชี้แจงข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในช่วงใดบ้าง วิธีการจัดการกับผลข้างเคียงนั้น ๆ ผลข้างเคียงรุนแรงที่ต้องมาพบแพทย์ กรณีฉุกเฉินจะพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เพื่อติดต่อและขอคำปรึกษาได้อย่างไร

3.3 ปัจจัยด้านการดูแลและระบบให้บริการผู้ป่วย การเข้าถึงระบบบริการและยาด้านไวรัส เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อ Adherence การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับระบบบริการและเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการจะนำไปสู่ Adherence ที่ไม่ดี ในประเทศไทยการให้ยาด้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ป่วยติดเชื้อ ภายใต้งานโครงการ NAPHA นับว่าเป็นโครงการที่ประสบความสำเร็จมากโครงการหนึ่ง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาด้านไวรัสได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มี

ทีมผู้ให้บริการ ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และความตั้งใจจากบุคลากรหลายฝ่าย ซึ่งผ่านการอบรมเป็น อย่างดีก่อนดำเนินการ มีคลินิกและระบบพิเศษที่ให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ โดยง่าย ดังนั้นระบบการให้บริการ และทีมให้บริการที่ดีนี้น่าจะเป็นต้นแบบของการให้ยาต้านไวรัส เอดส์ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาจำนวนมากในผู้ป่วยติด เชื้อ และแพร่ไปสู่ผู้ป่วยรายใหม่ จนเราไม่สามารถใช้ยา GPO VIR อีกต่อไป

ความสัมพันธ์อันดี ความเชื่อถือว่าไว้วางใจ และการยอมรับฟังปัญหา ระหว่างผู้ ให้บริการและผู้รับบริการเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการรับประทานครบอย่างสม่ำเสมอ ในส่วน ของผู้ให้บริการ นอกจากแพทย์แล้ว ต้องมีทีมงานที่มีความสนใจ ตั้งใจที่จะเสียสละและไม่รังเกียจ ผู้ป่วย พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทีมงานควรประกอบด้วยบุคลากรดังนี้ พยาบาลให้คำปรึกษา เกสเซอร์ นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเจ้าหน้าที่เหล่านี้ ควรได้รับการอบรมด้าน การให้คำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมาก่อนการทำงานและมีการอบรมเพิ่มเติมเป็นระยะให้มี ความรู้ที่ทันสมัยตลอดระยะเวลาของการปฏิบัติงานนอกจากสร้างความสัมพันธ์ที่ดีแล้ว ผู้ให้บริการ ควรมีการประเมิน Adherence ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ Wald and Temoshok (2004) พบว่า ความ เชื่อถือและไว้วางใจต่อแพทย์ผู้รักษาเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการทำนายความถูกต้อง ครบถ้วน และเนื่องสม่ำเสมอ ในการรับประทานครบด้านไวรัสเอดส์

3.4 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยแวดล้อมที่มีส่วนสำคัญต่อการช่วยให้ ผู้ป่วยมีการเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัสอีกประการหนึ่ง คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยจะได้รับจาก ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือจากบุคลากรทางการแพทย์ สร้าง ความสัมพันธ์อันดี ความเชื่อถือว่าไว้วางใจ การยอมรับฟังปัญหา การช่วยเหลือทางด้านวัตถุหรือ ปัจจัยยังชีพ หรืออาจจะเป็นการได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่ดี

การสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) ตามทฤษฎีของเฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, 1985, pp. 199 - 206 อ้างถึงใน กาญจนา พานิชมาท, 2546) หมายถึง สิ่งที่ได้รับ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการ สนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับ ได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี การ สนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน นำชุมชน เพื่อน ร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แคมแพน (Caplan) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับ

โดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นการผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ พิลิซุก (Pilisuk) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเอง ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

แนวความคิดของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย มีทั้งความแตกต่างและคล้ายคลึงกัน ในการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต นอกจากนี้ เพนเดอร์ (Pender) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญ 3 ประการ (Pender, 1987, pp.398 อ้างถึงใน สิวลี ศรีไธ, 2534) คือ

1. เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน
2. ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยให้มีความสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตเต็มที่
3. เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายระดับของอันตราย หรือความเครียดที่ประสบอยู่ เมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจจะสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้อาการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจดีขึ้น

ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกช่วงวัย มีลักษณะเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ความคิด ความรู้สึก เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เป็นที่รักและต้องการของครอบครัวและสังคม ในวัยผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต และเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1. แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคม จัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบการสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าว

โดยสรุปได้ว่า แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ การสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

2.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน

2.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย

2.2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ

2.2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

2.2.4 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

3.ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม เฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, 1985, pp. 199 - 206 อ้างถึงใน กาญจนา พานิชมาท, 2546) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

3.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การช่วยเหลือในรูปแบบของคำพูด หรือการกระทำ ให้ผู้รับเกิดความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย รวมถึงการปลอบ โยน และให้กำลังใจ

3.2 การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้อง การยอมรับ การบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น หรือการให้รับรอง ในการทำงานและการใช้ชีวิตร่วมกัน

3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลและคำแนะนำ (Information support) หมายถึง การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การคัดเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

3.4 การสนับสนุนปัจจัยทางเครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการให้การสนับสนุนในลักษณะสิ่งของ เครื่องมือ การงาน เงิน อาหาร หรือเวลา

4. ระดับของการสนับสนุนทางสังคม นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิบ (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2531, หน้า 101) ได้แบ่งระดับ การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

4.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

4.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

4.3 ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามิ ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective support)

5. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

5.1 จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม

5.2 ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย

5.2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง

5.2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่ามีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

5.2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

5.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

5.4 จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ คือการมีสุขภาพดี

ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัส

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะมีผลต่อการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลภาวะการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคใด ๆ ซึ่งสามารถสรุปผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัย เป็นผลต่อสุขภาพกาย และผลต่อสุขภาพจิต

ผลต่อสุขภาพกาย มีการศึกษาพบว่า ในกลุ่มประชากรที่การสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย ในด้านพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์เกอร์ พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย และสำหรับผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ส่วนผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

การศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับการเกาะติดการใช้ยาต้านไวรัส ซึ่งศึกษาโดย Ncama et al. (2008) พบว่าเพื่อนสนิท และครอบครัว จะเป็นบุคคลหลักในการให้การสนับสนุนทางสังคม และยังสรุปอีกว่าเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมมีความจำเป็นต่อการดูแล

ผู้ป่วยเอดส์ สำหรับ บุษดี ศรีคำ (2546) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าการเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ อุไร นิโรธนันท์, อติพร สำราญบัว และสุพัตรา เลิศทรัพย์อำไพ (2545) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ยังช่วยในเรื่องพฤติกรรมเพศและความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเพศและความเครียดโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ Brown et al. (1998) ได้ทำการศึกษาบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อการเกาะติดยาต้านไวรัส และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลรักษาตัวโรค พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนมาก จะส่งผลทำให้มีการเกาะติดการใช้ยา และปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากกว่า กลุ่มผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อย และพบอีกว่าเครือข่ายทางสังคมในลักษณะที่ไม่เป็นทางการ (Informal social network) มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการดูแลรักษาโรคเอดส์ด้วย และ Vyavaharkar et al. (2006) ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม การปรับตัว และการเกาะติดการใช้ยาด้านไวรัส ในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคเอดส์ ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งทำการศึกษาในพื้นที่ชนบทในทางภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัว จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกาะติดการใช้ยาด้านไวรัส แต่จำนวนบุตรของผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยในแง่ลบต่อการเกาะติดต่อการรักษาโรค

ในแง่ของการยอมรับในสังคม เอแบคโพลล์ (2547) ทำการวิจัยเชิงสำรวจ ได้สรุปและเปรียบเทียบผลสำรวจที่ทำก่อนหน้านี้เกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อผู้ป่วยเอดส์ กับการวิจัยการรับรู้ของผู้ป่วยเอดส์ต่อความเอื้ออาทรทางสังคม พบว่า ถึงแม้ประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีและยอมรับกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ระดับหนึ่ง แต่กลุ่มผู้ป่วยเอดส์กลับรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตยังไม่ได้รับความจริงใจในการปฏิบัติและเอาใจใส่อย่างแท้จริงจากสังคม

มีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในส่วนภูมิภาคของประเทศไทยโดย วิลาวัณย์ เสนารัตน์ (2546) ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับการยอมรับผู้ติดเชื้อและการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้คณะยังพบชุมชนต่างๆ ยังมีปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร และการจัดสรรงบประมาณ ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อยังมีข้อจำกัดอยู่มาก

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นสิ่งที่จะทำให้การเกาะติดการใช้ยาด้านไวรัสดีมากยิ่งขึ้น โดย ศิริมา นามประเสริฐ, ดุษฎี อาวุธวัฒน์ และ

สุเกติณี สุทธิระ (2548) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเอดส์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ โดยรวมอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง ส่วนชุมชนที่มีผู้ป่วยเอดส์ ให้การสนับสนุนต่อทางสังคมผู้ป่วยเอดส์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด และพบว่าครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของ เป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ส่วนชุมชนที่มีผู้ป่วยเอดส์ให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ขณะที่ชุมชนให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ด้านวัตถุสิ่งของน้อยที่สุด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ของครอบครัว ความสามารถในการเผชิญปัญหาภาวะวิกฤติของครอบครัว ความผูกพันทางสังคมในชุมชน และค่านิยมการช่วยเหลือกันยามเจ็บป่วยในชุมชน