



การวิจัยเชิงกรณีศึกษา: การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

วรัญญา พิสิท¹, ลีนิภา กรีชชาชญชัย^{2,*}

¹ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี อุทัยธานี

² สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการบริหารทางเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม

* ติดต่อผู้พิมพ์: krichanchai_s@su.ac.th

บทคัดย่อ

การตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด เป็นวิธีการติดตามการตอบสนองต่อยาต้านไวรัส และระบุความล้มเหลวในการรักษา งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในรูปแบบการวิจัยเชิงกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน แต่ขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด จำนวน 10 คน ในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดทางภาคกลาง สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพทำโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามผลการรักษาจากปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่รับรู้ประโยชน์ของการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด และนำไปสู่การขาดการตรวจติดตามการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่บริการของโรงพยาบาลรับรู้อุปสรรคด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้เป็นรายวันอาจรับรู้อุปสรรคด้านการขาดรายได้ ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลจะเป็นสิ่งสนับสนุนการรับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ช่วงเวลาการให้บริการ การนัดหมาย การจัดเก็บข้อมูลที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นอุปสรรคต่อการตรวจติดตาม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสทุกรายมีสุขภาพแข็งแรง มีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนที่สามารถจัดการตนเองให้มารับการตรวจติดตามได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดมีส่วนสนับสนุนทางอารมณ์ และสิ่งของส่งผลให้เกิดกำลังใจและความร่วมมือในการตรวจติดตาม นอกจากนี้บุคลากรการแพทย์มีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลความรู้ด้านการตรวจติดตาม การกำหนดเป้าหมายในการรักษา และการนัดหมาย ซึ่งจะส่งผลสำคัญต่อความร่วมมือในการตรวจติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, การตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวี, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค, การศึกษาเชิงคุณภาพ

รับต้นฉบับ: 5 ตุลาคม 2565; แก้ไข: 18 ธันวาคม 2565; ตอรับตีพิมพ์: 19 ธันวาคม 2565

CASE STUDY RESEARCH: PERCEIVED BENEFITS AND BARRIERS OF HIV VIRAL LOAD MONITORING IN HIV-INFECTED PATIENTS WHO LOST TO FOLLOW-UP VIRAL LOAD

Waranya Philuk¹, Sineenart Krichanchai^{2,*}

¹ Department of Pharmacy, Uthaithani Hospital, Uthaithani

² Division of Health consumer protection and pharmacy administration, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University, Sanamchandra Palace Campus, Nakhon Pathom

* Corresponding author: krichanchai_s@su.ac.th

ABSTRACT

HIV viral load monitoring is a way to track responses to antiretroviral drugs and identify treatment failures. This is a qualitative case study to explore the perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, and social support in HIV-infected patients about HIV viral load monitoring. The in-depth interview reviewed 10 key pieces of information that remained on antiretroviral drugs for at least 6 months, but no HIV viral load was monitored in a public hospital in the central province. The study included analyzing qualitative data with content analysis. The results showed that a lack of information about HIV viral load monitoring results in HIV-infected patients being ignorant of the benefits of HIV viral load monitoring which lead to a lack of monitoring. HIV-infected patients perceive the barriers caused by personal and environmental factors differently. HIV-infected patients that are elderly and living outside of hospital service areas perceive travel and travel costs as their barriers. While HIV-infected patients with daily incomes may perceive the barriers to lack of income. Healthcare rights will continue to support HIV-infected patients for treatment. For the environmental factors, this study found that service timelines, appointments, and ineffective record-keeping were a barrier to tracking. All HIV-infected patients taking antiretroviral therapy are in good health. The patients are confident in their competence to be able to manage themselves to follow-up continuously. Social support from close people contributes to emotional and material support, resulting in encouragement and cooperation in monitoring. Also, medical personnel plays an important role in providing information about HIV viral load monitoring, goals for treatment and appointments. This will have an impact on the adherence of HIV viral load monitoring among HIV-infected patients.

Keywords: HIV-infected patients, HIV viral load monitoring, perceive the benefits, perceive the barriers, qualitative study

Received: 5 October 2022; Revised: 18 December 2022; Accepted: 19 December 2022

บทนำ

เอดส์ (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือบกพร่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV: Human Immunodeficiency Virus) จนเกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ (Opportunistic infection) เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ หรือมะเร็งบางชนิด¹ จัดเป็นโรคเรื้อรังจากที่ต้องใช้เวลาในการรักษาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป²

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกสะสม 38.4 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 0.65 ล้านคน³ สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 438,336 คน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต 10,909 คน⁴ ประเทศไทยมีการให้บริการดูแลรักษาติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุม โรงพยาบาลภาครัฐมีการนำแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565 มาใช้ในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต เพื่อควบคุมปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด^{5,6} สอดคล้องกับหนึ่งในเป้าหมายที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนดไว้ในการหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคเอดส์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 90 ที่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องจะสามารถลดไวรัสได้ $<1,000$ copies/mL⁷ จากผลการดำเนินงานการจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุนการป้องกันดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดทางภาคกลาง ในด้านการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด 3 ปีซ้อนหลัง พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และสามารถลดไวรัสได้ มีจำนวนต่ำกว่าร้อยละ 90 โดยผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ

ข้อมูลภาพรวมของเขตสุขภาพและประเทศ ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเป็นจำนวนมากจากการทบทวนข้อมูลของโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2561 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสมีการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเพียงร้อยละ 75.57⁸ จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หายจากระบบการติดตามดังกล่าว เป็นเป้าหมายที่สถานพยาบาลต้องค้นหาและปิดรูรั่วของการส่งตรวจปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดนี้⁵ และเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ที่ขาดการตรวจติดตามการรักษาดังกล่าว

การตรวจติดตามการรักษาและการมาตรวจตามนัดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สะท้อนถึงความร่วมมือในการรักษา⁹ ซึ่งความร่วมมือในการรักษาส่งผลต่อการลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี¹⁰⁻¹² จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ทฤษฎีที่สำคัญของความร่วมมือในการรักษาคือ ทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹³ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังในคุณค่า (Expectancy-value theory) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคในการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา¹⁴⁻¹⁷ โดยมีปัจจัยด้านบุคคลที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ได้แก่ เพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาและคงอยู่ในระบบบริการมากกว่าเพศชาย¹⁸ อายุที่น้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะขาดการติดตามการรักษามากกว่า¹⁸⁻²⁰ ความรุนแรงของโรคระยะ 3 และระยะ 4 มีความเสี่ยงต่ำกว่าในการขาดการติดตามการรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับความรุนแรงของโรคที่น้อยกว่า²¹ ระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวีและรับยาต้านไวรัสที่สั้นมี

แนวโน้มที่จะขาดการติดตามการรักษามากกว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและรับยาต้านไวรัสมาเป็นระยะเวลาสั้น²⁰ ระดับ CD4 >200 cells/mm³ มีความเสี่ยงในการขาดการติดตามการรักษาน้อยกว่าผู้ที่มีระดับ CD4 <200 cells/mm³ ¹⁹ ในส่วนของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ สมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว^{9,16,17,22} ระบบบริการ^{15,23-26} บุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง^{9,15,24} พบว่าเป็นการสนับสนุนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเอดส์จากการศึกษาก่อนหน้านี้มุ่งเน้นที่ความร่วมมือในการรักษา ด้านการรับประทานยา และการตรวจติดตามผลการรักษาจากระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ในขณะที่การศึกษาเรื่องความร่วมมือในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดนั้นค่อนข้างจำกัด ถึงแม้ว่าการตรวจติดตามปริมาณของเอชไอวีจะเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาตามองค์การสหประชาชาติและประเทศไทยก็ตาม อีกทั้งการดำเนินงานในโรงพยาบาลพบปัญหาการขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสำรวจการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสมาต่อเนื่อง แต่ขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีการปรับเปลี่ยนได้ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน

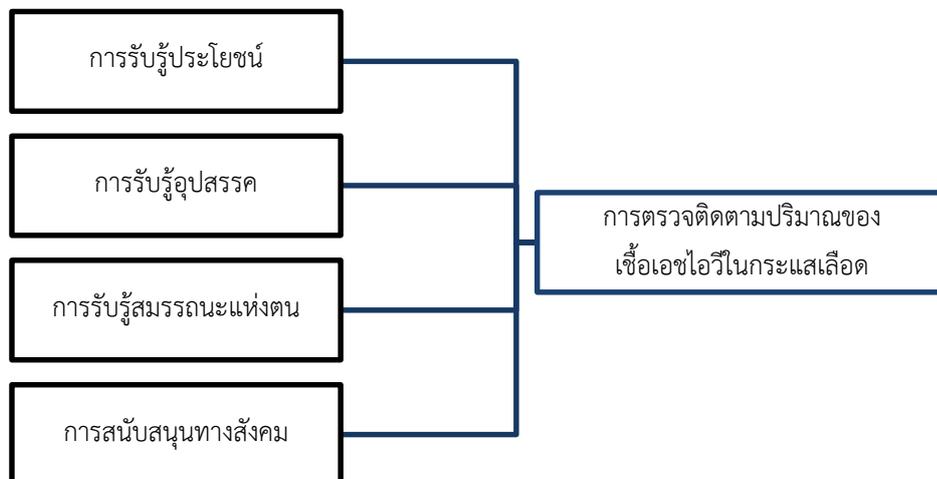
คลินิกเอชไอวีของโรงพยาบาล ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังรูปที่ 1

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยเป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา (Case Study Research) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2563 งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาล เอกสารอนุมัติโครงการวิจัย เลขที่ 25/2562 วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2562

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การศึกษานี้มีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ที่ขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดในปีงบประมาณ 2561 ที่มารับยาตามนัดหมายด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2563 และยินดีให้สัมภาษณ์ โดยมีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ เพศ อายุ ระยะการดำเนินโรค ระยะเวลาการรักษา และระดับ CD4 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและครอบคลุมผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ทำการเก็บข้อมูลดังตารางที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ทำการเก็บข้อมูล

| ผู้ให้ข้อมูล | เพศ | อายุ (ปี) | ระยะเวลาดำเนินโรค | ระยะเวลาการรักษา (ปี) | CD4 (cells/mm ³) |
|--------------|------|-----------|-------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1 | ชาย | 28 | 4 | 2 | 364 |
| 2 | หญิง | 72 | 3 | 6 | 471 |
| 3 | ชาย | 65 | 3 | 12 | 546 |
| 4 | หญิง | 51 | 3 | 11 | 442 |
| 5 | หญิง | 63 | 2 | 16 | 986 |
| 6 | หญิง | 48 | 3 | 2 | 197 |
| 7 | ชาย | 42 | 3 | 9 | 539 |
| 8 | หญิง | 35 | 4 | 2 | 171 |
| 9 | ชาย | 41 | 3 | 4 | 501 |
| 10 | ชาย | 27 | 1 | 2 | 251 |

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ สำหรับข้อมูลทุติยภูมิเก็บรวบรวมจากเอกสารฐานข้อมูลโรงพยาบาลในโปรแกรม HosXP และแบบบันทึกข้อมูล NAPHA ก่อนวันนัดหมายมารับบริการที่คลินิกเอชไอวี

ข้อมูลปฐมภูมิเก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยทำการสัมภาษณ์ในวันมารับบริการที่คลินิกเอชไอวี ทำการเก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยทำการเก็บข้อมูลครั้งเดียวในวันดังกล่าวจนได้ข้อมูลครอบคลุมเนื้อหา ครบถ้วนตามข้อคำถามในการสัมภาษณ์และข้อมูลอ้อมตัว ซึ่งทำการสัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ไม่เร่งรีบ ในระหว่างการวิจัยหากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่พึงพอใจหรือไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัยจนครบกำหนดเวลา ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกยุติและถอนตัว และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยจะมีการปกปิดความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงประเด็นด้านคุณภาพของการวิจัยเชิงกรณีศึกษาได้วางแนวทางตามทฤษฎีของ Yin (2013)²⁷ 4 ประการ ดังนี้ (1) ความเที่ยงตรงเชิงองค์ประกอบ (Construct Validity) โดยการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูล

หลายรูปแบบทั้งการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารในระบบของโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบผลการวิจัยให้ตรงกัน (2) ความเที่ยงตรงภายใน (Internal validity) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีการถอดข้อความแล้วมาจัดระเบียบข้อมูล จัดหมวดหมู่ จำแนกประเภทของข้อมูล และหาข้อสรุปของข้อมูลโดยอ้างอิงตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่สร้างขึ้น โดยมีการวิเคราะห์กรณีศึกษาเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างระหว่างกรณีศึกษาที่แตกต่างกัน (3) ความเที่ยงตรงภายนอก (External validity) ออกแบบงานวิจัยโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลาย ๆ คน โดยดูผลที่คล้ายคลึงกันเพื่อให้ได้ผลข้อสรุปโดยภาพรวม (Generalization) (4) ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร และใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลครบทุกประเด็น และมีข้อคำถามในการสัมภาษณ์เหมือนกันในทุกกรณีศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีรูปแบบกึ่ง

โครงสร้างสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวทางการตรวจรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี⁵ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นอกจากประเด็นด้านคุณภาพของการวิจัยเชิงกรณีศึกษาตามทฤษฎีของ Yin (2013) แล้ว เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยตรวจสอบความเที่ยงตรง (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญที่ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาข้อคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาครบถ้วน ข้อความถูกต้องเหมาะสม ตรงตามโครงสร้าง และภาษาที่ใช้เหมาะสม คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า Index of item objective congruence (IOC) ไม่น้อยกว่า 0.5 ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามบางส่วนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยทำการถอดข้อความจากเครื่องบันทึกเสียงอย่างละเอียด จัดระเบียบข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญที่ครอบคลุมความสัมพันธ์ต่อการขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ทั้งการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เป็นเพศชาย 5 คน เพศหญิง 5 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 27-72 ปี อายุเฉลี่ยเป็น 47.2 ปี (\pm SD=17.28) ร้อยละ 60 ของผู้ให้ข้อมูลตรวจพบการติดเชื้อเมื่อมีระยะการดำเนินโรคอยู่ในกลุ่ม 3 คือมีอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี และมีระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่ 2-16 ปี ระยะเวลาของการรักษาเฉลี่ยเป็น 6.6 ปี (\pm SD=5.46) ระดับ CD4 ล่าสุดตั้งแต่ 171-986 cells/mm³ ร้อยละ 70 ของผู้ให้ข้อมูลมีระดับ

CD4 มากกว่า 200 cells/mm³ โดยทุกคนมีระดับ VL น้อยกว่า 40 copies/mL จากการทบทวนเอกสารฐานข้อมูลโรงพยาบาลไม่มีผู้ให้ข้อมูลคนใดมีประวัติผื่นคันในการมาพบแพทย์เพื่อรับยาต้านไวรัส ผู้ให้ข้อมูลมีการเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับ CD4 เพียงร้อยละ 50 และทุกคนขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาวิจัยมีดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนระบุถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ช่วยป้องกันความล้มเหลวของการรักษา ครอบคลุมถึงพฤติกรรมดังต่อไปนี้ การดูแลสุขภาพตนเองทางด้านร่างกาย การรับประทานอาหารให้ครบถ้วน การออกกำลังกาย การป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม การรับประทานยาตรงเวลา รวมถึงการมาโรงพยาบาลตามนัดเพื่อรับยาต่อเนื่องและตรวจติดตามการรักษา ผู้ให้ข้อมูลในกรณีศึกษาทุกคนให้ความสำคัญต่อการรับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยทุกคนมารับยาอย่างต่อเนื่องตามนัดทุกครั้ง

สำหรับการตรวจติดตามการรักษา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (จำนวน 8 คน) รับรู้ว่าการตรวจติดตามการรักษาเพื่อป้องกันความล้มเหลวของการรักษาสามารถทำได้เพียง 2 วิธี คือ การติดตามจากการเจาะเลือดเพื่อตรวจติดตามระดับภูมิคุ้มกันคือ CD4 และการติดตามจากความเจ็บป่วยของร่างกายในการเกิดโรคเชื้อฉวยโอกาส โดยผู้ให้ข้อมูลที่อายุมาก (ในที่นี้หมายถึงผู้ให้ข้อมูลที่อายุมากกว่า 60 ปี) (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2, 3) ให้ความสำคัญกับร่างกายที่แข็งแรงมากกว่าการเจาะเลือดเพื่อติดตามผลการรักษา ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “ยามันก็ทำให้ผมสามารถทำเนาได้ ร่างกายแข็งแรง มียากินดีกว่าไม่มียากิน บางคนเค้าไม่มารับยาเอง เขาน่าจะรู้ตัวของเขาเองว่าร่างกายเขาสมบูรณ์ดีจึงฝากคนอื่นมารับยาแทน โดยไม่ต้องตรวจเลือด และในความเข้าใจของผม ผลการรักษาก็น่าดูว่ามันกลับเป็นเหมือนครั้งแรก คือไม่มีแรงเดินไม่ไหว เพลียไป จนเสียชีวิตไป อย่างเพื่อนที่เสียชีวิตไปเมื่อปีที่แล้ว เป็นก่อนผม

ประมาณ 1 ปี” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3) และมีเพียงผู้ให้ข้อมูลอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่เพิ่งได้รับยาต้านไวรัส โดยเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่ยังไม่เกิดโรคเชื้อฉวยโอกาส และมีระดับ CD4 มากกว่า 200 cells/mm³ (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9, 10) ที่รับรู้ว่าการติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเป็นการตรวจติดตามหนึ่งที่เป็นต่อการรักษา ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “เค้าบอกว่าเดี๋ยวนี้ให้ดูจากผล VL พี่พยาบาลเป็นคนเล่าให้ฟัง ย้อนหลังไป 1-2 ครั้งที่ผ่านมา น่าจะประมาณปลายปีที่แล้ว (ปี 2562) ว่า VL เป็นอีกอันหนึ่งที่ใช้ติดตามผลการรักษา ดูจากตัวเลขที่ตรวจแต่จำไม่ได้ว่ามันต้องเท่าไร แต่ไม่ทราบเลยว่าต้องตรวจเมื่อไร CD4 เนี่ยประมาณ 6 เดือนเจาะที ความสำเร็จของการรักษาหรือดูจาก CD4 ที่เพิ่มขึ้น สภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน ดำเนินชีวิตได้ปกติ แต่เค้าก็บอกว่าเดี๋ยวนี้ CD4 ก็ไม่ได้หมายความว่า จะวัดผลได้ บางคนบางครั้งการตรวจ CD4 ก็ผิดพลาดได้ แต่ไม่ทราบว่าเพราะอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (จำนวน 8 คน) ไม่ทราบว่าการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเป็นวิธี

หนึ่งในการตรวจติดตามการรักษาเพื่อป้องกันความล้มเหลวของการรักษา จึงทำให้ไม่รับรู้ประโยชน์ของการตรวจติดตามการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว มีเพียงผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 คนเท่านั้นที่ทราบถึงการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดว่าเป็นวิธีหนึ่งในการตรวจติดตามการรักษา แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวก็ให้ความสำคัญกับการติดตามการรักษาจากการเจาะเลือดเพื่อตรวจติดตามระดับ CD4 และติดตามจากความเจ็บป่วยของร่างกายในการเกิดโรคเชื้อฉวยโอกาสเท่านั้น เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลที่ไม่รู้จักปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนั้น การศึกษานี้จึงพบว่าผู้ให้ข้อมูลไม่รับรู้ประโยชน์ของการตรวจติดตามการรักษาด้วยปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

การรับรู้อุปสรรคในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด งานวิจัยนี้พบว่าอุปสรรคในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดขึ้นกับอิทธิพลของอุปสรรคจากปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

| ผู้ให้ข้อมูล | พฤติกรรม | | | ความล้มเหลวในการรักษา | | | การตรวจ VL คืออะไร | | | |
|--------------|----------------|---------------|-------------------------|-----------------------|-----|--------------|--------------------|-------------|---------|-------------|
| | การรับประทานยา | การปฏิบัติตัว | การตรวจติดตามผลการรักษา | VL | CD4 | ความเจ็บป่วย | รู้ประโยชน์ | รู้ความหมาย | ระบุค่า | ระบุสูง-ต่ำ |
| 1 | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | ✓ |
| 2 | ✓ | | | | | ✓ | | | | |
| 3 | ✓ | | | | | ✓ | | | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| 5 | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | | |
| 6 | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | |
| 7 | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | |
| 8 | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | |
| 9 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| 10 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

สำหรับปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วยการเดินทาง ค่าใช้จ่าย (หมายถึง ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และการขาดรายได้) และสิทธิการรักษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยด้านการเดินทาง ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการ คือ ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในอำเภอเดียวกับโรงพยาบาลที่ให้บริการ (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3, 5, 7) และผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัดกับโรงพยาบาลที่ให้บริการ สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการไม่พบปัจจัยด้านการเดินทางเป็นอุปสรรคต่อการตรวจติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวี ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “ซักรถเครื่องมา ไม่ลำบาก ผมอยู่ใกล้บ้านที่ก็มา 8:00 น 8:30 กว่า ถ้าไม่ต้องเจอะเลือดผมก็จะกลับไปแล้วมาตอนบ่ายโมงครึ่ง ไม่เป็นปัญหากับผม เพราะชีวิตเราเป็นอย่างนี้แล้วก็ต้องไปจนกว่าจะจากกันไปข้างหนึ่ง” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3) ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัดกับโรงพยาบาลที่ให้บริการส่วนใหญ่ (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1, 9-10) เกิดจากความสมัครใจที่จะใช้บริการโรงพยาบาลนอกพื้นที่ที่อาศัยอยู่ เพื่อต้องการให้การรักษาเป็นความลับ ดังคำพูดที่ว่า “ไม่อยากให้คนแถวบ้านรู้ เลือกรักษาที่นี่เพราะตอนนั้นทำงานอยู่ที่นครสวรรค์ ก็ไม่อยากให้คนที่ทำงานทราบด้วย ตอนรักษาพออดอีกเสบก็รักษาที่นี่เหมือนกัน เพราะเราไม่อยากให้คนแถวบ้านรู้ ถ้าเราใช้ชีวิตหรือมีสังคมที่ไหนก็ไม่อยากให้คนที่นี่รู้ เวลามาขับรถส่วนตัวมาเองใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่งออกจากบ้านมาประมาณ 4:00 น. เพื่อให้มาคิวแรก ๆ ออกมา 4:00 น. ก็มาถึงประมาณ 5:30 น. ถึง 6:00 น. บางที่แฟนก็มาส่งบางทีก็กลับบ้านนครสวรรค์ก่อนหรือนั่งรออยู่ด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1) หรือรับรู้ว่ามีความสะดวกมากกว่า ดังคำพูดที่ว่า “ได้ข่าวมาว่าที่กรุงเทพฯ เค้านัดกันคนละวันด้วยระหว่างเจอะเลือดกับฟังผลรับยา แต่ที่นี้อาจจะเป็นข้อดีที่เจอะเลือด รับยาเป็นวันเดียวกันเสร็จเลย ตอนนี้

ส่วนมากก็กลับบ้านเฉพาะเวลาที่มาหาหมอ ปีละ 2-3 ครั้ง ตามนัด นั่งรถประจำทางจากหมอชิดมาถึงเข้าพอดี” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9) ดังนั้นปัจจัยด้านการเดินทางจึงไม่เป็นอุปสรรคในกลุ่มคนอายุน้อยกว่า 60 ปี แต่พบว่าปัจจัยดังกล่าวจะเป็นอุปสรรคในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มคนอายุมาก ที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาคนในครอบครัวหรือญาติเพื่อมาโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มดังกล่าวจะมีความประสงค์ขอคำปรึกษาเรื่องการย้ายสิทธิการรักษาพยาบาลไปที่สถานบริการใกล้บ้านในพื้นที่ตนเองอาศัยอยู่ ดังคำพูดที่ว่า “เวลามาหาหมอจากกรุงเทพฯ นั่งรถมาที่ก็เกือบหมื่น ชาติเดียวเที่ยวละ 2000 บาท เพราะป่ามาเองไม่ได้ เวลามาอยู่ที่นี่มาพักอยู่กับหลาน หลานเขาดีมากมารับมาส่ง มาถึงโรงพยาบาลก็จะมาดูแลบ้างบอกว่าไม่ต้องมายุ่งปายังพอช่วยเหลือตัวเองได้ถ้ามาถึงโรงพยาบาลแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2) ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงพบว่ากลุ่มคนอายุมากที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่ให้บริการจะรับรู้ปัจจัยด้านการเดินทางเป็นอุปสรรคในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายนั้นจะประกอบด้วย ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และการขาดรายได้ การวิจัยนี้พบว่ากลุ่มคนอายุมาก ที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่ให้บริการ (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2) ที่รับรู้ปัจจัยด้านการเดินทางเป็นอุปสรรค จะเป็นผู้ที่รับรู้ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายจากการเดินทางเป็นอุปสรรคด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวยังต้องพึ่งพาเรื่องของค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางจากคนในครอบครัวหรือญาติที่เป็นผู้ดูแลด้วย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มคนอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่ให้บริการและเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถโดยสารประจำทาง (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6, 9) จะรับรู้ถึงค่าเดินทาง และค่าอาหารเป็นเพียงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเมื่อต้องมาโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลกลุ่มดังกล่าวก็ยังสามารถจัดการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ และรับรู้ว่าการใช้จ่ายดังกล่าวไม่เป็นอุปสรรคในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ดังคำพูดที่ว่า “ค่าใช้จ่ายก็เยอะคะ ก็มาตั้งแต่การนี้ก็ไปเกือบสอง

รื้อแล้วใช้ใหม่ ไหนเราจะกินไหนเราจะจุกจิกอะไรอย่างนี้ มันก็ค่าใช้จ่ายด้วย เพราะว่าเราก็มีค่าใช้จ่ายรอบเดือนทุกอย่างใช้หมด” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6) และ “เวลามากก็มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ค่าอาหาร ค่ากินอยู่ แต่ก็ไม่ได้มีอะไรมากมาย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มคนอายุมาก และต้องพึ่งพาคนในครอบครัวหรือญาติในด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางจะเป็นกลุ่มที่รับรู้อุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายต่อการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดแล้ว ผู้วิจัยยังพบว่าการขาดรายได้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายต่อการมาตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่คนเดียวที่มีรายได้เป็นรายวัน (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5) เนื่องจากการมาโรงพยาบาลทำให้ขาดรายได้ในการเลี้ยงดูตนเอง ดังคำพูดที่ว่า “เวลาต้องมาโรงพยาบาล เราต้องปิดร้านมาเพื่อหาหมอน ไม่มีใครทำแทน เสียรายได้ของเรา” ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่คนเดียวที่มีรายได้ประจำเป็นรายเดือน (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8-9) จะรับรู้ถึงการขาดรายได้ แต่ไม่เป็นอุปสรรค ดังคำพูดที่ว่า “เวลามาหาหมอนรับยาต้องลาออกมา แต่ไม่มีปัญหา ให้คนอื่นเข้าแทนได้ ที่ทำอยู่ก็มี 15 คน รายได้ลดลงจากการหยุดงานวันสองวัน แต่มันก็ไม่ได้มีอะไรมากมาย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

ปัจจัยด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ให้ข้อมูลมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนในการวิจัยนี้มีสิทธิการรักษา ไม่ว่าจะ เป็นหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ประกันสังคม และเบิกราชการ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเลือกมารับบริการในโรงพยาบาลแห่งนี้เนื่องจากมีสิทธิการรักษา ทำให้ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลใด ๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้น ปัจจัยด้านสิทธิการรักษาจึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

ในส่วนของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลช่วยเหลือ ระบบบริการ (ช่วงเวลาของการให้บริการ การนัดหมาย การจัดเก็บข้อมูล) และบุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า

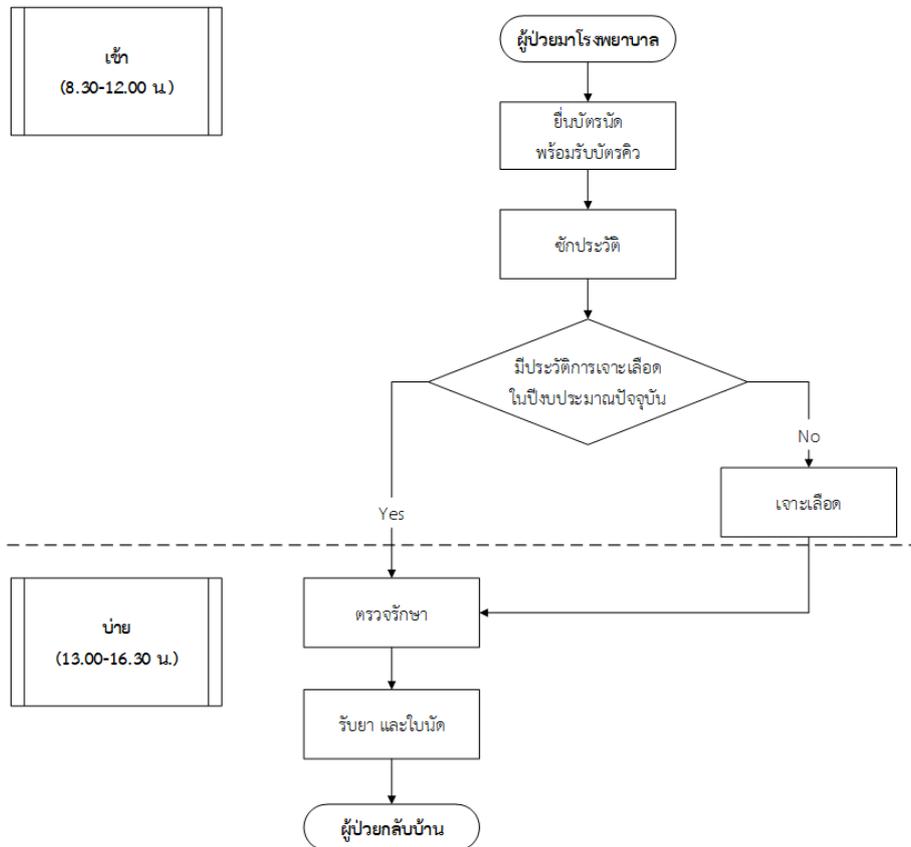
ด้านผู้ดูแลช่วยเหลือนั้น ผู้ให้ข้อมูลทั้งที่อาศัยอยู่กับครอบครัวและอาศัยอยู่คนเดียว ไม่มีอุปสรรคจากผู้ดูแลช่วยเหลือในการมาโรงพยาบาลเพื่อรับยาต่อเนื่องหรือตรวจติดตามการรักษา ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มอายุมากที่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2) จะมีคนในครอบครัวหรือญาติเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ ได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทาง ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มอายุมากที่อาศัยอยู่คนเดียว (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3, 5) ยังสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี

ด้านระบบบริการ ประกอบด้วยช่วงเวลาของการให้บริการ การนัดหมาย และการจัดเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่ให้บริการ มีรายได้ประจำเป็นรายเดือน (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3, 8-9) เสนอให้ปรับช่วงเวลาการให้บริการเป็นการเจาะเลือดและพบแพทย์เพื่อรับยาเป็นช่วงเช้า จากเดิมที่มีการเจาะเลือดช่วงเช้าและพบแพทย์เพื่อรับยาช่วงบ่าย ดังคำพูดที่ว่า “อยากให้มันเสร็จเร็วขึ้น อยากให้เจาะเลือดเสร็จตอนเช้า แล้วรับยาเลย ไม่ต้องรอถึงตอนบ่าย อย่างวันนี้คือเจาะเลือดแล้ว ต้องไปกินข้าว แล้วต้องรอบ่ายกว่าจะรอเรียกถึงคิวอีกบ่าย 2 บ่าย 3 ถ้าคนมาหลัง ๆ ก็ต้องรอถึงตอนเย็น ควรตรวจแล้วรับยาตอนเช้าไปเลย เหมือนสละไปเลยวันหนึ่ง เวลา 1 วันที่เสียไปเยอะนะคะ อย่างบางคนเค้าก็จะนั่งรถเมล์ รถโดยสารมา ส่วนตัวเองไม่มีปัญหา ขับรถยนต์มาเองมาเวลาไหนกลับเวลาไหนก็ได้ แต่ถ้าคนนั่งรถประจำทางมา รถมันหมดตอนบ่าย 3 ซึ่ง 4 โมง 5 โมงยังไม่ได้กลับบ้าน สงสารเพื่อน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8) หรือเสนอเพิ่มช่วงเวลาของการให้บริการเจาะเลือดที่สามารถมาเจาะเลือดล่วงหน้าก่อนวันนัดหมายพบแพทย์ได้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการเจาะเลือดเพิ่มขึ้น ดังคำพูดที่ว่า “น่าจะมีความยืดหยุ่นให้มาเจาะที่ห้องรวมได้ เพราะบางคนอาจติดธุระ ไม่สามารถมาเจาะเลือดวันนั้นได้” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9) แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (จำนวน 9 คน) ก็มีการปรับตัวให้มารับบริการตามช่วงเวลาการให้บริการของคลินิกได้ แม้ว่าจะรับรู้ถึงความลำบากของช่วงเวลาของ

การให้บริการที่เกิดขึ้น มีเพียงผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่คนเดียว มีรายได้เป็นรายวัน (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5) ที่รับรู้อุปสรรคจากการขาดรายได้ ที่ไม่มารับบริการตามช่วงเวลาของการให้บริการเจาะเลือด แสดงถึง การรับรู้อุปสรรคจากช่วงเวลาบริการ ซึ่งคลินิกเอชไอวีที่เข้ารับบริการ มีขั้นตอนการให้บริการในคลินิกเอชไอวี ดังแสดงในรูปที่ 2

ขั้นตอนบริการในคลินิกเอชไอวี เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้ป่วยทุกคนมารับบริการตั้งแต่เวลา 8.30 น. โดยเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบประวัติการเจาะเลือดในช่วงเช้า ถ้าผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการเจาะเลือดมาก่อนจะได้รับการเจาะเลือดและได้รับการแจ้งในเช้าวันดังกล่าว ถ้าผู้ป่วยมีประวัติการเจาะเลือดแล้วจึงจะแจ้งว่าไม่ต้องทำการเจาะเลือด หลังจากนั้นผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา และรับยาในช่วงบ่าย

ผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่คนเดียว มีรายได้เป็นรายวันจากการค้าขาย (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5) ที่รับรู้ช่วงเวลาบริการเป็นอุปสรรค จะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ปัจจัยด้านการนัดหมายเป็นอุปสรรคด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มดังกล่าวไม่ยอมขาดรายได้ จึงไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้าเพื่อมาเจาะเลือด ทั้งการงดน้ำงดอาหารและการมารับบริการตั้งแต่ช่วงเช้า ทำให้ขาดการเจาะเลือดเพื่อตรวจติดตามการรักษา แต่ผู้ให้ข้อมูลกรณีดังกล่าวระบุว่าหากมีการแจ้งนัดหมายเจาะเลือดล่วงหน้าก็จะมีเตรียมตัวก่อนมา ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (จำนวน 9 คน) รับรู้ว่าต้องเตรียมตัวงดน้ำงดอาหารล่วงหน้า และมารับบริการตั้งแต่ช่วงเช้าตามวันนัดหมาย มีการเตรียมตัวมาพร้อมหากต้องมีการเจาะเลือด มีผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ของการขาดการเจาะเลือด (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4, 7-9) ที่ในช่วงแรกของการ



รูปที่ 2 ขั้นตอนบริการในคลินิกเอชไอวี

รักษา มีประสบการณ์ไม่ได้เตรียมตัวมาทำให้ไม่ได้รับการเจาะเลือด หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงมีการปรับตัวเพื่อให้ได้เจาะเลือดทุกครั้ง มีการเตรียมตัวงดน้ำงดอาหารมาล่วงหน้าและมารับบริการตั้งแต่เช้าเพื่อเจาะเลือด แต่ก็ยังคงขาดการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ดังคำพูดที่ว่า “มันไม่รู้ว่าเจาะเลือดหรือไม่เจาะเลือด ก็ต้องมาแต่เช้า เพราะเค้าไม่ได้แจ้งมา จะได้จัดการเวลาได้ บางทีก็รู้ บางทีก็ไม่รู้ว่าต้องมาเจาะเลือด เพราะบางทีหมอก็บอกว่าครั้งหน้าเจาะเลือดนะ อย่างครั้งนี้ก็ไม่ได้บอก แต่เราก็งดน้ำงดอาหารมาทุกครั้งที่มา มีบางครั้ง หรือครั้ง 2 ครั้งทีกินกาแฟก็บอกว่ากินมา พี่พยาบาลก็ไม่ให้เจาะเลือด ปกติมาตั้งแต่ 5 ออกจากบ้านมาจวงคิวก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7) และ “ที่ผ่านมามาก่อน 8 โมงทุกครั้ง ส่วนมากงดน้ำงดอาหาร ครึ่งคืนกึ่งดมาหลังเที่ยงคืน เป็นแค่แรก ๆ ที่ไม่ได้งดมา ครั้ง 2 ครั้งแรก บางครั้งเค้าก็ไม่ได้บอกว่าการเจาะเลือด ถ้ามาก็จะมาทราบตอนเช้าเลยว่าต้องเจาะเลือด เตี้ยวันนี้มาหาหมอกึ่งดมาเลยทุกครั้ง อยากให้มีการนัดล่วงหน้า ช่วยวางแผนเตรียมตัวเรา” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9) ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่เพิ่งเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6, 9) ระบุว่าตนเป็นคลาดเคลื่อนของการจัดเก็บข้อมูล เพราะที่ผ่านมารับรู้ว่าตนเองมีการเจาะเลือดเป็นประจำ แสดงถึง การจัดเก็บข้อมูลที่คลาดเคลื่อนเป็นอุปสรรคหนึ่งในการขาดการตรวจติดตาม ดังคำพูดที่ว่า “ปีที่แล้วก็เจาะนะคะ มาครั้งหลัง ๆ นี้เจาะทุกรอบที่มาก็เลย ครั้งแรก ๆ คือเจาะแล้วมาอีกทีก็ไม่เจาะ ไม่เจาะแล้วก็มาอีกทีนี่เจาะ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6) และ “ไม่มีผลจากตัวเองนะ เจาะทุกครั้งถ้ามีคำสั่งให้เจาะ ผมว่าจากข้อมูลนี้แหละแต่ละคนอาจจะคลาดเคลื่อน การบันทึกคลาดเคลื่อน ที่ผ่านมามาก่อน 8 โมงทุกครั้ง ส่วนมากงดน้ำงดอาหาร ครึ่งคืนกึ่งดมาหลังเที่ยงคืน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

ด้านบุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้ข้อมูลระบุว่ามีการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างครบถ้วน และได้รับการเจาะเลือดเป็นประจำ จึงไม่

รับรู้ถึงอุปสรรคการตรวจติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดจากปัจจัยด้านบุคลากรการแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “การเจาะเลือดเราไม่รู้จะอะไรเลย เพราะที่ผ่านมาทำตามที่เขาบอกเขาให้ทำอะไรก็ทำ เราก็กทำตามตรงที่เขาให้ทำทุกอย่าง” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1) และ “คิดว่าจากตัวเราเองไม่มีผล ขึ้นกับหมอสั่ง ผมมาตามนัดทุกครั้ง ไม่เคยขาดนัด ไม่เคยฝากใครมารับยา” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ผู้ให้ข้อมูลทุกคนประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง เป็นปกติ มีความสุขกับการทำงาน หลังจากที่ได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จึงเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถมาโรงพยาบาลตามนัดรับยา และนัดตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดได้ทุกครั้ง ทุกคนให้ความสำคัญต่อการมาโรงพยาบาลตามนัด ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “หมอนัดตอนไหนก็มาตอนนั้น จะไม่ว่าจะมีธุระยังไงก็ต้องมา ไม่เคยผัดนัดเลยคะ ตอนช่วงที่ขาดยานี้เราจะเจ็บออด ๆ แอด ๆ จะคอยแต่ไปหาหมออะไรอย่างนี้ หมอนัดทุกครั้งต้องมาคะ ไม่เคยไม่มา แต่ถ้ามาไม่ได้โทรก็ต้องมาเลื่อนนัด ก่อนวันที่ว่าหมอนัด” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6), “คิดว่าไม่มีสาเหตุอะไรที่ทำให้เรามาไม่ได้ คิดว่ามาได้ทุกครั้ง และไม่มีอะไรทำให้เรามาไม่ได้ ยังไงก็ต้องมา ไม่กังวลเรื่องการรับยา การเจาะเลือด เพราะรู้แล้วทำได้แล้ว ก่อนหน้านี้ทำใจไม่ได้ และเราก็มีปัญหาครอบครัว พอมาช่วงนี้เรามีแค้นง ไม่ต้องมีอะไรที่ต้องกังวล มีเวลากับตัวเองมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8), “เค้าบอกว่าเตี้ยวันนี้ให้ดูจากผล Viral load พี่พยาบาลเป็นคนเล่าให้ฟัง ย้อนหลังไปครั้ง 2 ครั้งที่ผ่านมา น่าจะประมาณปลายปีที่แล้ว (ปี 2562) Viral load เป็นอีกอันหนึ่งที่ใช้ติดตามผลการรักษา ที่ผ่านมารับยาเองทุกครั้ง ไม่เคยให้ใครมารับยาแทน ไม่เคยมาผัดนัด ไม่เคยมาสาย มารอก่อน 8 โมงทุกครั้ง ถ้ามาไม่ได้ต้องโทรมานัดเป็นการส่วนตัวก่อน อาจจะขอเจาะในวันที่สามารถมาได้ หรือเป็นนัดครั้งต่อไป ถ้าให้เลือกผมว่ารับยาสำคัญกว่า เจาะเลือดก็สำคัญ แต่ยามันขาดไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9) และ “ผลการรักษา ผมดูจาก

ตารางที่ 3 การรับรู้อุปสรรคในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

| ผู้ให้ข้อมูล | ปัจจัยด้านบุคคล | | ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม | | |
|--------------|-----------------|---------------------------------|-----------------------|------------------|--------------------------------------|
| | การเดินทาง | ค่าใช้จ่าย | สิทธิการรักษา | ผู้ดูแลช่วยเหลือ | ระบบบริการบุคลากร |
| 1 | | | | | |
| 2 | ✓ | ✓ ค่าเดินทาง | | | |
| 3 | | | | | ✓ ช่วงเวลาบริการ |
| 4 | | | | | |
| 5 | | ✓ รายได้ | | | ✓ ช่วงเวลาบริการ การนัดหมาย |
| 6 | | ✓ ค่าเดินทางค่าอาหาร | | | ✓ การจัดเก็บข้อมูล |
| 7 | | | | | |
| 8 | | ✓ รายได้ | | | ✓ ช่วงเวลาบริการ |
| 9 | | ✓ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร รายได้ | | | ✓ ช่วงเวลาบริการ การจัดเก็บข้อมูล |
| 10 | | | | | |

1. ถ้ามา รพ. ก็ดูจากผลเลือด 2. ประเมินจากสุขภาพร่างกายของเรา ว่าเรามีเจ็บป่วยมั้ยในช่วงที่กินยาผ่าน ๆ มา จากตัวผมที่ไปเจาะเลือดตรวจ HIV ก็คิดว่าผลเลือดใช้ประเมินผลการรักษาได้ไวกว่า ดูค่า CD4 Viral load มันช่วยบ่งบอกให้เราได้รับรู้ที่ผ่านมาเราดูแลตัวเองมากน้อยขนาดไหน กินยาไปแล้วยาตอบสนองต่อร่างกายเรามากน้อยเพียงไหน ยิ่งงี้ก็ผมมาได้ทุกครั้ง ถ้ามาไม่ได้อันดับแรก ผมจะโทรมาที่นี้ก่อนล่วงหน้า ขอเลื่อนนัด อาจเป็นเลื่อนเวลาก่อน โทรประสานล่วงหน้าว่าจะมาตอนไหน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถมาโรงพยาบาลตามนัดรับยา และนัดตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดได้ทุก

ครั้ง ที่แสดงถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แต่ในส่วนของ การทบทวนข้อมูลกลับพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการเจาะเลือดเพียงร้อยละ 50 และเป็นการติดตามระดับ CD4 เท่านั้น

การสนับสนุนทางสังคมในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ คือ กลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือโดยมีความสัมพันธ์ตามธรรมชาติเป็นบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง บุตร แฟนหรือคู่สมรส กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการเป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือที่

เฉพาะเจาะจง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านข้อมูล จากการศึกษาวิจัยนี้พบว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการจะให้การสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนด้านสิ่งของ ในขณะที่กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการจะให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 4

การสนับสนุนทางอารมณ์ พ่อแม่และพี่น้องของผู้ให้ข้อมูลทุกคนทราบเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และให้การสนับสนุนทางอารมณ์ (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1-4, 7-10) ในขณะที่แฟนหรือคู่สมรสแม้ไม่ทราบเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี แต่ทราบเรื่องการเจ็บป่วยและการมาโรงพยาบาลก็ให้การสนับสนุน (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1, 4, 6) ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “แฟนไม่ทราบเรื่องการติดเชื้อแต่เค้าก็ใส่ใจเรื่องการทานยาของเรา บางทีลืมยาเค้าก็จะตามเอาไปให้เวลาไปไร่ หรือบ้านแม่อีกบ้านหนึ่งตอนที่นาฬิกาเตือน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4) โดยการสนับสนุนทางอารมณ์นั้นเกิดขึ้นทั้งจากบุคคลใกล้ชิดที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน แต่

ทราบเรื่องความเจ็บป่วยหรือการมาโรงพยาบาล เป็นการให้ความรัก การดูแล การเอาใจใส่ในเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด รวมถึงการถามไถ่ กระตุ้นเตือนที่เกี่ยวข้องกับการรักษา โดยไม่มีความรังเกียจหรือต่อว่าใด ๆ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “พ่อแม่ทราบเรื่องการติดเชื้อ แต่ไม่ว่าอย่างไร เป็นห่วงเรื่องสุขภาพ เวลามาหาหมอ เค้าก็จะถามตลอดว่ามาหาหมอ มารับยาวันไหน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9) และ “ที่บ้าน แม่ และพี่สาว 3 คน ทราบ รับรู้เรื่องการติดเชื้อ และมารับยาในแต่ละครั้ง มีการถามไถ่ ถ้าเค้าเห็นว่าปกติดี เราไม่ได้เจ็บป่วยอะไรก็ไม่ค่อยได้ถาม อย่างเช่นรับยาเมื่อไรก็ยังมีถามอยู่ ทุกคนปฏิบัติตนกับเราเป็นปกติ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10) มีเพียงผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่คนเดียว และไม่ต้องการให้บุคคลใกล้ชิดทราบเรื่องการเจ็บป่วย (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5) ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ใด ๆ อย่างไรก็ตามไม่มีผู้ให้ข้อมูลคนใดได้รับผลกระทบทางลบจากบุคคลใกล้ชิดที่ทราบเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี หรือการมาโรงพยาบาล ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงพบว่า หากบุคคลใกล้ชิดทราบเรื่องการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ในทางบวก

ตารางที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

| ผู้ให้ข้อมูล | การสนับสนุนทางอารมณ์ | | การสนับสนุนด้านสิ่งของ | | การสนับสนุนด้านข้อมูล | |
|--------------|-------------------------|----------------|------------------------|------------|-----------------------|------------------|
| | พ่อแม่ พี่น้อง ลูก หลาน | แฟนหรือคู่สมรส | เวลา | ค่าใช้จ่าย | ปริมาณของเชื้อเอชไอวี | ข้อมูลระบบบริการ |
| 1 | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| 2 | ✓ | | ✓ | ✓ | | |
| 3 | ✓ | | | | | |
| 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| 7 | ✓ | | | ✓ | | |
| 8 | ✓ | | | | | |
| 9 | ✓ | | | | ✓ | |
| 10 | ✓ | | | | | |

การสนับสนุนด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านสิ่งของที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับ ได้แก่ ความช่วยเหลือด้านเวลาในการพามาโรงพยาบาล ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร รวมถึงค่าใช้จ่ายในเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล เป็นการสนับสนุนที่ได้รับในผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่กับบุคคลใกล้ชิด โดยผู้ให้ข้อมูลจะได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทองจากพ่อแม่ พี่น้อง แฟนหรือคู่สมรสที่ตนเองอาศัยอยู่ด้วย (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1-2, 4, 6-7) ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “ที่บ้านไม่มีใครทราบ ให้ใครรู้ไม่ได้ แฟนก็ไม่ทราบ แฟนไม่สงสัยค่ะ บอกแค่งินยาคความดันสูงเพราะว่าคนที่บ้านเรื่องพวกนี้เขาจะรับไม่ได้ พูดตรง ๆ เลยนะ คือคนในหมู่บ้านจะให้รับรู้ได้ว่าเราเป็นคนเลือดจาง และก็ความดันสูงแค่นั้นก็พอ ถ้าเรามีเชืื่อนี้สงสัยขับออกจากหมู่บ้านแน่ เวลามาทหาหมอก็บอกแฟนก็ว่าวันนี้ฉันต้องไปหาหมอนะ ต้องมีเงินค่ารถ ค่ากิน อะแค่นั้น บางทีก็ของเราบางทีแฟนก็บอกเธอเอาไปนะ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6) ในผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่กับแฟนหรือคู่สมรส (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4, 6) แม้จะสามารถมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง ยังได้รับความช่วยเหลือด้านเวลาในการพามาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่คนเดียว (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3, 5, 8-10) นั้นมักจะไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งของ ในการวิจัยนี้จึงพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่ด้วยกันกับบุคคลในครอบครัวจะได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของร่วมด้วย แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลกลุ่มดังกล่าวจะสามารถดูแลตนเองได้ก็ตาม

การสนับสนุนด้านข้อมูล จากกลุ่มบุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก ในการสนับสนุนด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด พบว่ามีเพียงผู้ให้ข้อมูลอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่เพิ่งเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อมีอาการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9) ที่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดจากพยาบาลประจำคลินิก ทำให้ทราบข้อมูลของการติดตามผลการรักษาในผู้

ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจากการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ดังคำพูดที่ว่า “เค้าบอกว่าเดี๋ยวนี้ให้ดูจากผล VL พี่พยาบาลเป็นคนเล่าให้ฟัง ย้อนหลังไป 1-2 ครั้งที่ผ่านมา น่าจะประมาณปลายปีที่แล้ว (ปี 2562) ว่า VL เป็นอีกอันหนึ่งที่ใช้ติดตามผลการรักษา ดูจากตัวเลขที่ตรวจแต่จำไม่ได้ว่ามันต้องเท่าไร แต่ไม่ทราบเลยว่าต้องตรวจเมื่อไร” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9) ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่เพิ่งเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสตั้งแต่ยังไม่เกิดอาการ (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10) ทราบข้อมูลของการติดตามผลการรักษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจากการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดจากการศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง ดังคำพูดที่ว่า “ผลการรักษา ผมดูจาก 1. ถ้ามารพ. ก็ดูจากผลเลือด 2. ประเมินจากสุขภาพร่างกายของเราว่าเรามีเจ็บป่วยหรือไม่ในช่วงหนายาที่ผ่านมา จากตัวผมที่รู้ผลติดเชื้อเพราะไปเจาะเลือดตรวจ HIV เอง ก็เลยคิดว่าผลการรักษาประเมินจากผลเลือดได้ไวกว่า ดูค่า CD4 กับ VL และผมว่า CD4 น่าจะบอกผลการรักษาได้ดีกว่า เพราะมันบอกเราได้ว่าที่ผ่านมาเราดูแลตัวเองมากน้อยขนาดไหน กินยาไปแล้วยาตอบสนองต่อร่างกายเรามากน้อยเพียงใด VL คือค่าที่กำหนดของผลเลือดรีเปลา ที่บอกผลการรักษา ใช้ในการประเมินผลการรักษา แต่ VL ของผมเท่าไรไม่แน่ใจ เท่าที่จำได้น่าจะน้อยกว่า 40 ค่า VL มีน้อยถึงจะดี ถ้ามันมากขึ้นก็อาจทำให้มีโรคฉวยโอกาสเข้ามาได้” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10) และผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (จำนวน 8 คน) ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ทำให้ไม่รู้ว่าการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเป็นการตรวจติดตามการรักษาที่จำเป็น โดยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มอายุมาก ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมานานจนปัจจุบันมีร่างกายแข็งแรง (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2, 5) ต้องการการสนับสนุนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ต้องการให้มีการสนับสนุนด้านข้อมูลเพิ่มขึ้นในรูปแบบการให้ข้อมูลที่แตกต่างกันไป ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด

(ผู้ให้ข้อมูลที่ 2) ต้องการการสนับสนุนข้อมูลในรูปแบบที่เป็นรายบุคคลเมื่อมาโรงพยาบาล ดังคำพูดที่ว่า “ไม่ทราบเลยล่ะว่าเรามาเจาะเลือดแต่ละครั้งเพื่ออะไรไม่มีใครบอกเราได้แต่มาเฉย ๆ ปกติก็มาประมาณ 6 โมงกว่าก็มาตามวันนัดเพราะหมอเขาไม่ได้บอกเรา ป้าพูดความจริงนะไม่เคยถามเลย เมื่อก่อนป้าเคยนะป่วยเป็นไข้แล้วบอก หมอบอกกลับมาว่าผมไม่ได้ถามตรงนั้น ตั้งแต่นั้นก็เลยไม่กล้าถาม เรารอคนอื่นนานแต่พอถึงเราแป็บเดียวแค้ให้ยาเฉย ๆ ตอนหลังพยาบาลบอกเรื่องภูมิคุ้มกันให้ดูมั้ง แต่เขาจะพูดรวม ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2) ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่คนเดียวและไม่ได้รับการสนับสนุนใด ๆ จากบุคคลใกล้ชิด (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5) ต้องการการสนับสนุนข้อมูลผ่านช่องทางสื่อสารอื่น เช่น สื่อโทรทัศน์ เพื่อที่จะไม่ขาดรายได้เมื่อต้องมาโรงพยาบาล ดังคำพูดที่ว่า “เราไม่รู้จักปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด แต่เราพยายามดูทีวีนะ เราอยากให้ออกรายการทีวีเกี่ยวกับเอชไอวี เพื่อให้ประชาชนอย่างเราที่ใช้ชีวิตอยู่กับบ้าน ได้รับทราบข้อมูลที่สมควรจะต้องรู้ เพราะเราไม่มีเวลาที่จะมาถามข้อมูล” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5) ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ทั้งที่เพิ่งได้รับการรักษาและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมานาน ต้องการการสนับสนุนข้อมูลระบบบริการเกี่ยวกับการแจ้งนัดหมายเจาะเลือดล่วงหน้า และการเลื่อนนัดหมาย เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติตัว ดังตัวอย่างคำพูดเกี่ยวกับการแจ้งนัดหมายเจาะเลือดล่วงหน้าที่ว่า “เวลาเรามาหาหมอทีหนึ่งเนี่ยยังคิดอยู่นะเราจะได้ออกเซอร์ยหรือได้เจาะเลือดใหม่ ลุ้นอยู่ 2 อย่างเนี่ย แค่ออกเซอร์ยให้แจ้จวัน ถ้าจะเจาะเลือดให้แจ้จก่อน อยากให้มีติดไปกับใบนัดว่าต้องเจาะเลือดเมื่อไหร่จะได้เตรียมตัวมาก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4) หรือ “อยากให้มีการแจ้จล่วงหน้าของการปฏิบัติตัวเวลามีนัดครั้งหน้า น่าจะเหมือนคนไข้ทั่วไป อย่างใบนัดที่ได้มาเค้าก็ไม่ได้แจ้จแจ้จมาว่าต้องออกเซอร์ย แต่ก็ต้องไปออกเซอร์ย ปกติช่วงเช้าผมไม่ได้กินอะไรมาอยู่แล้ว เรื่องการนั่งอาหารก่อนมาโรงพยาบาลอาจไม่มีผลต่อผม แต่ถ้ารู้ว่าพรุ่งนี้ต้องเจาะเลือดผมก็จะพยายามพักผ่อนให้เพียงพอ แต่บางครั้ง

ผมอยู่เวรก็อาจจะมีบ้างที่ไม่ได้พักผ่อน ซึ่งอาจส่งผลต่อ CD4 อยากให้มีการระบุไปในใบนัดเลยว่าวันนี้คนไข้คนนี้ต้องทำอะไร ต้องเจาะเลือดมัย ต้องนั่งอาหาร ต้องออกเซอร์ยมัย เค้าจะได้เตรียมตัวมาถูก เพราะบางทีมาถึงไม่รู้ว่าจะต้องเจาะเลือดมัย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10) และตัวอย่างคำพูดเกี่ยวกับการเลื่อนนัดหมายที่ว่า “จากข้อมูลที่ได้รับในคลินิกคิดว่าได้ข้อมูลเพียงพอในระดับหนึ่ง ถ้าเกิดมีปัญหาที่สามารถที่จะถามพี่ ๆ เจ้าหน้าที่ได้ เรื่องการมาตามนัดถ้ามาได้เนี่ยยังไม่รู้เลยกำลังจะถามพี่อยู่เลยว่าจะต้องทำอะไร แล้วถ้าจะเลื่อนนัดนี้เราต้องโทรมาที่เบอร์ไหนครับ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1) ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงพบว่าผู้ให้ข้อมูลยังไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลที่เพียงพอ ทำให้ไม่รู้ว่าควรติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเป็นการตรวจติดตามการรักษา และยังคงต้องการข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด และประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจติดตามด้วยวิธีดังกล่าว ทั้งรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และผ่านสื่อโทรทัศน์ รวมถึงต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการนัดหมายเพิ่มขึ้น

อธิบายผลการศึกษา

1) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

การวิจัยนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทุกคนมารับยาอย่างต่อเนื่องตามนัดทุกครั้ง แสดงถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและนำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา โดย Connelly²⁸ กล่าวว่าไว้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ตามการรับรู้ความหมายของเหตุการณ์และพฤติกรรมนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตที่ดีจะมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวีก็เป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ประโยชน์ของการรับประทาน

ยาต้านไวรัสต่อเนื่องสม่ำเสมอทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับรู้ประโยชน์จากการตรวจติดตามการรักษาจากการเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับ CD4 หรือการติดตามจากภาวะสุขภาพ ความแข็งแรงของร่างกาย และใช้วิธีการดังกล่าวในการติดตามการรักษา เนื่องจากประสบการณ์การรับรู้ประโยชน์ของวิธีการตรวจติดตามการรักษาแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Saratham¹⁷ และ Komgla¹⁶ ที่พบว่าหากมีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาหรือพฤติกรรมนั้น จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้น การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่รับรู้ประโยชน์ของการติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด จึงไม่เกิดการตรวจติดตามดังกล่าว อย่างไรก็ตามการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่รับรู้ประโยชน์ของการติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดนั้น เกิดจากไม่ทราบถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวิธีการตรวจติดตาม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจติดตามดังกล่าว สอดคล้องกับ Pender¹³ ที่พบว่าความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ประโยชน์ของการติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด จะนำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการตรวจติดตามการรักษาจากปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น

ดังนั้น งานวิจัยนี้เสนอแนะให้มีการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประโยชน์ของวิธีการดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบถึงวิธีการติดตามผลการรักษาและรับรู้ประโยชน์ ซึ่งจะนำมาสู่ความต่อเนื่องของการติดตามผลการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวเพิ่มขึ้น

2) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

ปัจจัยด้านบุคคล การศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้านการเดินทางเป็นปัจจัยที่สำคัญเนื่องจากจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย และปัจจัยด้านค่าอาหารระหว่างการ

เดินทาง งานวิจัยนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการการเดินทางมาจากหลากหลายพื้นที่ ทั้งในพื้นที่ให้บริการและนอกพื้นที่ให้บริการที่มาจากต่างจังหวัดหรือต่างอำเภอ ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่ให้บริการในกลุ่มคนที่อายุมาก รับรู้ว่าการเดินทางเป็นอุปสรรคเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่มอายุมากที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการมาโรงพยาบาล ทั้งต้องเดินทางไกล ใช้ระยะเวลาเดินทางนาน และมีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งไม่แตกต่างจากการศึกษาอื่น²⁹ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้กลับพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุน้อยกว่า 60 ปี เลือกรับบริการนอกพื้นที่อยู่อาศัยของตนเอง เป็นไปด้วยความสมัครใจเพื่อที่จะไม่เจอคนรู้จัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongpuh³⁰ ที่พบว่าการรับรู้การตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยปกปิดสถานภาพการติดเชื้อและตัดสินใจไม่ไปรับบริการสุขภาพ การมีบริการคลินิกเฉพาะโรค แยกจากคลินิกอื่น ๆ เพื่อลดการตีตรา มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกรับบริการนอกพื้นที่อยู่อาศัย อีกทั้งการให้บริการคลินิกเอชไอวีในโรงพยาบาลแห่งนี้มีการให้บริการแยกจากคลินิกอื่น ๆ

ปัจจัยด้านบุคคลในด้านการขาดรายได้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่คนเดียว และมีรายได้เป็นรายวัน เนื่องจากการมาโรงพยาบาลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดรายได้ในการเลี้ยงดูตนเอง สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มดังกล่าวพบว่าสามารถมาโรงพยาบาลตามวันนัดหมายเพื่อรับยาต่อเนื่องได้ แต่เลือกที่จะขาดการเจาะเลือดเพื่อตรวจติดตามการรักษา จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง ทำให้สามารถไปประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้ ซึ่งแสดงถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเจตคติที่ดีต่อการมาโรงพยาบาลตามนัดเพื่อรับยาต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Veerakul³¹

ที่พบว่าเจตคติต่อความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้านการมาตรวจติดตามตามนัด อย่างไรก็ตามในเรื่องของการตรวจติดตามการรักษาอาจจะต้องสร้างเจตคติที่ดี ที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัดสินใจมาตรวจติดตามการรักษาเพิ่มขึ้น อีกทั้งการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนมีสิทธิการรักษาพยาบาลครอบคลุมทั้งการรับยาต้านไวรัสและการตรวจติดตามการรักษา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เป็นกังวลที่จะเข้ารับบริการจากโรงพยาบาล²⁹

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยภายนอกที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลช่วยเหลือที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่กับครอบครัวและอาศัยอยู่คนเดียว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการได้รับความรัก ความใส่ใจ การใช้เวลาในการพามาโรงพยาบาล รวมถึงความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tina³² ที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลช่วยเหลือจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองมากขึ้น การยอมรับและการช่วยเหลือของสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและมีกำลังใจในการรักษา

ด้านระบบบริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้นของระบบบริการ ทั้งในส่วนของช่วงเวลาของการให้บริการที่ต้องใช้เวลาเต็มวันในการรับบริการ การไม่มีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำ และการจัดเก็บข้อมูลที่คลาดเคลื่อน ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีการปรับตัวเพื่อให้สามารถเข้ารับบริการตามช่วงเวลาของการให้บริการ ทั้งในการเตรียมตัวมาโรงพยาบาลตั้งแต่เช้า และเตรียมตัวนั่งรถมาล่วงหน้า งานวิจัยนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่รับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้น และอุปสรรคดังกล่าวก็ส่งผลกระทบต่อตรวจติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยในการระบุสถานะการ

ตรวจติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีผลต่อการกำหนดนัดหมายเจาะเลือดตามมา ที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเตรียมตัวให้พร้อมกับการตรวจติดตาม การจัดการปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนี้จะลดอุปสรรคที่เกิดขึ้นต่อการตรวจติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Rutstein et al.²⁶ ที่ทำการศึกษาอุปสรรคในการติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดของผู้ให้บริการ และพบว่าการจัดการข้อมูลที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นอุปสรรคของการตรวจติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด อีกทั้งการปรับช่วงเวลาบริการเจาะเลือด จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสะดวกและเข้าถึงบริการได้มากขึ้น³³

ดังนั้น งานวิจัยนี้เสนอแนะการขจัดอุปสรรคของการติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดในด้านระบบบริการ ตั้งแต่การจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้องรู้สถานะปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะนำมาซึ่งการแจ้งเตือนนัดหมายเจาะเลือดล่วงหน้า ที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเตรียมตัวล่วงหน้าและมารับบริการได้ตามนัดหมาย อีกทั้งการปรับช่วงเวลาบริการเจาะเลือดเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องตามมา

3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

งานวิจัยนี้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง เป็นปกติ มีความสุข หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จึงเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดได้ทุกครั้ง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้สำเร็จ ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนที่มีอยู่สูงจะเป็นตัวกำหนดการริเริ่มการปฏิบัติพฤติกรรมและการคงพฤติกรรมนั้นไว้³⁴ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนจะมีเชื่อมั่นในการมาตรวจติดตามการรักษาทุกครั้ง

แต่กลับพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเจาะเลือดเพียงร้อยละ 50 และเป็นการติดตามระดับ CD4 เท่านั้น สะท้อนผลที่ได้แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Saratham¹⁷ และ Komgla¹⁶ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น และแตกต่างจากการศึกษาเชิงปริมาณของ Kongphol¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันความล้มเหลวในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

4) การสนับสนุนทางสังคมในการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

การสนับสนุนทางอารมณ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิดทั้งที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะทราบหรือไม่ทราบเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีก็ตาม แต่ทราบเรื่องการเจ็บป่วยและการมาโรงพยาบาล การสนับสนุนทางอารมณ์ที่ได้รับเป็นการได้รับความรัก การดูแล การเอาใจใส่ในเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด รวมถึงการถามไถ่ กระตุ้นเตือนที่เกี่ยวข้องกับการรักษา โดยไม่มีความรังเกียจหรือต่อว่าใด ๆ ซึ่งการยอมรับและการช่วยเหลือของสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัว จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแรงจูงใจและมีกำลังใจในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Tina³², Saratham¹⁷ และ Komgla¹⁶ ที่พบว่า การสนับสนุนทางด้านสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัวมีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การให้ความรักและห่วงใยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป การได้รับความสนใจและเอาใจใส่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองมากขึ้น

การสนับสนุนด้านสิ่งของ Aneksak³⁵ พบว่าการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง จากครอบครัวจะเป็นส่วน

เติมเต็มให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีกำลังใจและมีชีวิตอยู่ต่ออย่างมีเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่อาศัยอยู่กับบุคคลใกล้ชิด จะได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ ทั้งด้านเวลา และเงินทอง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีกำลังใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในทางกลับกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่คนเดียวที่ไม่ได้รับการสนับสนุนใด ๆ จากบุคคลใกล้ชิด จะมีอุปสรรคต่อการมาโรงพยาบาลจากการขาดรายได้ ถ้าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวได้รับการสนับสนุนด้านการเงินอาจเป็นการขจัดอุปสรรคที่เกิดขึ้น²⁴ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีกำลังใจที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวเป็นเพียงปัจจัยสนับสนุนในการมารับบริการที่โรงพยาบาลในส่วนของการมาพบแพทย์เพื่อรับยา ที่อาจไม่มีผลต่อการมาเจาะเลือดเพื่อติดตามการรักษาโดยตรง เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวต้องอาศัยการสนับสนุนด้านข้อมูลร่วมด้วย

การสนับสนุนด้านข้อมูล งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญการสนับสนุนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ทั้งข้อมูลความรู้ และข้อมูลระบบบริการจากบุคลากรการแพทย์ การขาดสนับสนุนข้อมูลดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sanjobo, Frich & Fretheim²⁴ ที่พบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษานั้นเกิดจากการให้ข้อมูลคำปรึกษาที่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rutstein et al.²⁶ ที่พบว่า การเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรการแพทย์ในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากผลการตรวจติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด เป็นกลยุทธ์ที่จะทำให้เกิดการติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ก็ยังคงต้องการการสนับสนุนข้อมูลเพิ่มขึ้น โดยความต้องการในการสนับสนุนด้านข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความแตกต่างกันไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่อายุมาก ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมานานต้องการข้อมูลความรู้

เกี่ยวกับปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด มีทั้งในรูปแบบการให้ข้อมูลที่เป็นรายบุคคล หรือผ่านช่องทางสื่อสารอื่น เช่น โทรศัพท์ โดยการบริการข้อมูลในรูปแบบปัจจุบันของโรงพยาบาลมีเพียงการให้คำปรึกษารายบุคคล ดังนั้น บุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการบริการควรมีการสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจติดตามวิธีดังกล่าว และสถานะปัจจุบันของระดับปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด เนื่องจากแนวทางการติดตามการรักษาในปัจจุบัน นำวิธีการตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการติดตามผลการรักษา ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจไม่ทราบถึงการตรวจติดตามผลการรักษาโดยวิธีนี้ จึงควรมีการสนับสนุนข้อมูลที่ทันสมัยและเพียงพอจากบุคลากรการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson et al.³⁶ ที่พบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ลดโอกาสการเพิ่มขึ้นของปริมาณไวรัสได้

ดังนั้น งานวิจัยนี้เสนอแนะให้มีการสนับสนุนด้านข้อมูล ทั้งข้อมูลการติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ที่เป็นการเพิ่มความรู้จะนำมาสู่การรับรู้ประโยชน์จนเกิดการปฏิบัติตาม และข้อมูลการนัดหมายเจาะเลือดล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเตรียมตัวล่วงหน้า และเข้ารับบริการตามช่วงเวลาให้บริการได้ เป็นการขจัดอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ควรเป็นหนึ่งในหัวข้อของการให้คำปรึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีการทบทวนแนวทางการให้คำปรึกษาให้ทันสมัยอยู่เสมอ ในส่วนของการนัดหมายเจาะเลือดล่วงหน้า อาจนำเทคโนโลยีการแจ้งเตือนผ่านช่องทางมือถือมาใช้เพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับบริการตามนัดหมาย

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยนี้พบว่าการขาดข้อมูลด้านตรวจติดตามปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่รับรู้ประโยชน์ของการตรวจติดตามได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปี ที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลรับรู้อุปสรรคด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายจากการเดินทาง ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้เป็นรายวันอาจรับรู้อุปสรรคด้านการขาดรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาลจะเป็นสิ่งสนับสนุนการรับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ช่วงเวลาของการให้บริการ การแจ้งนัดหมายล่วงหน้า การจัดเก็บข้อมูลที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นอุปสรรคต่อการตรวจติดตาม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสทุกคนที่สุขภาพแข็งแรง มีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนที่จะสามารถจัดการตนเองให้มารับการตรวจติดตามได้อย่างต่อเนื่อง บุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมสนับสนุนทางอารมณ์ และสิ่งของ ส่งผลให้เกิดกำลังใจและความร่วมมือในการตรวจติดตามได้ นอกจากนี้บุคลากรการแพทย์มีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลความรู้ด้านการตรวจติดตาม การกำหนดเป้าหมายในการรักษา และการนัดหมาย ซึ่งจะส่งผลสำคัญต่อความร่วมมือในการตรวจติดตามปริมาณเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้บังคับบัญชาที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2017). HIV/AIDS. Accessed February 9. Available from: <https://www.who.int/features/qa/71/en/>

2. World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Accessed July 19. Available from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_section3.pdf?ua=1
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2018 [cited 2022 Nov 1]. Available from: <http://www.unaids.org/en>
4. NAP Web Report [Internet]. Bangkok: National Health Security Office; 2022 [cited 2022 Nov 5]. Available from: <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>
5. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention 2021/2022. 1st ed. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing limited partnership; 2022.
6. Ministry of Public Health. Essentials of HIV/AIDS treatment and prevention 2014 Thailand. 1st ed. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited; 2014.
7. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2014 [updated 2014 Oct; cited 2018 Jan 10]. Available from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
8. NAP Web Report [Internet]. Bangkok: National Health Security Office; 2018 [cited 2018 Jan 5]. Available from: <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>
9. Chotisen O, Praditbatuka S, Cheevakasamsook A. Factors related to people living with HIV/AIDS behaviors at Sirindhorn hospital, medical service department, Bangkok Metropolitan Administration. *JRTAN*. 2015;16(1): 41-50. (in Thai)
10. Yehia BR, Stephens-Shields AJ, Fleishman JA, Berry SA, Agwu AL, Metlay JP, et al. The HIV care continuum: Changes over time in retention in care and viral suppression. *PLoS One*. 2015;10(6): e0129376.
11. Sheehan DM, Fennie KP, Mauck DE, Maddox LM, Lieb S, Trepka MJ. Retention in HIV care and viral suppression: Individual- and neighborhood-level predictors of racial/ethnic differences, Florida, 2015. *AIDS Patient Care STDS*. 2017;31(4):167-75.
12. Berger MB, Sullivan KA, Parnell HE, Keller J, Pollard A, Cox ME, et al. Barriers and facilitators to retaining and reengaging HIV clients in care: A case study of North Carolina. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2016;15(6):486-93.
13. Pender N. Health promotion in nursing practice. 5th ed. New Jersey: Pearson Education; 2006.
14. Kongphol J. Perceived self-efficacy and practices in preventing failure of antiretroviral treatment among HIV-Infected/ AIDS persons [Dissertation]. Songkla: Prince of Songkla University; 2011. (in Thai)
15. Suwanobol N, Anansawat S, Jai-ai R. Success factors and barriers to develop the caring system for people living with HIV and AIDS. *J Royal Thai Army Nurses*. 2016;17(1):70-8. (in Thai)
16. Komgla N. Predicting factors of adherence to regimens among adolescents living with HIV/AIDS [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai)
17. Saratham O. Selected factors associated with adherence to regimen among school age children living with HIV/AIDS at regional hospitals, Southern Thailand [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. (in Thai)
18. Fleishman JA, Yehia BR, Moore RD, Korthuis PT, Gebo KA; HIV Research Network. Establishment, retention, and loss to follow-up in outpatient HIV care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012;60(3):249-59.
19. De La Mata NL, Ly PS, Nguyen KV, Merati TP, Pham TT, Lee MP, et al. Loss to follow-up trends in HIV-positive patients receiving antiretroviral treatment in Asia from 2003 to 2013. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;74(5):555-62.
20. Zhou J, Tanuma J, Chaiwarith R, Lee CKC, Law MG, Kumarasamy N, et al. Loss to followup in HIV-infected patients from Asia-pacific region: Results from TAHOD. *AIDS research and treatment*. 2012:375217.
21. Berheto TM, Haile DB, Mohammed S. Predictors of loss to follow-up in patients living with HIV/AIDS after initiation of antiretroviral therapy. *N Am J Med Sci*. 2014;6(9):453-9.
22. Chalermpitchai T. Prevalence of loss to postpartum follow-up in mothers with HIV infection and associated factors. *TJNC*. 2008;23(1):48-59. (in Thai)
23. Chalermpitchai T, Ratintorn A, Sindhu S, Ratanasuwan W, Reynolds N. Factors associated with the retention in care after delivery among Thai mothers with HIV." *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2016;20(3):225-37. (in Thai)

24. Sanjobo N, Frich JC, Fretheim A. Barriers and facilitators to patients' adherence to antiretroviral treatment in Zambia: a qualitative study. *SAHARA J.* 2008;5(3):136-43.
25. Chamaleak V, Tangyingyong T, Watanachai Y. Efficacy study of HIV/AIDS patient care development system. *MEDICAL Med J Sisaket Surin Buriram Hosp.* 2018;29(1):29-40. (in Thai)
26. Rutstein SE, Golin CE, Wheeler SB, Kamwendo D, Hosseinipour MC, Weinberger M, et al. On the front line of HIV virological monitoring: barriers and facilitators from a provider perspective in resource-limited settings. *AIDS Care.* 2016;28(1):1-10.
27. Yin RK. Case study research: Design and methods (Applied social research methods). 5th ed. CA: SAGE Publications, Inc; 2013.
28. Connelly CE. Self-care and the chronically ill patient. *Nurs Clin North Am.* 1987;22(3):621-9.
29. Thanwong T, Pensirinapa N. Factors related to medical care usage of chronic disease patients at sub-district health promoting hospitals in Khao Yoi Health Network, Petchaburi Province. *J Saf Health.* 2016;9(31):26-36. (in Thai)
30. Wongputh P. Stigma in people living with HIV/AIDS [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002. (in Thai)
31. Veerakul K. Factors affecting the cooperation of treatment behavior among HIV Infected/AIDS patients attending antiretroviral therapy program at Thung Tako hospital, Chumphon Province [Dissertation]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2011. (in Thai)
32. Tina A. Effects of empowerment together with social supports to health behaviors among HIV infected persons and AIDS patients currently receiving anti-retroviral in Sansai hospital, Chiang Mai. *Lanna Public Health Journal.* 2011;7:221-3. (in Thai)
33. Hirandit A. Strategies to improve adherence to antiretroviral therapy. In: Preecha M, Sonthisombat P, Vimolsarawong N, Pattharachayakul S, Editors. Handbook for pharmacists caring for HIV and AIDS patients. 1st ed. Bangkok: Prachachon Co., Ltd; 2007. 311-40.
34. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control: Worth Publishers; 1997.
35. Aneksak W, Daenseekaew S. Community-based support on self-management among people living with HIV in a university in northeastern, Thailand. *J Nurs Health Care.* 2019;37(4):72-9. (in Thai)
36. Wilson D, Keiluhu AK, Kogrum S, Reid T, Seriratana N, Ford N, et al. HIV-1 viral load monitoring: an opportunity to reinforce treatment adherence in a resource-limited setting in Thailand. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2009;103(6):601-6.