

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษ พ.ศ.2544 ว่าด้วยเรื่องเอชไอวี/เอดส์ (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS) ได้มีการลงนามในปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง เอชไอวี/เอดส์ เป็นการแสดงให้เห็นถึงฉันทามติของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ที่มีต่อจุดมุ่งหมายที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal) ที่ว่าด้วยการหยุดยั้งการกลับมาของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งศูนย์อำนวยการจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (2554) ได้สรุปรายงานการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องเอชไอวี/เอดส์ รอบปี พ.ศ.2553 ซึ่งแสดงข้อมูลปี พ.ศ. 2551-2552 โดยวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงที่ผ่านมา แสดงข้อมูลว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทยยังไม่ลดลง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มเยาวชน และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้ประเทศไทยไม่สามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งได้โดยให้เหลือจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ตามเป้าหมายของแผนรณรงค์การเข้าถึงอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมภายในปี 2553 สำนักระบาดวิทยา (31 มีนาคม 2554) รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยรายงานว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้นจำนวน 372,874 คน โดยผู้ป่วยดังกล่าวเสียชีวิตแล้ว จำนวน 98,153 คน

แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติที่มีมติเห็นชอบในปี พ.ศ. 2554 มีเป้าหมายการทำงานเอดส์ในอีก 5 ปี (พ.ศ. 2555- พ.ศ. 2559) ของ โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)

- (1) ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ (Zero New Infections)
- (2) ไม่มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ (Zero AIDS-related Deaths)
- (3) ไม่มีทางเลือกปฏิบัติ (Zero discrimination)

ทั้งนี้ในประเด็น ไม่มีผู้ที่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ สิ่งที่ต้องดำเนินการมีดังนี้

- (1) แก่ทัศนคติเรื่องเอดส์ ว่า “เอดส์เป็นแล้วตาย” แล้วไม่กล้าออกมารักษา และทัศนคติ “การติดเชื้อเป็นความผิด-คนไม่ดี” การตีตราในกลุ่มผู้ต้องขัง ผู้ใช้ยา ผู้ที่มีชีวิตทางเพศที่แตกต่าง เป็นต้น
- (2) สนับสนุนให้รัฐบาลนำนโยบายที่เอื้อต่อการเข้าถึงการรักษามาใช้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง เช่น การใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (ซีแอล) การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การปรับสูตรยาให้เหมาะสม การรักษาอาการติดเชื้อร่วมกับเชื้อเอชไอวี เช่น ไวรัสตับอักเสบชนิดต่างๆ และวัณโรค
- (3) ขยายระบบการรักษาให้ครอบคลุมทุกคนทุกกลุ่มที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย โดยไม่เลือกปฏิบัติ ซึ่งรวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์และแรงงานข้ามชาติ
- (4) พัฒนาระบบคุณภาพการให้บริการด้านการดูแลรักษา ทั้งเอชไอวี/เอดส์ และโรคที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเอดส์อย่างเป็นมิตร เพื่อให้พร้อมเปิดตัวและไปรักษา
- (5) สนับสนุนให้ประชาชนเข้าใจและรู้สิทธิประโยชน์ด้านการดูแลรักษาของตนเอง
- (6) รมรณรงค์ให้คนทั่วไปเข้าใจและรู้จักพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ด้วยตนเองและอย่างสมัครใจ เพื่อให้สามารถรู้สถานการณ์การติดเชื้อและเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันทั่วถึง

การดำเนินโครงการภายใต้นโยบายการดูแลและรักษาผู้ป่วยดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกระดับ ทั้งนี้ในระดับประเทศ ซึ่งได้ดำเนินนโยบายขยายโครงการยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในระดับบุคลากรที่ทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยก็ต้องมีการประเมินปัจจัยที่มีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อการรักษาเพื่อใช้ในการวางแผนให้การรักษาดูแลจนติดตามเพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อผลการรักษาผู้ป่วย ในระดับผู้ป่วยและครอบครัวก็ต้องเพิ่มความรู้ความเข้าใจ มีความพร้อมต่อความร่วมมือในการรักษา ในปัจจุบันแม้โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้โดยการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทั้งนี้ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีเป้าหมายเพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในผู้ป่วย ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็ง ลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ มีชีวิตยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ประเทศไทยและนานาชาติทั่วโลกได้เพิ่มการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสสำหรับประชากรในประเทศของตน ตามนโยบาย Three by Five (3x5) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ว่า “ประชากรทั่วโลกที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเป็นจำนวน 3 ล้านคน ภายในปี 2005” ประกอบกับกองทุนโลก (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) ได้ตั้งงบประมาณ

สนับสนุนแก่ประเทศต่างๆ ในรอบที่ 1 สำหรับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ตามที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณไป (กระทรวงสาธารณสุข 2553: 44-45) ในส่วนของประเทศไทยได้มีการขยายโครงการให้ยาด้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (NAPHA) เป็นโครงการระดับประเทศในปี พ.ศ. 2546 ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้โครงการประสบผลสำเร็จและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วย มีหลายปัจจัยตั้งแต่เรื่องของระบบ การเข้าถึงบริการและการส่งต่อผู้ป่วย การกำหนดสูตรยาพื้นฐานที่เหมาะสม การมีตัวยาที่ผลิตได้เองในประเทศ การติดตามภาวะแทรกซ้อนของยา และการติดตามภาวะดื้อยาด้านไวรัส แต่ปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งอีกอย่างหนึ่งคือ การติดตามและการส่งเสริมการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างถูกต้อง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2550: 9) รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือด้านอื่นๆ ของตัวผู้ป่วยที่จะส่งผลดีโดยรวมที่ดีต่อการรักษา ซึ่งการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาด้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย และการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลรักษาโรคเอดส์ ได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง และได้ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า ซึ่งได้ขยายขอบเขตการให้บริการไปอย่างกว้างขวางในโครงการการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ โครงการการให้บริการยาด้านไวรัสในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการให้ยาด้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม โครงการให้บริการยาด้านไวรัสเอดส์ในสวัสดิการข้าราชการ และโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2550: 1) กระทรวงสาธารณสุข (2554) สรุปแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาด้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทำให้มีผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีต

ยาด้านไวรัสเอดส์ เป็นยาที่สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อหยุดยั้งหรือออกฤทธิ์ด้านการแบ่งตัว การยับยั้งการเกาะจับและเข้าเซลล์ (Interference with attachment and entry) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ยาด้านไวรัสเอดส์ตัวแรกมีจำหน่ายคือ Zidovudine จนถึงปี พ.ศ. 2539 เริ่มมีการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์หลายตัวผสมกัน (High Active Antiretroviral Therapy) เอดส์จึงกลายเป็นโรคที่รักษาได้แม้ไม่หายขาด อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและรับยาด้านไวรัสเอดส์ไปตลอดชีวิต และผู้ป่วยยังมีโอกาสจะได้รับยาอีกหลายชนิดในการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะประสบกับปัญหาจากยา ตัวอย่างเช่น

(1) อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาด้านไวรัสทั้งที่เกิดในช่วงแรกของการได้รับยา และการได้รับยาระยะยาว อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาที่ใช้ป้องกันหรือรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

(2) ปฏิบัติระหว่างยา ทั้งนี้เนื่องจากยาต้านไวรัสหลายชนิดสามารถยับยั้งหรือเหนี่ยวนำเอนไซม์ที่ตับซึ่งใช้ในการแปรรูปยาต่างๆ ดังนั้นการให้ยาต้านไวรัสพร้อมกับยาที่ต้องอาศัยเอนไซม์จากตับในการแปรรูปจึงอาจทำให้ความเข้มข้นของยาเหล่านั้นในเลือดเพิ่มขึ้นหรือลดต่ำลงได้ นอกจากนั้นยาต้านไวรัสบางชนิดก็ถูกแปรรูปโดยเอนไซม์ที่ตับจึงอาจมีระดับยาในเลือดเปลี่ยนแปลงไปเมื่อได้รับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งหรือเหนี่ยวนำเอนไซม์ตับร่วมด้วย

(3) ปัญหาคือยา เนื่องจากวิธีใช้ยาและระยะเวลาการได้รับยา ถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่อาจเป็นสาเหตุของการรักษาที่ไม่ได้ผล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับยาตลอดชีวิต อาจทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ในขณะที่เวลาที่ผู้ป่วยกินยา สูตรยาโดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องกินยาเวลาเดิม เวลาที่คลาดเคลื่อนจะส่งผลต่อการรักษา

พัชร ศิริศักดิ์ (2547) ทำการศึกษาการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอช ไอวี ที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผลการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ผลดีเมื่อมีระยะเวลาในการรักษานานพอ โดยมีองค์ประกอบจาก ความร่วมมือของผู้ป่วย พงษ์พันธ์ บุญชู และคณะ (2549) ให้ความเห็นว่า เกสซกรควรมีส่วนร่วมในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยโรคเอดส์ในคลินิกผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ยาต่อเนื่องตลอดชีวิต การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันสำหรับแนวทางการรักษาที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงจากยาต้านไวรัสชนิดใหม่ ให้ผู้ป่วยได้รับทราบอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการรักษาเป็นอย่างดี ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด สามารถลด ป้องกัน และแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้นาน ปริญา ปันพล (2552: 5-13) กล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยน่าจะมีการหยุดยาเองน้อยลง การทราบถึงผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดและการให้ความรู้ในการแยกแยะอาการและอาการแสดงที่มีความรุนแรงน้อย หรือร้ายแรงจากผลข้างเคียงของยาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ธีรรัตน์ สุจิตธรรม (2553) ได้ศึกษาการวัดความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลตากสิน สรุปว่า เพศหญิง ความมั่นใจในการรับประทานยา และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยนั้น จะมีส่วนเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่เพิ่มขึ้น และให้ความเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาเพิ่มขึ้นและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา อันจะส่งผลดีต่อประสิทธิภาพในการรักษาต่อไป กมลรัตน์ อินธิศักดิ์ (2551) ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องที่ระดับมากกว่าร้อยละ 95

ของผู้ป่วยพบว่า ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องที่ระดับมากกว่าร้อยละ 95 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของพุทธวรรณ ศิวเวทพิกุล และคณะ (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และระดับภูมิคุ้มกันที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในส่วนการตรงต่อเวลาในการใช้ยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี วิรัตน์ ทองรอด (2553) สรุปจากการศึกษาพบว่า ถ้าผู้ป่วยใช้ยาต้านไวรัสไม่ตรงตามเวลาตั้งแต่ร้อยละ 5 ขึ้นไปก็อาจทำให้เกิดการดื้อยาขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรใช้ยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา เพื่อคงประสิทธิภาพที่ดีของยาต่อไป ไม่เกิดการดื้อยา ตัวอย่างเช่น การใช้วันละ 2 ครั้ง โดยให้ห่าง กัน 12 ชั่วโมง ถ้าใช้ยามื้อเช้ามื้อแรก เวลา 08.00 น. มื้อที่ 2 ก็ควรใช้เวลา 20.00 น. เป็นต้น

การที่ผู้ป่วยรายหนึ่งไม่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นั้น อาจมีสาเหตุมากมายหลายประการ จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเกี่ยวข้องทั้งด้านการรับรู้ ปัจจัยร่วม ได้แก่ มิติด้านบุคคล ความรู้และเจตคติ ของผู้ป่วย โดยความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสหรือการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เป็นปัญหาทางด้านพฤติกรรม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขที่เป็นระบบควบคู่ไปกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ทั้งนี้ยังมีพฤติกรรมความร่วมมือในด้านอื่นๆ เช่น การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน การมาตรวจติดตามตามนัด ซึ่งจะส่งผลโดยรวมต่อสุขภาพผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นจะต้องค้นหาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมมือหรือไม่ร่วมมือดังกล่าว เพื่อวิเคราะห์และดำเนินการแก้ไข ซึ่งผลการศึกษาจากศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย พบว่า ผู้ที่มาติดตามการรักษาและการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 95 มีแนวโน้มที่จะมีอัตราการป่วยและอัตราการตายน้อยกว่ากลุ่มที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องน้อยกว่าร้อยละ 95 ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษารัฐบาลจะต้องเสียงบประมาณเพื่อตามแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นผลสะท้อนด้านลบให้บริการยาต้านไวรัส

การรักษาผู้ป่วยตามโครงการยาต้านไวรัสโดยใช้ยาต้านไวรัสระยะยาว เพื่อลดจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกายให้อยู่ในปริมาณที่ต่ำที่สุด แต่เมื่อร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีแล้ว เชื้อจะโจมตีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งร่างกายก็มีระบบการปรับตัวต่อสู้กับเชื้อโรค ต้องใช้พลังงานหรือสารอาหารที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันสูงขึ้น ทำให้อาจเริ่มมีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานได้ตั้งแต่ระยะแรกของการติดเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงสูงต่อการมีภาวะทุพโภชนาการ ทั้งภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน และภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งภาวะขาดสารอาหารและพลังงานอาจ

เกิดจากหลายสาเหตุ เมื่อระยะของโรคดำเนินเข้าสู่ระยะอาการของเอดส์ ระบบภูมิคุ้มกันถูกทำลายมากขึ้น เกิดภาวะเจ็บป่วยจากโรคฉวยโอกาส ร่างกายไม่สุขสบาย ทำให้กินอาหารได้ลดลงและการดูดซึมสารอาหารลดลงจึงได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ รวมทั้งร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้นเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค ยิ่งทำให้ระยะนี้ผู้ติดเชื้อมีภาวะขาดสารอาหารและพลังงานที่รุนแรงมากขึ้นจนอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสแล้ว อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความผิดปกติของระบบเผาผลาญ ทำให้เกิดภาวะไขมันย่ำที่ ภาวะต้านอินซูลินและไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดหัวใจได้ (สภากาชาดไทย 2545: 1-2) โดยเรียกว่ากลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบเผาผลาญอาหารของร่างกาย (metabolic syndrome) ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัย โดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจอเมริกัน (American Heart Association : AHA) ร่วมกับสถาบันหัวใจ ปอด และเลือดแห่งชาติ (National Heart Lung and Blood Institute : NHLBI) ของประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดให้ผู้ที่เป็กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบเผาผลาญอาหารของร่างกาย (metabolic syndrome) ต้องมีความผิดปกติอย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป คือ (1) อ้วนลงพุง (2) ไตรกลีเซอไรด์สูง (3) เชนิแอลต่ำ (4) ความดันโลหิตสูง และ (5) น้ำตาลก่อนอาหารสูง ทั้งนี้ข้อมูลการศึกษาความชุกของภาวะกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบเผาผลาญอาหารของร่างกาย (metabolic syndrome) ในประเทศไทยพบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 22 โดยร้อยละ 24.9 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังได้รับยาต้านไวรัส และร้อยละ 15.9 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่เคยได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งพบว่ามี 3 ปัจจัยเสี่ยงที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัย กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบเผาผลาญอาหารของร่างกาย (metabolic syndrome) ที่มีความชุกมากในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังได้รับยาต้านไวรัส เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ (1) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (2) เชนิแอลต่ำ และ (3) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่น่าสนใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 55.3 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบเผาผลาญอาหารของร่างกาย (metabolic syndrome) อย่างน้อย 2 ใน 5 ข้อในการศึกษาครั้งนี้ โดย ร้อยละ 58.8 เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังได้รับยาต้านไวรัส (ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ 2553: 77-81)

กล่าวได้ว่าการที่ผู้ติดเชื้อ มีภาวะโภชนาการที่ดีช่วยส่งเสริม ให้การดูแลรักษาได้ผลดี ลดภาวะแทรกซ้อนที่มีโรคเป็นปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้วชะลอการดำเนินโรคและลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งตัวผู้ป่วยเองจะต้องมีความรู้ ตระหนัก และร่วมมือในการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันในการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาด้วยอีกทางหนึ่ง

คาราลักษณ์ ถาวรประสิทธิ์ (2544) ได้ทำการศึกษา ความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ติดเชื้อมีความรู้ด้านโภชนาการ อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ปานกลางและดีอยู่ที่ร้อยละ 4, 40 และ 56 ตามลำดับ ความเชื่ออยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

และมาร้อยละ 80 และ 20 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการบริโภคเหมาะสมปานกลางและดีเท่ากับ ร้อยละ 72 และ 28 ตามลำดับ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อของผู้ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความเชื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อ

นอกจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารแล้ว ชูติมา พรหมสร และคณะ(2547) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ทราบผลเลือดของตนเองแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 เดือนที่มารับบริการปรึกษาครั้งแรก ณ คลินิกปรึกษาสุขภาพ สถาบันบำราศนราดูรในการประเมินพฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 40 ที่ยังคงมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย และมีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่น รวมทั้งเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มเข้าสู่ร่างกาย การมีเพศสัมพันธ์ที่ป้องกันสำหรับผู้ติดเชื้อแล้วช่วยให้ผู้ติดเชื้อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อจากโรคอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจเพิ่มภาระให้กับระบบภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลงเพราะเชื้อเอชไอวี และมีความเป็นไปได้ว่าผู้ที่ติดเชื้อแล้วสามารถติดเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์อื่น และนำไปสู่การดื้อยาต้านไวรัสบางชนิดได้ เชื้อที่ดื้อยานี้ก็สามารถแพร่ต่อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนหนึ่งสู่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนอื่นๆ ได้

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งต้องการการพัฒนาคลินิกบริการอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมสุขภาพในด้านความร่วมมือในการรักษา ประเด็นความร่วมมือในการใช้ยา การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงการมาตรวจติดตามตามนัด ล้วนส่งผลกระทบต่อผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น โรงพยาบาลทุ่งตะโกมีการดำเนินการโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ให้บริการแบบคลินิกเฉพาะโรค ตรวจรักษา มีกิจกรรมให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยา และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมทุกครั้ง ในวันนัด โดยจัดให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเดือนละ 1 ครั้ง แต่ทั้งนี้พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งที่มีภาวะดื้อยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส โดยในปีงบประมาณ 2554 พบสถิติส่งตรวจหาเชื้อดื้อยาต้านไวรัส จำนวน 3 ราย และพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่งติดเชื้อฉวยโอกาส อันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้น และที่สำคัญคือบั่นทอนคุณภาพชีวิตและทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตสั้นลง ทั้งนี้มีประเด็นที่น่าสนใจ คือความสำเร็จในการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ นอกจากในด้านการดูแลรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งปฏิบัติตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการรักษา

แล้ว ปัญหาอยู่ที่ว่ากลุ่มผู้ป่วยเองนั้น มีความพร้อมในด้านพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร โดยเฉพาะในด้านปัจจัยร่วมที่เป็นมิติด้านประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคและเจตคติต่อความร่วมมือในการรักษาตามโครงการเป็นอย่างไร และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างไร และปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือดังกล่าว ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลทุ่งตะโกต่อไป

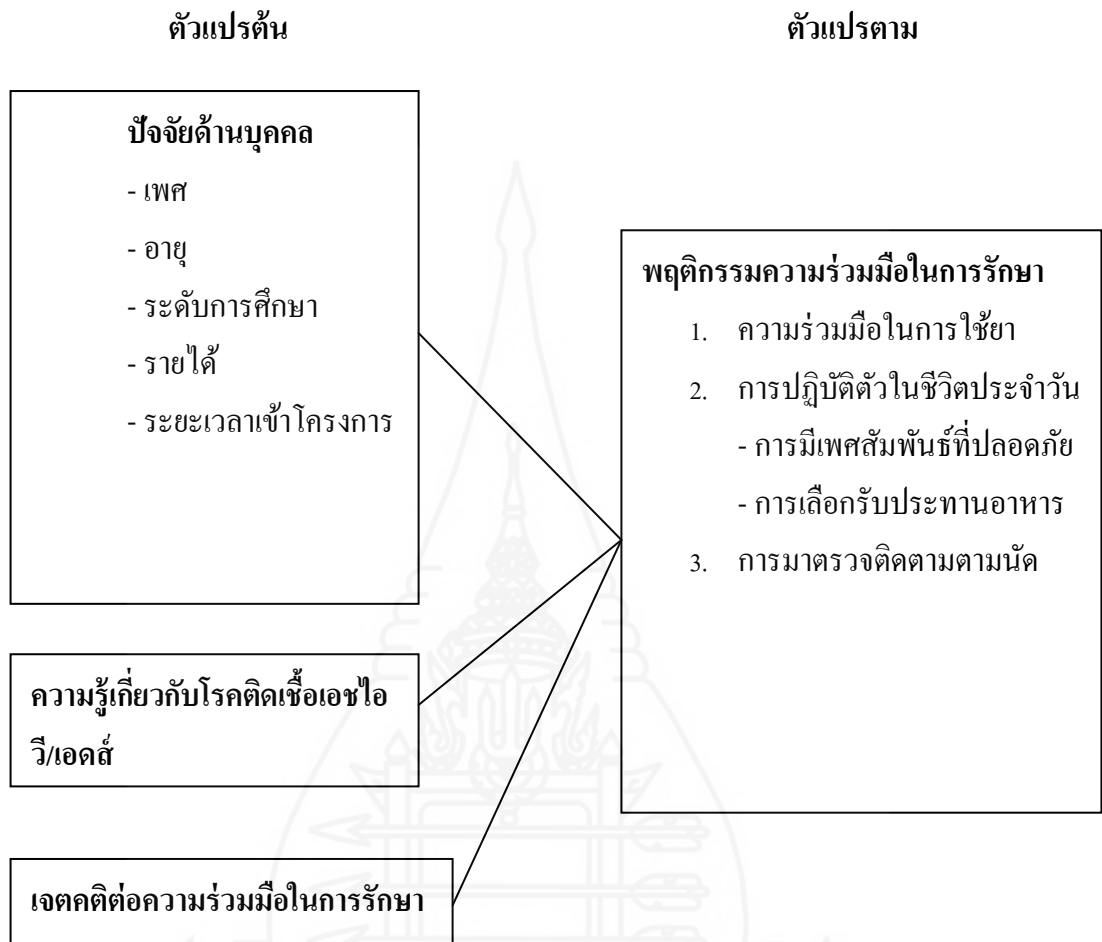
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และเจตคติต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

2.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และเจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ปัจจัยด้านบุคคลคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาเข้าโครงการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

4.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

4.3 เจตคติต่อความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

5. ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ตามปัจจัยด้านบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาเข้าโครงการ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และเจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา ที่มาใช้บริการระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2554

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง ปัจจัยตามลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาเข้าโครงการ

6.1.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกเป็น เพศชายหรือเพศหญิง

6.1.2 อายุ หมายถึง อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม ระยะเวลา นับเป็นจำนวนปี ในกรณีที่เกินกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี

6.1.3 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม

6.1.4 รายได้ หมายถึง เงินเดือนหรือรายรับที่ได้จากอาชีพ

6.1.5 ระยะเวลาเข้าโครงการ หมายถึง ระยะเวลา นับเป็นเดือน นับตั้งแต่ผู้ตอบแบบสอบถามรับยาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์

6.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการเลือกรับประทานอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

6.3 เจตคติต่อความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อความร่วมมือในการรักษาทั้งในด้านการใช้ยาและด้านการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน คือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเลือกรับประทานอาหาร และการมาตรวจติดตามตามนัด แสดงออกมาในลักษณะ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

6.4 พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เกี่ยวข้องในการรักษา ได้แก่ การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน คือการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การเลือกรับประทานอาหาร และการมาตรวจติดตามตามนัด แสดงออกมาในลักษณะ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

6.5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังไม่แสดงอาการใดๆ หรือมีอาการผิดปกติทางร่างกายที่ไม่รุนแรง ซึ่งมีอาการเกิดร่วมด้วย เช่น น้ำหนักลด ท้องเสีย มีเชื้อราในช่องปาก ต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการป่วยจากการติดเชื้อโรคอื่นๆ และโรคแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้ปอดบวม ปอดอักเสบ วัณโรคปอด เป็นต้น โดยเป็นผู้ที่เข้าร่วมรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ของโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 ทำให้ทราบถึงปัจจัยด้านบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เจตคติต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการขาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก

7.2 ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการขาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก

7.2 ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโครงการขาด้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลทุ่งตะโก

