

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะเออร์โกติสซึมของผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม protease inhibitors และ efavirenz และผลการให้ข้อมูลโดยวิธีปกติ สถาบันบำราศนราดูร
Ergotism risk perception among patients receiving protease inhibitors (PIs) and efavirenz (EFV) and effect of drug information consultation, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Thailand

กนกพร เมืองชนะ ภ.บ.

Kanokporn Muangchana B.Sc. in Pharm

กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันบำราศนราดูร

Pharmacy Section, Bamrasnaradura

Infectious Diseases Institute

Received: February 15, 2019

Revised: April 25, 2019

Accepted: June 28, 2019

บทคัดย่อ

การได้รับยากลุ่มเออร์กอทเพื่อรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี กลุ่ม protease inhibitors หรือ efavirenz ทำให้อุบัติการณ์ของภาวะเออร์โกติสซึมสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะเออร์โกติสซึม และผลการให้ข้อมูลโดยวิธีปกติของผู้ที่รับยาต้านไวรัสกลุ่มนี้ โดยคัดเลือกผู้ป่วยนอกที่มารับยาต้านไวรัสเอชไอวีจากสถาบันบำราศนราดูร ด้วยวิธี non-random sampling ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงพฤศจิกายน 2561 จำนวน 373 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.6 เคยปวดศีรษะและรับประทานยากลุ่มเออร์กอท ร้อยละ 2.2 ผู้ป่วย 2 ราย เคยได้รับการวินิจฉัยเออร์โกติสซึม (อุบัติการณ์ 10/1,000) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.6 รายงานว่า เคยได้รับข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างยาสองกลุ่มนี้จากสถาบัน ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนด้านความรู้เฉลี่ย ร้อยละ 20.3 ด้านพฤติกรรมและทัศนคติเฉลี่ยร้อยละ 70.3 และ 78.8 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลอจิสติกสะท้อนว่า การได้รับข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ มีผลทำให้ระดับคะแนนด้านความรู้ และคะแนนด้านพฤติกรรมสูงกว่าการไม่เคยได้รับข้อมูล 76.6 เท่า (95% CI = 32.1, 182.3) และ 2.2 เท่า (95% CI = 1.0, 4.7) ตามลำดับ จากผลการวิจัยเชื่อว่า การบูรณาการและการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลด้านยาแก่ผู้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะเออร์โกติสซึม และอันตรกิริยาระหว่างยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Abstract

Taking ergot derivatives, anti-migraine drugs, among HIV/AIDS patients receiving protease inhibitors (PIs) or efavirenz was known as a risk factor for ergotism. Therefore, this study aimed to investigate ergotism risk perception and effect of drug information consultation among such patients. During October and November 2018, 373 OPD patients of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute (BIDI) were non-randomly enrolled and face-to-face interviews were performed. It was found that 53.6% experienced headaches in their lifetime, of these 2.2% ever had ergotamine. Two cases of ergotism were diagnosed with

the prevalence of 10/1,000, among those experiencing headache. 30.6% of the 373 reported having received drug information consultations with respect drug interactions between these two groups of medications. Mean scores of the Knowledge was the lowest, followed by the Practice and Attitude with 20.3%, 70.3%, and 78.8%, respectively. Comparing with the patients reporting never receiving the consultation, the multiple logistic regression analysis showed that those receiving the consultation for every visit was 76.6 (95% CI = 32.1, 182.3) and 2.2 (95% CI = 1.0, 4.7) times more likely having higher knowledge and positive behavior, respectively. Therefore, integrating and improving the existing drug consultation system could effectively decrease ergotism and any drug interaction incidence among HIV/AIDS patients.

คำสำคัญ

เออร์โกติสซึม, เออร์โกตามีน

Key words

ergotism, protease inhibitors, ergotamine, efavirenz, KAP

บทนำ

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยในปี พ.ศ. 2560 คาดว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 439,610 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 5,529 คน และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 14,731 คน⁽¹⁾ ยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในปัจจุบัน ประเทศไทยได้ประกาศใช้เกณฑ์เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ทุกคนทันทีที่ตรวจพบเชื้อ ในทุกระดับ CD4 ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา ทั้งนี้ ณ สิ้นปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อกำลังรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี 284,434 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด⁽²⁻³⁾

ภาวะเออร์โกติสซึม (ergotism) เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากกลุ่มเออร์กอท (ergot derivative) เช่น ergotamine ซึ่งใช้เป็นยารักษาปวดศีรษะไมเกรน การใช้ยากกลุ่มนี้ในขนาดสูงจะทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดตามแขนขา เนื้อเน่าตายได้ บางรายอาจมีอาการชัก ไม่รู้สึกตัวหรือเป็นอัมพาตเนื่องจากการตีบของเส้นเลือดในสมอง แต่อย่างไรก็ตาม ยาต้านไวรัสเอชไอวีกลุ่ม protease inhibitors (PIs) หรือ efavirenz (EFV) สามารถยับยั้งไฮโดรโครม มีผลทำให้ระดับยาเออร์กอทในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเออร์โกติสซึม

สูงขึ้น ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่รับประทานยากกลุ่มนี้ จึงมีคำแนะนำห้ามรับประทานยากกลุ่มเออร์กอทรวมด้วยโดยเด็ดขาด⁽⁴⁾

จากการสำรวจผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของไทยตั้งแต่ปี 2547-2554 จำนวน 5 แห่ง พบผู้ป่วยเออร์โกติสซึม 23 ราย⁽⁵⁾ ส่วนสถาบันบำราศนราดูรเริ่มพบผู้ป่วยเออร์โกติสซึมครั้งแรกเมื่อ 6 มกราคม พ.ศ. 2552 เป็นผู้ป่วยที่รับยาต้านเอชไอวีจากสถาบันแต่เกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะ เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่นและได้รับยาเออร์กอท เกิดภาวะเออร์โกติสซึม จึงถูกส่งตัวมารับการรักษาที่สถาบัน ผู้ป่วยรายนี้ต้องรักษาด้วยการตัดนิ้วเท้า หลังจากนั้นทางกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้ดำเนินการเฝ้าระวัง โดยจัดทำคู่มืออันตรกิริยาระหว่างยาแจกให้แพทย์ และจัดตั้งระบบสารสนเทศช่วยดักจับหากมีการใช้ยาดังกล่าวคู่กัน ทำให้แพทย์ไม่สามารถจ่ายคู่มือที่มีข้อมูลว่า เป็นอันตรายทางคลินิกได้ แต่อย่างไรก็ตามยังพบรายงานการเกิดเออร์โกติสซึมอีก 2 ราย ในปี พ.ศ. 2554 เนื่องจากผู้ป่วยไปรักษาอาการปวดศีรษะที่คลินิก และปกปิดการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ทำให้ได้รับยาเออร์กอท ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้จัดตั้งระบบการให้ความรู้แก่ผู้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2555 และกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันภาวะเออร์โกติสซึมในผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มใช้

ยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเน้นกระบวนการให้ความรู้ในผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีกลุ่ม PIs และ EFV พร้อมแจกเอกสารข้อมูลความรู้เรื่องการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ให้แก่ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาดังกล่าว⁽⁶⁻⁷⁾

แม้เอดส์โคตสซิมมีอุบัติการณ์ต่ำ แต่อาการทางคลินิกมีความรุนแรงสูง ประกอบกับยากกลุ่มเอดส์โคตสซิมสามารถหาซื้อได้ง่ายตามท้องตลาด และมีโอกาสที่จะได้รับหลายช่องทางคือ โรงพยาบาล คลินิกเอกชน หรือร้านขายยาทั่วไป ผู้วิจัยจึงต้องการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะเอดส์โคตสซิม รวมทั้งยังเป็นการประเมินผลทางอ้อมของระบบการให้ข้อมูลโดยวิธีปกติของสถาบันบำราศนราดูรที่จัดตั้งขึ้นดังกล่าวแล้ว ผลการศึกษาที่จะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการทบทวนและพัฒนาปรับปรุงระบบการให้ความรู้การบริหารยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มีความเหมาะสม อันจะช่วยป้องกันการป่วย ความพิการ และการตายจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross sectional, analytic, descriptive study) เก็บข้อมูลความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ได้รับยากกลุ่ม PIs หรือ EFV ร่วมกับยากกลุ่มเอดส์โคตสซิม โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกที่มารับยาต้านไวรัสเอชไอวีจากสถาบันบำราศนราดูร

ประชากรศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีที่มารับยาต้านไวรัสเอชไอวีจากสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในดังกล่าวมารับบริการรักษาจำนวนทั้งสิ้น 8,524 คน 42,662 ครั้ง เฉลี่ยเดือนละประมาณ 3,000 ราย หรือมารับบริการประมาณ 5 ครั้ง/คน/ปี หรือแต่ละรายจะมารับบริการโดยเฉลี่ยทุก 2-3 เดือน

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria) (1) มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี (2) ได้รับยาต้านเอชไอวีกลุ่ม PIs หรือ EFV (3) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ (4) สามารถอ่านหนังสือได้ ไม่มึนงง สับสน ตอบโต้การสนทนาได้เข้าใจ (5) ยินดีให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

วิธีการสุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (non-probability sampling technique)⁽⁸⁾ ทั้งนี้จากการทดลองเก็บข้อมูลอย่างมีระบบ (systematic random sampling) แบบหนึ่งคนเว้นสองคน พบว่า ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ยาก เพราะกระทบต่อประชากรศึกษาในภาพรวมคือ ต้องรอสัมภาษณ์เป็นเวลานาน ทำให้ไม่สามารถดำเนินการเก็บตัวอย่างแบบสุ่ม (random sampling) ได้ อย่างไรก็ตาม การเก็บตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็นในครั้งนี้ อาจมีความใกล้เคียงกับการเก็บตัวอย่างแบบสุ่ม กล่าวคือ ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการเชิญชวนประชากรศึกษา รายแรกในช่วงวันและเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลเข้าร่วมการศึกษา เมื่อจบการสัมภาษณ์รายแรก ก็จะเชิญชวนประชากรศึกษารายที่มารับยาจากห้องจ่ายยาในขณะเวลานั้นเข้าร่วมการศึกษาเป็นรายถัดไป โดยเริ่มและทำการเก็บข้อมูลเช่นนี้ไปจนได้ตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด ไม่มีการตั้งใจเลือกผู้ป่วยรายหนึ่งรายใดเป็นการเฉพาะ

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร โดยใช้สูตรของทากิยามาเน่ (Yamane) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5.0 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 367 คน ตามสูตรการคำนวณ $n = N/(1+Ne^2)$ โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = ขนาดของประชากรในที่นี้คือ 4,500 ซึ่งประมาณจากจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในช่วงระยะเวลาที่คาดว่า จะทำการเก็บข้อมูลเสร็จคือ ประมาณ 2 เดือน รวม 6,000 ราย ซึ่งในจำนวนนี้คาดว่า 3 ใน 4 หรือ 4,500 ราย เป็นผู้ป่วยรับยาเป้าหมายคือ ยาต้านเอชไอวีกลุ่ม PIs หรือ EFV และ e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง (0.05)⁽⁹⁾

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแล้วนำร่างแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านยาและด้านการวิจัย จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำก่อนนำไปใช้จริง โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป สถานะทางสังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย ตอนที่ 2 อาการทางคลินิกและยาที่ได้รับ ตอนที่ 3 ความรู้ของผู้ป่วย ตอนที่ 4 ทศนคติ และตอนที่ 5 พฤติกรรม

ด้านความรู้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ (1) แหล่งความรู้ การได้รับคำแนะนำ การหาความรู้ การมีประสบการณ์ และการป่วยที่อาจเกี่ยวข้องกับอันตรกิริยาระหว่างยา หรือ อันตรกิริยาระหว่างยา และ (2) ความรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับอันตรกิริยาระหว่างยา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ความรู้ด้านตัวยาและสรรพคุณ ความรู้ด้านอันตรกิริยาระหว่างยา และความรู้ด้านข้อปฏิบัติในการใช้ยา ด้านทศนคติ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความสำคัญและความเสี่ยง (2) ด้านวิธีการและประสิทธิภาพของการป้องกัน (3) ด้านความสามารถตนเอง ส่วนด้านพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) พฤติกรรมด้านการรักษาโรคทั่วไป (2) พฤติกรรมการรักษาอาการปวดศีรษะ และ (3) พฤติกรรมการป้องกันการ “ติดกัน” ของยา

การให้คะแนนด้านความรู้ คำตอบแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ทราบ ไม่ทราบ และไม่แน่ใจ ให้คะแนน 2, 0 และ 1 คะแนน ตามลำดับ (2) ด้านทศนคติ คำตอบมีลักษณะเป็น Likert rating scale⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนน 4, 3, 2, และ 1 คะแนน ตามลำดับ สำหรับคำถามเชิงบวก และคะแนน 1, 2, 3, และ 4 คะแนน ตามลำดับ สำหรับคำถามเชิงลบ และ (3) ด้านพฤติกรรม คำตอบมีลักษณะเป็น rating scale 4 ระดับ คือ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยให้คะแนน 4, 3, 2, และ 1 คะแนน ตามลำดับ สำหรับคำถามเชิงบวก และคะแนน 1, 2, 3, และ 4 คะแนน ตามลำดับ สำหรับคำถามเชิงลบ

วิธีเก็บข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยผู้วิจัยอีก 4 คน ซึ่งเป็นเภสัชกรประจำห้องจ่ายยา

ผู้ป่วยนอก ที่ผ่านการฝึกอบรมให้เข้าใจกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสัมภาษณ์ โดยทำการเก็บข้อมูลเกือบทุกวัน ในวันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ เวลา 8.30–16.30 น. ระหว่างเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 เว้นวันและเวลาที่ทีมเก็บข้อมูลติดภารกิจ โดยการเชิญชวนผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาตามความสมัครใจแล้วดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ในห้องแยก ซึ่งอยู่ภายในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

การรวบรวมข้อมูลและสถิติที่ใช้ หลังจากตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยหลักทำการให้รหัสคำตอบและนำไปบันทึกในโปรแกรม MS Excel 2010 แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Stata version 15⁽¹¹⁾ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านประชากร กับความรู้ ทศนคติและพฤติกรรม โดยใช้สถิติ chi-square ตลอดจนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลอจิสติก (multiple logistic regression) โดยใช้คะแนนเฉลี่ย แบ่งระดับความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มคะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ย และกลุ่มคะแนนเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย (ตารางที่ 1) กำหนดให้ความผิดพลาดประเภทที่ 1 มีค่าไม่เกินร้อยละ 5 คำนวณค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95⁽¹²⁾

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปทางประชากร การเจ็บป่วย และการได้รับคำแนะนำ

ประชากรกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในระดับดี มีผู้ปฏิเสธเพราะเร่งรีบไม่มีเวลาจำนวน 7 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 373 คน พบว่าร้อยละ 67.8 เป็นผู้ชาย อายุเฉลี่ย 43.4 ปี เป็นกลุ่มอายุ 41–50 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ 31–40, 51–60, 18–30 และมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.1, 21.2, 20.4, 13.9 และ 5.4 ตามลำดับ จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษา ปวช./อนุปริญญา/ปวส. ประถมศึกษา และสูงกว่าระดับปริญญาตรี

ร้อยละ 37.3, 26.5, 14.5, 13.4 และ 7.2 ตามลำดับ เป็นโสดมากที่สุด รองลงมาคือ สมรส หย่าร้าง/แยกทาง หม้าย/ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเสียชีวิต ร้อยละ 48.0, 32.2, 11.0, และ 8.8 ตามลำดับ คำขายหรือทำธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด รองลงมาคือ รับจ้าง/กรรมกร/เกษตรกร ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท และ แม่บ้าน/ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 29.2, 21.5, 20.4, 14.8 และ 14.2 ตามลำดับ ใช้สิทธิบัตรทองมากที่สุด รองลงมาคือ ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ จ่ายเงินเอง และอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 47.5, 23.1, 18.8, 9.9 และ 0.8 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่ทราบว่า ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี เฉลี่ย 11.1 ปี (SD±7.0) โดยอยู่ในช่วงระยะเวลา 16 ปี ขึ้นไปมากที่สุด รองลงมาคือ 1-5, 6-10 และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.4, 25.7, 24.9 และ 22.0 ตามลำดับ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเฉลี่ย 9.9 ปี (SD±6.6) โดยอยู่ในช่วงระยะเวลา 1-5 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ 6-10, 16 ขึ้นไป และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.4, 24.9, 22.0 และ 21.7 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่าง สัดส่วนมากกว่าครึ่งได้รับยา EFV รองลงมาคือ lopina-vir+ritonavir, atazanavir+ritonavir, darunavir+ ritonavir และอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 53.4, 32.0, 8.3, 4.6 และ 1.9 ตามลำดับ

ร้อยละ 53.6 (200 ราย) เคยมีอาการ ปวดศีรษะ ในจำนวนนี้ ร้อยละ 48.3 ปวดศีรษะไม่มาก (น้อยถึงน้อยที่สุด) ปวดในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.8 และปวดมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 12.0 แพทย์เคยวินิจฉัย ว่าป่วยเป็นโรคปวดศีรษะไมเกรน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด หรือร้อยละ 6.5 ของผู้ที่มี ประวัติปวดศีรษะ และมีผู้เคยรับประทานยา กลุ่ม เออร์กอท 4 ราย หรือร้อยละ 1.1 ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด หรือร้อยละ 2.2 ของผู้ที่มีประวัติปวดศีรษะ เคยได้รับการวินิจฉัยภาวะเอดส์โคตสซิม 2 ราย หรือ คิดเป็นอัตรา 5.4 ต่อกลุ่มตัวอย่าง 1,000 ราย หรือ 10 ต่อกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติปวดศีรษะ 1,000 ราย ในส่วนของการได้รับข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างยา กลุ่ม PI's หรือ

EFV กับยา กลุ่มเออร์กอทพบว่า ร้อยละ 69.4 ไม่เคยได้ รับเลย อีกร้อยละ 30.6 เคยได้รับข้อมูล โดยในจำนวน นี้พบว่า ร้อยละ 47.0 ได้รับทุกครั้งที่มีมารับบริการ ที่เหลือ ร้อยละ 53.0 ได้รับบางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง

สถานการณ์ด้านการรับรู้ความเสี่ยง

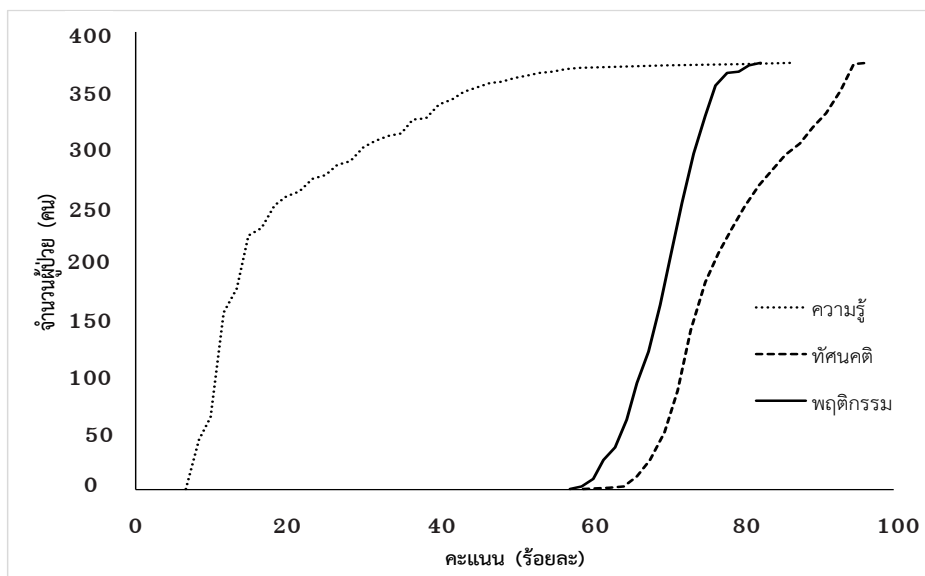
ผลการประเมินระดับความรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 92.5 ไม่รู้จักยา กลุ่ม PI's หรือ EFV และร้อยละ 91.7 ไม่ทราบว่า ตนเองกำลังได้รับยา กลุ่มนี้อยู่ และ ร้อยละ 96.0 ไม่รู้จักยา กลุ่มเออร์กอท โดยร้อยละ 15.8 ทราบว่า ยา กลุ่มเออร์กอทใช้รักษาโรคปวดศีรษะไมเกรน ร้อยละ 74.3 ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่า อาจเกิดการ “ตีกัน” ของยา กลุ่ม PI's หรือ EFV และกลุ่มเออร์กอท ได้ หากรับประทานร่วมกัน และร้อยละ 77.7 ไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจอาการและความรุนแรงทางคลินิกของ อันตรกิริยาระหว่างยา ของการรับประทานยา สองกลุ่ม ดังกล่าวร่วมกัน ประมาณร้อยละ 76.3 ไม่รู้หรือไม่แน่ใจ ว่า ห้ามซื้อยาแก้ปวดศีรษะไมเกรนมารับประทานเอง และ ไม่รู้หรือไม่แน่ใจว่า ห้ามรับประทานยา กลุ่ม PI's หรือ EFV ร่วมกับยา กลุ่มเออร์กอท อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 59.0 ทราบว่า ควรแจ้งเภสัชกรและแพทย์ทุกครั้ง เกี่ยวกับยาทั้งหมดที่รับประทาน และร้อยละ 99.2 ทราบ ถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างต่อเนื่อง

ส่วนทัศนคติในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ เชิงบวก โดยร้อยละ 98.4 เห็นว่า ตนเองมีความเสี่ยงต่อ การเกิดยาตีกัน ร้อยละ 84.7 เห็นว่า ยาตีกันไม่ใช่เรื่อง ไกลตัว และร้อยละ 81.8 เห็นว่า อาการข้างเคียงจากยา ตีกันมีความรุนแรง ร้อยละ 100 มองว่า ควรมีระบบการ ให้ข้อมูลยาตีกัน และร้อยละ 99.7 เห็นว่า ข้อมูลยาตีกัน มีประโยชน์แก่ตนเองทำให้ปลอดภัย ร้อยละ 94.4 คิดว่า ตนเองสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ และร้อยละ 97.3 มั่นใจว่า จะไม่รับประทานยาอื่นใดก่อนปรึกษา แพทย์หรือเภสัชกรก่อน อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 29.5 ยังเห็นว่า ข้อมูลเกี่ยวกับยา กลุ่ม PI's หรือ EFV กับยา กลุ่มเออร์กอทเป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจ

สำหรับด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับยา กลุ่มเออร์กอทมารับประทานพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 91.2 เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจะไม่เปลี่ยนแพทย์และสถานที่รักษา และร้อยละ 84.7 ยังรักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่ต้องใช้ยา ร่วมกับ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการได้รับยา กลุ่มเออร์กอทลงได้ แต่การรักษาโรคทั่วไปยังพบว่า ร้อยละ 63.3 มักซื้อยามารับประทานเอง ร้อยละ 46.1 ยังได้รับยาจากที่อื่นนอกเหนือจากสถาบันบำราศนราดูร ร้อยละ 34.0 ยังแสวงหาวิธีการอื่นในการรักษาโรค ส่วนพฤติกรรมการรักษาอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 94.9 ตรวจรักษาหรือพบแพทย์ที่สถาบันบำราศนราดูร ร้อยละ 97.3 ไม่เคยนำยาผู้อื่นมารับประทาน ร้อยละ 96.3 ไม่ไปตรวจรักษาที่คลินิก ร้อยละ 98.1 ไม่ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอื่น แต่ร้อยละ 36.2 ยังไปซื้อยาใช้เอง ในด้านพฤติกรรมการป้องกันการตกันของยา

พบว่า การติดตามข้อมูลข่าวสารยังไม่สูงพอ กล่าวคือ ร้อยละ 38.6 ไม่ได้ติดตามข้อมูลข่าวสารด้านนี้จากสถาบันบำราศนราดูร และร้อยละ 73.2-98.7 ไม่ได้ติดตามข้อมูลข่าวสารจากแหล่งอื่น ร้อยละ 56.8 ไม่บอกแพทย์หรือเภสัชกรว่า ได้รับยาอะไรบ้าง ในกลุ่มที่บอก ร้อยละ 32.4 บอกทุกครั้งที่มาใช้บริการ และร้อยละ 23.3 ไม่เคยถามบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อไม่เข้าใจการใช้ยา และร้อยละ 34.3 สอบถามเพียงบางครั้ง

โดยสรุปการกระจายระดับคะแนนรวม (ร้อยละ) การรับรู้ความเสี่ยงในแต่ละด้าน แสดงตามรูปที่ 1 จะเห็นว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนด้านทัศนคติเชิงบวกสูงที่สุด ตามด้วยด้านพฤติกรรม ส่วนด้านความรู้มีระดับคะแนนต่ำสุด ร้อยละ 78.8, 70.3 และ 20.3 ตามลำดับ



ภาพที่ 1 แสดงความถี่สะสมระดับคะแนนรวมความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ป่วยต่ออันตรกิริยาระหว่างยา (ร้อยละ) (N = 373)

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรด้านความรู้ 30 ประเด็น (ข้อคำถาม) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับและไม่ได้รับข้อมูลด้วยวิธีปกติจากสถาบันบำราศนราดูรพบว่า มี 26 ข้อคำถาม ที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลด้วยวิธีปกติ “ทราบ” ในสัดส่วนที่สูงกว่า หรือ “ไม่ทราบ”

ในสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (bivariate analysis) โดยพบ 10 ประเด็นคำถามที่ตอบ “ทราบ” ในสัดส่วนแตกต่างกันอย่างชัดเจน ได้แก่ “ทราบว่า อาจเกิดอาการผิดปกติหากใช้ยา PIs หรือ EFV ร่วมกับยาเออร์กอท” (72.7% vs

6.1%), “ทราบว่ายาดื้อหรือปฏิกิริยาระหว่างยาคืออะไร” (67.3% vs 12.6%), “ทราบว่ายากลุ่มเอดส์ก่อกวนรับประทานร่วมกับยาด้านเอชไอวีกลุ่ม PIs หรือ EFV ไม่ได้” (70.0% vs 4.6%), “ทราบว่าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการที่เกิดจากการใช้ยาด้านไวรัสเอชไอวีกลุ่ม PIs หรือ EFV ร่วมกับยากกลุ่มเอดส์ก่อกวน” (61.8% vs 5.7%), “ทราบอันตรายที่รุนแรงหากรับประทานยากกลุ่มเอดส์ก่อกวนร่วมกับยาด้านเอชไอวีที่รับประทาน” (53.6% vs 7.2%), “ทราบว่า ห้ามซื้อยาแก้ปวดไมเกรนมารับประทานเอง” (84.6% vs 14.1%), “หากรับประทานยากกลุ่มเอดส์ก่อกวนร่วมกับยาด้านเอชไอวีที่รับประทานอยู่ อาจทำให้หลอดเลือดที่ปลายแขนปลายขาหดตัว เกิดการขาดเลือดและเนื้อตายเน่า อาจต้องตัดแขน ขา” (45.5% vs 5.7%), “หากรับประทานยากกลุ่มเอดส์ก่อกวนร่วมกับยาด้านเอชไอวีที่รับประทานอยู่ อาจทำให้ปลายมือปลายเท้าเย็นหรือชา” (35.5% vs 3.8%), “ทราบว่า ยากลุ่มเอดส์ก่อกวนใช้รักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน” (38.2% vs 6.5%), “ทราบว่า cafergot® เป็นยารักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน กลุ่มเอดส์ก่อกวน” (20.0% vs 7.6%) ส่วนข้อความที่มีสัดส่วนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ประเด็นข้อความคือการรู้จักยารักษาอาการปวดศีรษะอื่นๆ และการทราบว่า tofago, degran, และ migana เป็นยารักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน กลุ่มเอดส์ก่อกวน

ความสัมพันธ์และการทำนาย

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multi-variable logistic regression) (ตารางที่ 1) พบว่า ระดับคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาชีพ ชนิดของยาด้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับ และการได้รับข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างยา ระดับคะแนนทัศนคติมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ และระดับการศึกษา ส่วนระดับคะแนนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาชีพ ชนิดของยาด้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับ และการได้รับข้อมูลอันตรกิริยา

ระหว่างยา โดยพบว่า อาชีพพนักงานบริษัท มีระดับคะแนนความรู้สูงกว่าข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ อาชีพรับจ้าง/กรรมกร/เกษตรกร และค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว 5.7, 4.1 และ 3.2 เท่า ตามลำดับ ผู้ที่ได้รับยา lopinavir+ritonavir มีระดับความรู้สูงกว่าผู้ที่ได้รับยา EFV 3.6 เท่า ผู้ที่เคยได้รับข้อมูลในระบบปกติของสถาบันบำราศนราดูรทุกครั้งที่มาใช้บริการ มีระดับความรู้สูงกว่าผู้ไม่เคยได้รับข้อมูล 76.6 เท่า และหากเคยได้รับแต่ไม่ทุกครั้ง ยังทำให้มีระดับความรู้สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับ 25.1 เท่า

ส่วนระดับคะแนนด้านทัศนคติพบว่า ผู้มีอายุ 18-30 ปี มีทัศนคติเชิงบวกกว่าผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี 51-60 ปี และ 31-40 ปี 6.9, 3.2, และ 2.3 เท่า ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีทัศนคติทางบวกกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือจบประถมศึกษาและจบมัธยมศึกษา 6.2 และ 5.1 เท่า ตามลำดับ สำหรับคะแนนพฤติกรรมพบว่า อาชีพพนักงานบริษัทมีระดับคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าอาชีพรับจ้าง/กรรมกร/เกษตรกร และค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว 3.4 และ 2.9 เท่า ตามลำดับ ผู้ที่ได้รับยาอื่นๆ มีระดับคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าผู้ที่ได้รับยา Lopinavir+Ritonavir 3.5 (= 1/0.3) เท่า ผู้ที่เคยได้รับข้อมูลในระบบปกติของสถาบันบำราศนราดูรทุกครั้งที่มาใช้บริการ มีระดับคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าผู้ไม่เคยได้รับข้อมูล 2.2 เท่า ในส่วนขนาดความสัมพันธ์ (strength of association) ระหว่างอายุและทัศนคติในการศึกษานี้พบว่า มีแนวโน้มแบบ dose-response relationship กล่าวคือ ยิ่งอายุมากขึ้นทัศนคติทางบวกจะค่อยๆ ลดลงอย่างชัดเจน ในทางตรงข้ามกลับพบว่า ระดับการศึกษาที่สูง ยิ่งมีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น พบว่าตัวแปรในโมเดลความรู้ อธิบายหรือทำนาย (Pseudo R²) ระดับความรู้ได้ดีที่สุดคือ ร้อยละ 51.4 ส่วนทัศนคติและพฤติกรรม อธิบายหรือทำนายได้ด้วยตัวแปรในโมเดล ร้อยละ 13.4 และร้อยละ 11.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ระดับค่าความเสี่ยงต่อการมีระดับคะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ย ก่อนปรับและหลังปรับ (OR และ aOR)[†] (N = 373)

ตัวแปร	N (%)	คะแนนความรู้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย [‡]			คะแนนทัศนคติต่ำกว่าค่าเฉลี่ย [‡]			คะแนนพฤติกรรมน้อยกว่าค่าเฉลี่ย [‡]		
		OR (95% CI)	aOR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	aOR (95% CI)	OR (95% CI)	aOR (95% CI)		
อายุ (ปี)	18-30	1	1	1	1	1	1	1		
	31-40	0.7 (0.3-1.5)	0.7 (0.2-2.4)	2.2 (1.1-4.4)*	2.3 (1.0-5.4)*	0.6 (0.3-1.2)	0.5 (0.2-1.2)			
	41-50	0.8 (0.4-1.5)	1.1 (0.3-3.8)	1.8 (0.9-3.5)	2.3 (0.9-5.4)	0.6 (0.3-1.2)	0.6 (0.3-1.4)			
	51-60	1.5 (0.7-3.3)	1.0 (0.2-4.5)	3.3 (1.6-6.9)*	3.2 (1.2-8.9)*	0.4 (0.2-0.8)	0.4 (0.1-1.0)			
	>60	2.4 (0.6-9.3)	6.3 (0.5-75.6)	7.5 (1.9-28.7)*	6.9 (1.4-33.9)*	0.3 (0.1-1.0)	0.6 (0.1-2.2)			
	ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับ/ประถมศึกษา	0.8 (0.3-2.3)	1.04 (0.2-5.7)	4.6 (1.7-12.3)*	6.2 (1.8-21.8)*	0.7 (0.3-1.7)	0.6 (0.2-2.1)		
		มัธยมศึกษา	1.0 (0.4-2.5)	2.0 (0.4-9.0)	3.1 (1.3-7.3)*	5.1 (1.7-15.4)*	1.0 (0.4-2.4)	0.9 (0.3-2.6)		
		ปวช./อนุปริญญา/ปวส.	1.1 (0.4-3.0)	1.85 (0.4-8.7)	2.1 (0.8-5.4)	3.03 (0.9-9.4)	0.79 (0.3-2.0)	0.71 (0.2-2.2)		
		ปริญญาตรี	0.9 (0.4-2.1)	2.5 (0.7-9.0)	1.8 (0.8-4.2)	2.6 (0.9-6.8)	1.6 (0.7-3.7)	2.0 (0.8-5.1)		
		สูงกว่าปริญญาตรี	1	1	1	1	1	1		
อาชีพ	ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	1.3 (0.7-2.6)	3.2 (1.1-9.5)*	1.5 (0.8-2.8)	1.3 (0.6-2.9)	1.8 (0.9-3.5)	2.9 (1.4-6.3)*			
	รับจ้าง/กรรมกร/เกษตรกร	1.2 (0.6-2.5)	4.1 (1.2-14.8)*	1.1 (0.6-2.2)	0.8 (0.3-1.8)	1.6 (0.8-3.2)	3.4 (1.4-8.0)*			
	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.6 (0.8-3.4)	5.7 (1.8-18.6)*	1.1 (0.6-2.3)	1.3 (0.6-2.9)	1.2 (0.6-2.5)	1.7 (0.8-3.9)			
	พนักงานบริษัท	1	1	1	1	1	1			
	แม่บ้าน/ว่างงาน	1.9 (0.8-4.4)	3.2 (0.8-12.4)	1.4 (0.6-3.0)	0.9 (0.4-2.4)	0.8 (0.4-1.8)	1.3 (0.5-3.1)			
ยาต้านไวรัสที่ได้รับ	EFV	4.9 (3.0-8.2)*	3.6 (1.5-8.6)*	1.5 (0.9-2.4)	1.4 (0.8-2.6)	1.0 (0.6-1.5)	0.9 (0.5-1.6)			
	Lopinavir+Ritonavir	1	1	1	1	1	1			
	อื่น ๆ	1.7 (0.9-3.3)	1.5 (0.5-4.7)	1.1 (0.6-2.1)	0.9 (0.5-2.0)	0.4 (0.2-0.8)*	0.3 (0.1-0.7)*			
การได้รับข้อมูลยาคัน	ไม่เคยได้รับ	50.1 (26.0-96.5)*	76.6 (32.1-182.3)*	2.1 (1.3-3.2)*	1.4 (0.7-3.0)	1.1 (0.7-1.7)	2.2 (1.0-4.7)*			
	เคยได้รับบางครั้งหรือเ็นาน ๆ ครั้ง	15.3 (1.5-155.9)*	25.1 (1.9-337.0)*	1.0 (0.1-7.6)	1.2 (0.1-10.1)	4.2 (0.4-41.4)	9.9 (0.6-156.1)			
	เคยได้รับทุกครั้งที่มีการ	1	1	1	1	1	1			
Pseudo R ²			51.4% (p=0.0000)		13.4% (p=0.0000)		11.9% (p=0.0000)			

[†] OR = unadjusted odds ratio aOR = adjusted odds ratio CI = confidence interval [‡] ระดับคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ พฤติกรรมและความรู้ ร้อยละ 78.8, 70.3 และ 20.3 ตามลำดับ

\$ 15 ตัวแปรใน multiple logistic regression models ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลิขสิทธิ์รักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ยาด้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับ อาการปวดศีรษะ การได้รับคำแนะนำเรื่องอันตรายระหว่างยา ระดับคะแนนความรู้ ระดับคะแนนทัศนคติ และระดับคะแนนพฤติกรรม ในตารางนี้แสดงเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญเท่านั้น *มีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาต้านเอชไอวีกับยาแผนปัจจุบันหรือยาสมุนไพร มีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งอันตรกิริยาทางเภสัชพลศาสตร์และเภสัชจลนศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ควรใช้อย่างอื่นหรือสมุนไพรเท่าที่จำเป็น และมีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน อาการไม่พึงประสงค์จากยาดังกล่าวพบหรือเกิดได้ทั้งในระยะเริ่มแรกของการรักษา และหลังการรักษาเป็นระยะเวลานาน เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยาหรือหยุดการรักษา ก่อนแพทย์จะสั่งยาด้านเอชไอวีสูตรแรก จะต้องให้คำปรึกษาและประเมิน adherence และผลข้างเคียงของยาทุกครั้ง que ผู้ป่วยมารับบริการ เพื่อจะได้หาวิธีช่วยเหลือ และลดโอกาสการรักษาล้มเหลวและลดอัตราการเกิดเชื้อดื้อยา⁽¹³⁾

การศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะเอดส์โคติสซิมในครั้งนี้พบว่า ระบบการให้ข้อมูลครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.6 มีระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยร้อยละ 20.3 โดยผู้ที่ได้รับข้อมูลจากสถาบันมีระดับคะแนนความรู้และพฤติกรรมสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูล 2.2-76.6 เท่า อย่างไรก็ตาม ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายถึงสถานการณ์ความรู้ ทักษะและพฤติกรรม มากกว่าการสะท้อนถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship)⁽¹⁴⁾ ของตัวแปรต่าง ๆ ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ยากว่าการให้ข้อมูลด้วยวิธีปกติของสถาบันบาราศณราตุร มีผลหรือไม่มีผลต่อระดับคะแนนความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเอดส์โคติสซิมในการศึกษานี้ การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางอาจทำให้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น การเกิดอคติจากการให้ข้อมูลผิดพลาด (information bias) นำไปสู่การจัดกลุ่มผิด (misclassification) ซึ่งการศึกษานี้ อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของการจัดกลุ่มตัวอย่างเป็น

กลุ่ม “ได้รับข้อมูล” หรือกลุ่ม “ไม่ได้รับข้อมูล” โดยการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจจำไม่ได้ (recall bias) เพราะรับข้อมูลมาเป็นระยะเวลานานแล้ว จะเห็นได้ว่าระยะเวลาที่ได้รับยาก่อนช่วงนาน (เฉลี่ย 9.9 ปี) ผู้ที่จำเนื้อหาของข้อมูลที่รับได้ มีโอกาสที่จะบอกว่าตนได้รับข้อมูล ส่วนผู้ที่จำเนื้อหาข้อมูลไม่ได้ ก็มีโอกาสที่จะบอกว่า ตนไม่ได้รับข้อมูล จึงจัดเข้ากลุ่มผิด นอกจากนี้การเก็บข้อมูลในการศึกษาแบบภาคตัดขวางมักทำให้เกิดอคติจากการสัมภาษณ์ได้มาก แม้พยายามควบคุมแล้วก็ตาม (interview bias) ทำให้ผลการวิเคราะห์หรือการเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เป็นต้น นอกจากนี้ยังบอกได้ยากว่าเหตุการณ์ใดเกิดก่อนเกิดหลัง ระหว่างการได้รับข้อมูลกับทักษะหรือพฤติกรรมที่อาจเปลี่ยนไปจากเดิม (temporal relationship)⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้ในส่วนที่พบว่า คะแนนความรู้ต่ำกว่าคะแนนทักษะและพฤติกรรม เป็นไปได้ว่า คะแนนความรู้มี validity และ reliability ต่ำกว่า ในขณะที่คะแนนทักษะและพฤติกรรม อาจมี social desirability bias

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลกับระดับความรู้ อาจมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ เพราะมีลักษณะที่เรียกว่า dose-response relationship และมี strength of the association กล่าวคือระดับความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร มีมากขึ้นหรือลดลงเมื่อความถี่หรือขนาดของการได้รับข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงในการศึกษานี้ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ กลุ่มที่ไม่เคยได้รับข้อมูลมีความเสี่ยงต่อการมีระดับคะแนนความรู้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 76.6 เท่า และลดลงเหลือ 25.1 เท่า ในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลบางครั้งที่มาใช้บริการ^(12,15) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และชนิดของยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับ กับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ด้วยวิธีการศึกษาในครั้งนี้ และการศึกษายังไม่เจาะลึกเชิงเหตุผล จึงอาจสรุปได้ยากว่า เกิดจากสาเหตุใด ควรมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อพิสูจน์ผลการศึกษานี้ต่อไป

ผลการศึกษาในส่วนของผลการได้รับข้อมูลในครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของนพวงศ์ยังดำรง และคณะ ซึ่งทำการศึกษแบบไปข้างหน้า โดยให้ความรู้และวัดความรู้ก่อนหลังในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระพุทธบาท ที่รับยาต้านไวรัสกลุ่ม PIs หรือ EFV ในประเด็นอันตรกิริยากับยากกลุ่มเออร์กอท พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังให้ความรู้เพิ่มขึ้นประมาณ 10.9 เทา⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของบงกช อินทร์พิมพ์ และคณะ ที่ทำการศึกษผลการให้ความรู้ในเรื่องเดียวกันนี้ในโรงพยาบาลศรีสะเกษพบว่า การให้ความรู้มีผลทำให้ระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 2.1 เทา⁽¹⁷⁾

ในการศึกษานี้ ผู้ได้รับข้อมูลมีสัดส่วนไม่ถึงครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่ในทางกลับกันระดับคะแนนด้านทัศนคติและพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี อาจสะท้อนให้เห็นว่า ระดับคะแนนทัศนคติและพฤติกรรมที่สูงน่าจะเกิดจากระบบการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในภาพรวมของสถาบันบำราศนราดูรมีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้ข้อมูลด้านยาต้านไวรัสเอชไอวีในเรื่องหรือประเด็นอื่นมักมีหลักการใกล้เคียงกับการให้ข้อมูลเพื่อการป้องกันความเสี่ยงจากการได้รับยากกลุ่มเออร์กอท จึงส่งผลกระทบต่อทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันได้ และการรับประทานยากกลุ่มเออร์กอทด้วยการวิเคราะห์วัดผลกระทบในระดับทัศนคติและพฤติกรรม จึงอาจไม่แสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่ออันตรกิริยาของยาผู้ที่ศึกษา อาจยังไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ในค่า Pseudo R² ของแต่ละโมเดล มีค่าสูงสุดเพียงร้อยละ 51.4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการศึกษานี้มีผลส่วนใหญ่สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา มุณีแนม ซึ่งได้ทำการศึกษาเชิงสำรวจการใช้ยาทั่วไปของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่า อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัว⁽¹⁸⁾ แต่ปัจจัยดังกล่าว

อาจไม่ได้มีความสัมพันธ์กันทั้ง 3 ด้าน ซึ่ง รัชชัย กงสะเด็น ทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และความเข้าใจจากการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ โรงพยาบาลลำทับ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และการได้รับคำปรึกษาจากเภสัชกร ไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย แต่ความเข้าใจในการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับความร่วมมือรับประทานยา⁽¹⁹⁾ ความแตกต่างเหล่านี้ อาจเกิดจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการศึกษา เครื่องมือวัด วิธีการเก็บข้อมูล และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทำให้เกิดอคติ (bias) หรือการตัดตัวกวน (confounder) ออกไปได้ในระดับที่แตกต่างกัน

เชื่อว่า การศึกษาเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะเออร์โกติซึม และผลการให้ข้อมูลโดยวิธีปกติในครั้งนี้ มีจุดแข็งหลายประการ เช่น ทำการศึกษาในสถานพยาบาลที่เป็นศูนย์ด้านโรคติดเชื้อในระดับประเทศ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย การเก็บข้อมูล มีข้อคำถามในแบบสอบถามครอบคลุมประเด็นด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมค่อนข้างกว้าง การวิเคราะห์ข้อมูลมีการนำเทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณมาใช้ ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้เห็นผลกระทบของตัวแปรที่สนใจชัดเจนขึ้น เพราะสามารถตัดผลของตัวกวนออกไปได้ไม่มากนักน้อย และการนำค่าความเสี่ยง (ORs และ aORs) มาใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ทำให้เห็นขนาดของการรับรู้ความเสี่ยงได้ชัดเจนขึ้น (strength of association) ผลการศึกษาทำให้สามารถนำไปใช้พัฒนาปรับปรุงระบบการให้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และนำไปศึกษาหาคำตอบเพิ่มเติมเพื่อพิสูจน์ หรือตอบสมมุติฐานในหลายประเด็นให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นได้⁽⁸⁾

สรุป

ผู้ป่วยนอกที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีจากสถาบันบำราศนราดูร ส่วนใหญ่อาจยังไม่เคยได้รับข้อมูลเรื่องการ “ติดกัน” ระหว่างยากกลุ่มเออร์กอทและยากกลุ่ม PIs

หรือ EFV หรือเคยได้รับข้อมูล แต่อาจยังไม่เพียงพอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้ความเข้าใจ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันการภาวะเอดส์โรคติดเชื้อในระดับค่อนข้างดี เห็นความสำคัญของปัญหา ตลอดจนวิธีป้องกัน จึงควรนำผลการวิจัยมาใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาระดับระบบการให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย ให้มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบแบบบูรณาการ ร่วมกับการให้ข้อมูลเรื่องอื่นๆ ทำให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยเน้นรูปแบบการศึกษาไปข้างหน้า ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบกัน เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ความเสี่ยง จะช่วยให้ผลการศึกษามีความถูกต้องและตรงความเป็นจริง (valid or unbiased)⁽¹⁴⁾ มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์ ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัย ดร. นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ ผู้ให้คำแนะนำเนื้อหาในแบบสอบถาม เกสัชกรอริรัฐ จันทร์พานิชเจริญ ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ดร. นายแพทย์ จรุง เมืองชนะ ผู้ให้คำแนะนำการศึกษาและแบบสอบถาม เกสัชกรหญิงปิยนุช สมตน เกสัชกรหญิงวรภัทรา สุธน นันท์ เกสัชกรหญิงรมิตา วัฒนธานี เกสัชกรชนวิช ธีระกุล และเกสัชกรหญิงเบญจพร ปรีชานุกูล ที่ช่วยสัมภาษณ์เก็บข้อมูล และขอบคุณผู้ป่วยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการ วิจัย สถาบันบำราศนราดูร รหัสโครงการ : S019h/61_ ExPD

เอกสารอ้างอิง

1. Uttamangkaphong S. Operational directions and advancing program implementation to accelerate the efforts to end AIDS problems in Thailand by
2. Ongwandee S, Kiatburunakul S, Avihingsanon A, Sookkul E, Lolekha R, Editor. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2017. Nonthaburi: Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Infections, Department of Disease Control; 2017. (in Thai)
3. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Summary of the situation of AIDS and HIV infection in Thailand, 2015 [Internet]. [cited 2017 May 31]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_87903337.pdf (in Thai)
4. Pornjirasil S. Migraine: Drug abuse is more dangerous than thought [Internet]. [cited 2017 May 31]. Available from: <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/310> (in Thai)
5. Avihingsanon A, Ramautarsing RA, Suwanpimolkul G, Chetchotisakd P, Bowonwatanuwong C, Jirajariyavej S, et al. Ergotism in Thailand caused by increased access to antiretroviral drugs: a global warning. Top Antivir Med 2014;21:165-8.
6. Adverse Drug Reaction Information Center, Bamrasnaradura Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report of adverse drug reactions in 2009. Nonthaburi: Bamrasnaradura Institute; 2009. (in Thai)
7. Adverse Drug Reaction Information Center, Bamrasnaradura Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report of

- adverse drug reactions in 2011. Nonthaburi: Bamrasnaradura Institute; 2011. (in Thai)
8. Friis RH, Sellers TA. Epidemiology for public health practice. 2nd ed. Gaithersburg, MD: Aspen; 1999.
 9. Yamane T. Statistics, an introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
 10. Suwan P. Measuring health: rating scales and questionnaires. Bangkok: Parbim; 1994. (in Thai)
 11. StataCorp. Stata statistical software: release 15. College Station, TX: StataCorp LLC; 2017.
 12. Rosner B. Fundamentals of Biostatistics. 5th ed. Pacific Grove, CA: Duxbury Thomson Learning; 2000.
 13. Suthiwet D. Interaction of anti-HIV drugs. Thai Journal of Pharmacy Practice 2017;9:448–462. (in Thai)
 14. Szklo M, Nieto FJ. Epidemiology beyond the basics. Gaithersburg, MD: Aspen; 2000.
 15. Gordis L. Epidemiology. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.
 16. Youngdam N, Nirakorn J. Results of educating patients taking PIs or Efavirenz to prevent ergotism in Phra Phutthabat Hospital. Journal of Clinical Pharmacy 2015;2–3:75–84. (in Thai)
 17. Intarapim B, Rueanghongsa R. The effectiveness of education on drug interaction between Kaletra and Ergotamine in patients receiving antiretroviral therapy Kaletra, who received services at a Friend's Clinic in Si Sa Ket Hospital during April–August 2012. Si Sa Ket: Sisaket Hospital; 2012. (in Thai)
 18. Munee-nam K. Factors related to knowledge, attitude, and practices in drug use among out patients, Khuan Niang Hospital, Songkhla province. Journal of Clinical Pharmacy 2014; 1:66–80. (in Thai)
 19. Kongsaden T. Personal factors and understanding from counseling about drug use that affects drug adherence in HIV-infected patients. Journal of Clinical Pharmacy 2014;1:96–106. (in Thai)