เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใน โรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

สุวัฒน์ สุขขี
โรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

Outcomes of Pharmaceutical care in the HIV clinic at Lan Krabue Hospital, Kamphaeng Phet

สุวัฒน์ สุขขี

โรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

Suwat Sukhee

Lan Krabue Hospital,Kamphaeng Phet

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์การบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลลานกระบือ โดยศึกษาประสิทธิผลของการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย และเพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา รวมถึงแนวทางแก้ไขปัญหาในผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส

การศึกษาเชิงพรรณนา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการรักษา ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลลานกระบือ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษามี จำนวนทั้งสิ้น 132 ราย มีผู้ป่วยติดตามผลได้ 124 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการประเมินประสิทธิผลของยาโดยพิจารณา ระดับ CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (viral load, VL) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีระดับ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ผู้ป่วยที่มี VL ≥1,000 copies/ml มีจำนวนลดลงจาก 7 ราย (ร้อยละ 16.35) เหลือ 1 ราย (ร้อยละ 0.81) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.018) ความร่วมมือในการใช้ยาจากการนับเม็ดยาคงเหลือ พบว่า หลังจากการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับดีมาก มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 88 คน (ร้อยละ 70.94) เป็น 102 คน (ร้อยละ 82.26) เมื่อวัดด้วยแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย ผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ย 38.2 จาก 40 คะแนน สำหรับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่พบมากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย รองลงมา คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาได้รับการแก้ไขมีจำนวน 105 ปัญหา (96.33%) การบริบาลทางเภสัชกรรมมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาอันเนื่องมาจากการใช้ยาส่งผลให้มีผลการรักษาที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การบริบาลทางเภสัชกรรม, ยาต้านไวรัส, ความร่วมมือในการใช้ยา, ปัญหาการใช้ยา

Abstract

This study aimed to study the outcomes of pharmaceutical care in the clinic for HIV-infected and AIDS patients at Lan Krabue Hospital by studying the effectiveness of treatment outcomes, adherence to antiretroviral drugs and to study drug-related problems including solutions for those receiving antiretroviral drugs.

A descriptive study of HIV-infected and AIDS patients receiving treatment at the antiretroviral clinic, Lan Krabue Hospital. The sample group that passed the inclusion criteria for the study was 132 patients. There were 124 patients who were followed up, which was the number used for data analysis. The effectiveness of the drug was assessed by considering the CD4 level and the amount of HIV virus in the blood (viral load, VL), drug-related problems, and the drug compliance assessment before and after providing pharmaceutical care using the Wilcoxon signed-rank test.

The results of the study found that the patient group had a significantly increased CD4 level (p-value < 0.001). The number of patients with VL ≥1,000 copies/ml decreased from 7 patients (16.35%) to 1 patient (0.81%), which was a statistically significant change (p-value = 0.018). The drug compliance from counting the remaining pills was found after providing pharmaceutical care. The number of patients with very good medication adherence scores increased from 88 (70.94%) to 102 (82.26%) when measured using the Thai Medication Adherence Scale. The patients had an average score of 38.2 out of 40. The most common medication-related problem was non-compliance with medication, followed by adverse drug reactions. There were 105 (96.33%) medication-related problems resolved. Pharmaceutical care contributed to better medication adherence among patients and was able to solve problems resulting from medication use, resulting in better treatment outcomes.

Keywords: Pharmaceutical care, Antiretroviral drugs, Medication adherence, Drug-related problems

บทนำ

โรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการของความเจ็บป่วย ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ เช่น ไข้ ผื่นคันตามตัว การลุกลามของเริม ปอดอักเสบ ท้องเสีย และน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันเอดส์กลายเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาได้ (chronic and treatable disease) ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต รวมถึงจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ที่เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การดูแลรักษา ควรจัดระบบบริการที่จะดูแลในระยะยาว เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งเป้าหมายของการรักษานั้น ไม่ได้รักษาโรคให้หายขาด แต่คือ การลดปริมาณ

ไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำที่สุดหรือไม่สามารถตรวจพบได้ เพื่อลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์,2565)

ยาที่ใช้ในการรักษาในปัจจุบัน เป็นยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบสูตรที่มีประสิทธิภาพสูง โดยใช้ยาร่วมกัน 3 ชนิดขึ้นไป เพื่อลดปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำที่สุดหรือไม่สามารถตรวจพบได้ เพื่อลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ป่วยจะต้องกินยาต้านไวรัสตลอดชีวิต มีความสม่ำเสมอในการกินยาที่ครอบคลุม รวมถึง ความถูกต้อง ครบตามจำนวน และตรงเวลา ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 95 ของจำนวนยาที่ต้องกินทั้งหมด จึงจะทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ การกินยาควบคู่กับการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะส่งผลให้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4 cell count) หรือระดับภูมิต้านทานของร่างกายเพิ่มสูงขึ้น โอกาสในการติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง ส่งผลให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีปัญหาความล้มเหลวในการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยสาเหตุส่วนหนึ่ง เกิดจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือการขาดยา (non-adherence) ดังนั้น เภสัชกรจึงควรมีบทบาทในการติดตามดูแลการกินยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการกินยาต้านไวรัส อย่างถูกต้อง ตรงเวลา และต่อเนื่องพร้อมทั้ง ป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงจากอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยาที่ได้รับ

แนวทางหนึ่งที่สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกิดจาก การใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ได้รับยาต่อเนื่อง คือ การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรงที่มีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยา ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการค้นหาปัญหา ป้องกันการเกิดปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา Drug Related Problems (DRPs) เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ถูกต้อง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีการศึกษาหลายการศึกษา ที่พบว่าการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้เพิ่มขึ้น เช่น การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ธนิดา นันทะแสน, รัชฎาพร สุนทรภาส, ภิรุญ มุตสิกพันธุ์, และ เชิดชัย สุนทรภาส, 2558, น.221) พบว่าความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อเนื่อง 2 หรือ 3 ครั้ง จะมีความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม 1 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (non-adherence) ได้

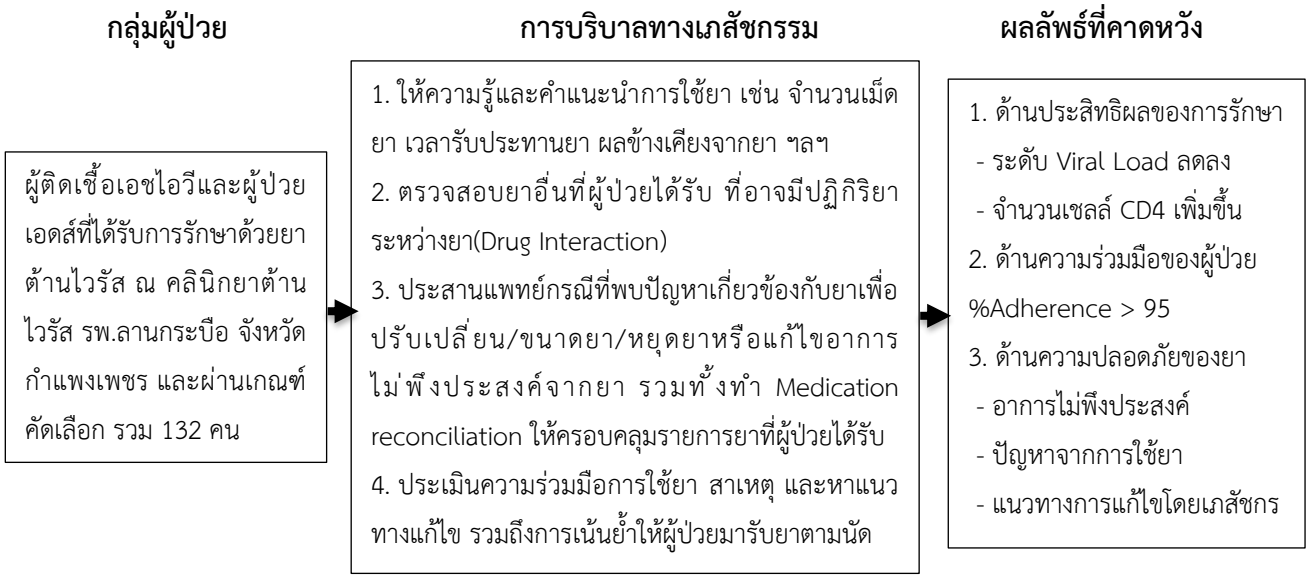
โรงพยาบาลลานกระบือ มีการจัดตั้งคลินิกพิเศษสำหรับให้บริการ ตรวจรักษา และ จ่ายยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์แบบ one stop service มาตั้งแต่ ปี 2546 จนถึงปัจจุบัน จากฐานข้อมูลโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาลลานกระบือมีผู้ป่วยมารับบริการในคลินิกพิเศษจำนวน 177 คน จำนวนครั้งที่มารับบริการ 9,922 ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ 18 ตุลาคม 2567) โดยเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรมในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาและการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลที่เป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลลานกระบือ ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะศึกษาผลลัพธ์ดังกล่าว โดยมุ่งเน้นศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยา และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา รวมถึงแนวทางการแก้ไขที่เกิดขึ้นภายหลังการให้บริการทางเภสัชกรรม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้รับคำแนะนำการใช้ยาที่เหมาะสมและมีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยหลังจากกินยาต้านไวรัส ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ การบริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ ประสิทธิผลของการรักษาโดยพิจารณาจากผลตรวจ viral load และ CD4 cell count ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วย และอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส

2. เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และแนวทางแก้ไขปัญหาในผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส ในคลินิกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย : การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ดำเนินการ ระหว่าง วันที่ 17 ธันวาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่โรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 177 คน โดยอ้างอิงจากทะเบียนข้อมูลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลลานกระบือ ณ วันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

1. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลลานกระบือ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ ยาต้านไวรัสเอดส์ได้

3. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ได้ด้วยภาษาไทยติดต่อได้สะดวกทางโทรศัพท์มือถือ

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ไม่มาพบแพทย์และไม่สามารถติดตามได้
2. ผู้ป่วยที่ขอย้ายสถานบริการ
3. ผู้ป่วยไม่ยินดีให้ข้อมูล หรือ ถอนตัวออกจากการวิจัย
4. ผู้ป่วยเสียชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง : จากผู้ป่วยทั้งหมดทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้ามีจำนวน 132 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือต่อไปนี้

1. แบบสอบถามผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วม ผู้ดูแลเรื่องยา และ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจการกินยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 16 ข้อคำถาม ได้นำมาจากการศึกษาของสุกัญญา คำผา (2555) แบบสอบถามเป็นแบบ เลือกตอบถูก ผิด และไม่ทราบ

2. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย© (Medication Adherence Scale for Thais หรือ MAST©) มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือก 6 ระดับ คะแนน 0-5 ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง

3. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี คำนวณจากการนับเม็ดยา (pill count) โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา} = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยมีเริ่มต้น} + \text{จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่งจ่าย} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ})}{(\text{จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน } x \text{ จำนวนวันที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา})} \times 100$$

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ในการประเมินความรู้ความเข้าใจการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์(Item objective congruence index, IOC) อยู่ระหว่าง 0.8-1.0 ถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ในส่วนความรู้และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เท่ากับ 0.89 ส่วนด้านแรงจูงใจของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เท่ากับ 0.88 จัดอยู่ในระดับดี มีความเชื่อมั่นในการวัดได้อย่างเหมาะสม(สุกัญญา, 2555)

แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย© (MAST©) โดย กมลชนก จงวิไลเกษม และคณะ (2564) การศึกษาในอดีตทดสอบ MAST ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานพบว่า มีความไวร้อยละ 71.3 และ 85.8 ตามลำดับ ความจำเพาะร้อยละ 69.10 และ 89.70 ตามลำดับ ค่า Cronbach's Alpha อยู่ระหว่าง 0.83-0.92 (20-21) จึงถือว่าว่ามีความตรง ความเที่ยง ความไว ความจำเพาะ และค่าพยากรณ์ที่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลทางคลินิกทั้งแบบย้อนหลัง (retrospective study) และไปข้างหน้า เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผลข้างเคียงจากการใช้ยา ฯลฯ จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเก็บข้อมูลความร่วมมือการใช้ยาและ

คำนวณร้อยละความร่วมมือ ในการใช้ยา และเก็บข้อมูลปัญหาการใช้ยาจากแบบบันทึกการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและปัญหาที่พบจากการใช้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (prospective study

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา(descriptive statistics) เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณและอันดับที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ประมวลผล

เกณฑ์การพิจารณาประสิทธิผลของยา ได้แก่ ระดับ CD4 ที่เพิ่มขึ้นและระดับ VL ที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวัดครั้งแรก (ก่อนให้การบริบาลทางเภสัชกรรม) เทียบกับการวัดครั้งที่สอง (หลังให้การบริบาลทางเภสัชกรรม)

ผลการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้ามีจำนวน 132 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษา มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้ 6 ราย และขอถอนตัว 2 ราย ดังนั้น ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์มีจำนวน 124 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.94

กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.48) อายุเฉลี่ย 42.80 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 55.79 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.19 กิโลกรัม/เมตร^2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.65 มีประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) ร้อยละ 12.90 คะแนน ประเมินความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยาต้านไวรัส โดยมีค่ามัธยฐาน 10 (คะแนนเต็ม 16) สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับเป็นไปตามแนวทางการให้ยาต้านไวรัสในประเทศไทย ปี 2564/2565 สูตรยาที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ สูตร TLD (ร้อยละ 81.45) รองลงมาคือสูตร TDF/3TC/EFV (ร้อยละ 5.65) และ TAF/FTC/DTG (ร้อยละ 4.84) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลประชากรทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n=124 (ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	75 (60.48)
- หญิง	49 (39.52)
อายุ (ปี) ,Mean±SD ,min-max	42.80±10.79 , 24 - 74
น้ำหนัก (กิโลกรัม) ,Mean±SD ,min-max	55.79±10.27 , 40.9 - 69.0
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2) ,Mean±SD ,min-max	21.19±4.25 , 14.9 - 33.8
คะแนนประเมินความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยาต้านไวรัส ,Mean±SD ,min-max	10.00±1.91 , 7 - 16
ระดับการศึกษา	
- ประถมศึกษา	36 (29.03)
- มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	74 (59.68)
- ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	14 (11.29)
อาชีพ	
- เกษตรกร	23 (18.51)
- รับจ้างทั่วไป/งานบริการ	58 (46.76)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n=124 (ร้อยละ)
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (1.62)
- พ่อบ้าน/แม่บ้าน	12 (9.68)
- ค้าขาย	18 (14.52)
- ลูกจ้างประจำ	9 (7.26)
- ว่างงาน	2 (1.62)
สถานะ	
- โสด	86 (69.35)
- สมรส	20 (16.13)
- หย่าร้าง/หม้าย	18 (14.52)
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	
- ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	55 (44.35)
- ดื่มแอลกอฮอล์	69 (55.65)
ประวัติการสูบบุหรี่	
- ไม่สูบบุหรี่	78 (62.90)
- สูบบุหรี่	46 (37.10)
มีประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections)	16 (12.90)
ประวัติโรคร่วม	
- ไม่มีโรคร่วม	69 (55.65)
- ความดันโลหิตสูง	38 (30.65)
- เบาหวาน	9 (7.26)
- ไขมันในเลือดสูง	21 (16.94)
- โรคหัวใจและหลอดเลือด	2 (1.61)
- อื่นๆ	7 (5.65)
สูตรยาต้านไวรัส	
- TLD	101 (81.45)
- TDF/3TC/EFV	8 (6.45)
- TAF/FTC/DTG	6 (4.84)
- TDF/AZT/LPVr	2 (1.61)
- TDF/ABC/EFV	2 (1.61)
- TDF/3TC/LPVr	2 (1.61)
- ABC/3TC/EFV	2 (1.61)
- TDF/FTC/EFV	1 (0.81)
- AZT/3TC/NVP	

ประสิทธิผลของยาต้านไวรัส และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตัวแปรที่สำคัญ

จากผลการศึกษาพบว่า การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมส่งผลดีต่อประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยพบว่าค่าเฉลี่ยระดับ CD4 เพิ่มขึ้นจาก 517.41 ± 332.24 เป็น 584.17 ± 316.68 cells/mm³ (mean difference = 66.76, p-value < 0.001) และ CD4% เพิ่มขึ้นจาก 26.00 ± 13.00 เป็น 27.00 ± 14.00 (p-value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านปริมาณเชื้อไวรัส (VL) พบว่าผู้ป่วยที่มี VL 0–49 copies/ml เพิ่มขึ้นจาก 109 ราย (87.90%) เป็น 121 ราย (97.57%) ขณะที่ผู้ป่วยที่มี VL ≥1,000 copies/ml ลดลงจาก 7 ราย (5.65%) เหลือเพียง 1 ราย (0.81%) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.018) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับจำนวนเซลล์ CD4 และปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (Viral Load) ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม

ตัวแปร	ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม	หลังการบริบาลทางเภสัชกรรม	*p*-value
ระดับ CD4 (cells/mm^3) ,Mean±SD	517.41±332.24	584.17±316.68	< 0.001*
CD4% ,Mean±SD	26.00±13.00	27.00±14.00	< 0.001*
ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือด (copies/ml) จำนวน (ร้อยละ)			
0-49	109 (87.90)	121(97.57)	0.018*
50-99	5 (4.03)	1 (0.81)	
100-999	3 (2.42)	1(0.81)	
≥1,000	7 (5.65)	1(0.81)	

*วิเคราะห์โดยสถิติ Wilcoxon singed-rank test, p-value<0.05

ความร่วมมือในการใช้ยา

คะแนนความร่วมมือจากการนับเม็ดยาคงเหลือ

จากการนับเม็ดยาคงเหลือ (pill count) พบว่า ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 88 ราย (ร้อยละ 70.97) มีระดับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าหรือเท่ากับ 95 คะแนน และหลังจากการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าหรือเท่ากับ 95 คะแนน มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 102 ราย (ร้อยละ 82.26) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยจากการนับเม็ดยาคงเหลือ (pill count) ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรมวิเคราะห์โดย Wilcoxon signed-rank test พบว่า หลังจากการให้บริบาลทางเภสัชกรรมคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<0.05) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการนับเม็ดยาคงเหลือก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม

คะแนนความร่วมมือจากการนับเม็ดยาคงเหลือ	ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน (ร้อยละ)
- ระดับคะแนน ≤ 85	0 (0.00)	0 (0.00)
- ระดับคะแนน 85.0-94.9	36 (29.03)	22 (17.74)
- ระดับคะแนน ≥95	88 (70.97)	102 (82.26)

ตารางที่ 4 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการนับเม็ดยาคงเหลือก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม

ตัวแปร		n	Mean rank	Sum of rank	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม	Negative rank	10	32.70	327.00	-3.733	<0.001*
หลังการบริบาลทางเภสัชกรรม	Positive rank	64	26.96	1725.00		
	Ties	50				
	Total	124				

*วิเคราะห์โดยสถิติ Wilcoxon singed-rank test, p-value<0.05

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบประเมิน Medication Adherence Scale in Thais (MAST)

จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาตามแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา Medication Adherence Scale in Thais© (MAST©) พบว่าก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่มีคะแนนความร่วมมือมากกว่าหรือเท่ากับ 34 คะแนน จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 66.93) ส่วนที่คะแนนความร่วมมือน้อยกว่า 34 คะแนน จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 33.07) มีคะแนนมัธยฐาน 38.2±1.4 โดยมีคะแนนต่ำสุดและสูงสุดเป็น 33.6 และ 40 ตามลำดับ และภายหลังจากการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสมากกว่าหรือเท่ากับ 34 คะแนน มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 113 ราย (ร้อยละ 91.13) และผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสต่ำกว่า 34 คะแนน มีจำนวนลดลงเป็น 11 ราย (ร้อยละ 8.87) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยจากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาตามแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา Medication Adherence Scale in Thais© (MAST©) ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม วิเคราะห์โดย Wilcox signed-rank test พบว่าหลังจากการให้บริบาลทางเภสัชกรรมคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<0.001) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบประเมิน Medication Adherence Scale in Thais© (MAST©) ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบประเมิน Medication Adherene Scale in Thais© (MAST©)	ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน (ร้อยละ)	หลังการบริบาลทางเภสัชกรรม จำนวน (ร้อยละ)
- ระดับคะแนน < 34	41 (33.07)	11 (8.87)
- ระดับคะแนน ≥34	83 (66.93)	113 (91.13)
*Mean=38.2 ,SD=1.4 ,min=33.6 ,max=40		

ตารางที่ 6 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบประเมิน Medication Adherence Scale in Thais© (MAST©) ก่อนและหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม

ตัวแปร		n	Mean rank	Sum of rank	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรมหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม	Negative rank	18	33.6	604.00	-3.129	<0.001*
	Positive rank	104	38.2	3973.00		
	Ties	2				
	Total	124				

*วิเคราะห์โดยสถิติ Wilcoxon singed-rank test, p-value<0.05

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยและการจัดการปัญหา

ผลการศึกษาพบว่า จากการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วย 143 ครั้ง โดยเป็นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จำนวน 45 ครั้ง (ร้อยละ 31.47) ปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดพบ จำนวน 67 ครั้ง (ร้อยละ 43.85) ปัญหาการขาดนัดพบ จำนวน 14 ครั้ง (ร้อยละ 9.79) สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดโดยให้ญาติมารับยาแทน ปัญหาขนาดยามากเกินไปพบ จำนวน 6 ครั้ง (ร้อยละ 4.20) เกิดจากผู้ป่วย จำนวน 6 รายมีค่า creatinine clearance ลดลงแล้วไม่ได้ปรับขนาดยา Tenofovir และ Lamivudine ปัญหาการรักษาที่ไม่เหมาะสมพบ จำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 2.10) สาเหตุเกิดจากผู้ป่วย 2 รายมีค่าระดับเซลล์ CD4 น้อยกว่า 200 cells/mm^3 แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส pneumocystis pneumonia

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่เกิดขึ้น เภสัชกรได้ปรึกษาปัญหาดังกล่าวกับแพทย์ เช่น การปรับลดขนาดยา การเปลี่ยนสูตรยา โดยวิธีแก้ปัญหาทุกวิธีได้รับการยอมรับจากแพทย์และแพทย์ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาตามคำแนะนำของเภสัชกร รายละเอียดของปัญหาแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาของผู้ป่วยและการจัดการปัญหา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	การจัดการปัญหา
ขนาดยามากเกินไป (dosage too high)	6 (4.20)	ปรับลดขนาดยา
ขาดนัด (misses an appointment)	14 (9.79)	เพิ่มระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด
ขาดความร่วมมือในการใช้ยา (non adherence)	45 (31.47)	ส่งเสริมผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่องและตรงเวลา
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction)	67 (43.85)	แสดงในตารางที่ 8
ปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction)	8 (5.59)	ประสานแพทย์ และล๊อคคู่ยา
การเลือกยาไม่เหมาะสม (improper drug selection)	3 (2.10)	ประสานแพทย์
รวม	**143 (100)**	

อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส

ผลการศึกษา พบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส จำนวน 67 ครั้ง โดยผื่นผิวหนัง พบมากที่สุดมีจำนวน 22 ครั้ง (ร้อยละ 32.84) โดยพบผื่นชนิด urticaria จำนวน 3 ครั้งในผู้ป่วยที่ใช้ยา Nevirapine และผื่นชนิด fixed drug eruption จำนวน 1 ครั้ง ในผู้ป่วยที่ใช้ยา Sulfamethoxazole/Trimethoprim จึงปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดยาและเปลี่ยนยา สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีผื่นผิวหนังไม่รุนแรง เภสัชกรได้ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและเสนอให้แพทย์พิจารณาสั่งยากลุ่มแก้แพ้ให้ผู้ป่วย ระดับไขมันในเลือดสูง พบจำนวน 19 ครั้ง (ร้อยละ 28.36) เภสัชกรได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเสนอให้แพทย์พิจารณาสั่งยาลดไขมันในเลือดผู้ป่วย และพบค่า creatinine clearance เพิ่มขึ้น พบจำนวน 8 ครั้ง (ร้อยละ 11.94) ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Tenofovir จำนวน 7 ราย และ Lamivudine จำนวน 1 ราย ซึ่งเภสัชกรได้ประเมินค่า creatinine clearance และเสนอต่อแพทย์ในการปรับลดขนาดยาหรือปรับเปลี่ยนสูตรยาดังกล่าวให้สอดคล้องกับค่า creatinine clearance สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่ร้ายแรงอื่น ๆ เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อาการชาบริเวณปลายมือ โดยอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยน้ำหนักเพิ่มขึ้น จำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 7.46) ซึ่งได้รับการแก้ไขด้วยการแนะนำเรื่องการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ส่วนอาการวิงเวียนศีรษะและอาการมึนงง พบจำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 7.46) เกิดจากยา Efavirenz ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดเภสัชกรได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกับแพทย์ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสและการแก้ไข

อาการไม่พึงประสงค์	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	การแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์
ผื่นผิวหนัง		
MP rash	18 (26.86)	รับประทานยาต่อเนื่องและให้ยาแก้แพ้
Urticaria	3 (4.48)	หยุดยาและเปลี่ยนยา
Fixed drug eruption	1 (1.49)	หยุดยาและเปลี่ยนยา
วิงเวียนศีรษะ มึนงง	5 (7.46)	เปลี่ยนยา/รับประทานยาต่อเนื่อง
ซีด	3 (4.48)	เปลี่ยนยา/รับประทานยาต่อเนื่อง
นอนไม่หลับ	2 (2.99)	ปรับเวลารับประทานยาเป็นช่วงเช้า
ระดับไขมันในเลือดสูง	19 (28.36)	รับประทานยาต่อเนื่องและให้ยาลดไขมัน
ค่า creatinine clearance เพิ่มขึ้น	8 (11.94)	ปรับขนาดยา Tenofovir และ Lamivudine
น้ำหนักเพิ่มขึ้น	5 (7.46)	แนะนำการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย
ปวดศีรษะ	2 (2.99)	แนะนำว่าเป็นผลข้างเคียงช่วงเริ่มรับประทานยา
อาการชาบริเวณปลายมือ	1 (1.49)	ให้ยาลดอาการชา
รวม	**67 (100)**	

สรุปและอภิปรายผล

ในด้านของประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่าหลังจากได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมจากเภสัชกรกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างมีระดับ CD4 และ CD4% มีระดับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างจำนวนของผู้ป่วยที่มี VL < 50 copies/ml เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.90 เป็นร้อยละ 97.57 สอดคล้องกับการศึกษาของ María Jesús Hernández Arroyo และคณะ (2016) ที่พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถเพิ่มระดับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส การเพิ่มระดับของ จำนวนเซลล์ CD4 และระดับของ viral load ลดลง อธิบายได้ว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมมีผลทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับ CD4 cell เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา ลดความคลาดเคลื่อนทางยา ส่งผลทำให้เพิ่มประสิทธิภาพด้านการรักษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในด้านความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส องค์การอนามัยโลก Sangeda (2003) RZ และคณะ (2014) แพทย์หญิงวัจนารัตน์ นิตย์โชติและแพทย์หญิงวรัญญา หังสพฤกษ์ (2566) ให้คำแนะนำตรงกันว่าผู้ติดเชื้อต้องให้ความร่วมมือในการใช้ยาเกินกว่าร้อยละ 95 จึงจะสามารถกดปริมาณไวรัสในเลือดได้สำเร็จ และหากระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ระหว่างร้อยละ 50-90 จะเกิดภาวะล้มเหลวในการกดปริมาณเชื้อไวรัสในเลือด และยังส่งผลให้เชื้อไวรัสเกิดการดื้อยาได้ การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการคำนวณจากนับเม็ดยาร่วมกับการใช้แบบสอบถาม มีข้อดี คือ ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการประเมิน ทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น รวมถึงชดเชยข้อจำกัดของแต่ละวิธี จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ป่วยโดยการนับเม็ดยาและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่าระดับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) โดยความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อวัดด้วยวิธีนับเม็ดยา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 82.26 มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาสูงเกิน ร้อยละ 95 สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎาพร วิสัย และคณะ (2549) พบว่าการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโดยเภสัชกรอย่างต่อเนื่องในครั้งที่ 2 และ 3 จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นมากกว่าการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม เพียงครั้งเดียว และ สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรชัย ตรีวัฒนาวงศ์ (2560) ซึ่งพบว่าการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยใช้แนวคิดให้มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา โดยทีมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่สร้างขึ้นมา เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการแก้ปัญหาดังกล่าว

การจัดประเภทปัญหาการใช้ยาตามแบบของ Hepler and Strand (1990) พบว่าชนิดของปัญหาส่วนใหญ่ในกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions) มีจำนวน 67 ครั้ง (ร้อยละ 43.85) และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่รองลงมา คือไม่ร่วมมือในการใช้ยามีจำนวน 45 ครั้ง (ร้อยละ 31.47) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎาพร วิสัย และคณะ (2549) พบว่าปัญหาที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 77.03) ซึ่งสาเหตุความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเกิดจากผู้ป่วยลืมรับประทานยา ผู้ป่วยขาดยา และผู้ป่วยรับประทานยาผิดเวลา อย่างไรก็ตามเมื่อเภสัชกรใช้กระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตรงเวลาและแนะนำให้ผู้ป่วยมารับยาอย่างต่อเนื่อง หากไม่สามารถมาตามนัดได้ให้ญาติรับยาแทน ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

สำหรับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส พบผื่นแพ้ยามากที่สุด จำนวน 22 ครั้ง (ร้อยละ 32.84) ผู้วิจัยได้ทำการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ออกบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วย บันทึกประวัติการแพ้ยาในระบบคอมพิวเตอร์และแจ้งแพทย์เพื่อหยุดยาแล้วเปลี่ยนยาทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยา เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น สำหรับกลุ่มป่วยที่มีผื่นผิวหนังไม่รุนแรง ให้คำแนะนำผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและให้ยาแก้แพ้ร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎาพร วิสัย และคณะ (2549) พบผื่นแพ้ยาเกิดจาก nevirapine ร้อยละ 1.35 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์พันธ์ บุญชู (2548) ได้รวบรวมข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสในปี 2543-2546 พบผื่นแพ้ยาร้อยละ 37.29 คาดว่าเกิดจากยา nevirapine นอกจากนี้ อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสที่พบรองลงมา คือ ระดับไขมันในเลือดสูงผิดปกติ พบจำนวน 19 ครั้ง (ร้อยละ 28.36) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ รัชฎาพร วิสัย และคณะ (2549) ที่พบการสะสมและการสลายไขมันผิดปกติเกิดขึ้นร้อยละ 26.09 ซึ่งการเกิดระดับไขมันในเลือดผิดปกติ สามารถจัดการปัญหาได้โดปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาสั่งใช้ยาลดระดับไขมันและผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้จากยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ผลจากการบริบาลทางเภสัชกรรมครั้งนี้ พบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา จำนวน 143 ปัญหา ได้รับการแก้ไขทั้งสิ้น จำนวน 137 ปัญหา (ร้อยละ 95.80) สำหรับปัญหาที่แก้ไขบางส่วน ซึ่งต้องติดตามต่อ คือ ผู้ป่วยขาดนัด และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา แนวทางการแก้ไขปัญหาได้รับการยอมรับโดยผู้เกี่ยวข้อง และดำเนินการตามคำแนะนำของเภสัชกรทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Deawjaroen และคณะ (2022) ที่ศึกษาการจัดกลุ่ม ปัญหาการใช้ยาด้วยระบบ PCNE V8.02 ในกลุ่มป่วยในที่หลากหลายในประเทศไทย พบว่าแนวทางการแก้ไขปัญหาได้รับการยอมรับโดยผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 95.8 แสดงให้เห็นว่าการที่มีเภสัชกรช่วยเฝ้าระวังปัญหาการใช้ยาในสถานพยาบาลได้รับการยอมรับโดยผู้เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ ผู้ป่วย ซึ่งสามารถช่วยให้ผลการรักษา เป็นไปตามเป้าหมายและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาให้กับผู้ป่วย ปัญหาการใช้ยาที่พบในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวกับยา ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยการบริบาลทางเภสัชกรรม เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเภทผู้ป่วยนอกที่มีรายการยาไม่หลากหลาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวินัยและความร่วมมือในการใช้ยาดีมาก ดังนั้น ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาสามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยใช้กระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการให้ความรู้ข้อมูลที่สำคัญของยาต้านไวรัส อาการอันไม่พึงประสงค์ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากยาต้านไวรัส การปฏิบัติตนระหว่างการใช้ยา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์หรือปฏิกิริยาจากยา (วัจนารัตน์ นิตย์โชติ และ วรัญญา หังสพฤกษ์, 2566 , น.317)

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การดำเนินการด้านการบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) มีความยุ่งยากและซับซ้อนเนื่องจากต้องพิจารณาหลายปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาของผู้ป่วย รวมถึงการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งยังใช้เวลาค่อนข้างมากเทียบกับการอธิบายยาเพียงอย่างเดียวทำให้ผู้ป่วยบางรายที่มีข้อจำกัดด้านเวลาเกิดการเบื่อหน่ายในการตอบคำถาม อันส่งผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ควรมีนโยบายที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ และมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และให้การสนับสนุน เพื่อให้การดำเนินงานด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติด้านแนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และมีการสื่อสารที่ชัดเจนลงสู่ผู้ปฏิบัติงานจากผู้ออกนโยบาย โดยเฉพาะเมื่อมีการนำยาต้านไวรัสสูตรใหม่ เข้ามาใช้ในการรักษา เพื่อให้แต่ละหน่วยงานสามารถวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุม และลดผลกระทบต่อผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หรือ ผู้สูงอายุ

การศึกษาในครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับการใช้เทคโนโลยีการติดตามการใช้ยาทางไกล จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยามีความครอบคลุมมากขึ้น พบปัญหาการใช้ยาที่หลากหลายมากขึ้น และสามารถนำผลการศึกษามาวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยสรุป ระดับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส และระดับจำนวนเซลล์ CD4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและปัญหาด้านยาที่พบ ได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การขาดนัด ขนาดยามากเกินไป และการรักษาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาด้านยาของผู้ป่วยสามารถจัดการและแก้ไขได้โดยใช้กระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรม

จริยธรรมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ โดยจะปกปิดข้อมูลส่วนตัว เช่น ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน เลขที่โรงพยาบาล การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และการขอถอนตัวจะไม่มีผลต่อการรักษา การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่ 67 02 21 วันที่รับรอง 16 ธันวาคม 2567

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อภิลักษณ์ เหล่าไพโรจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานกระบือ ที่สนับสนุนการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนทีมสหวิชาชีพประจำคลินิกยาต้านไวรัส ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กมลชนก จงวิไลเกษม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2564). *การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย*. Thai Journal of Pharmacy Practice, 13(1), 17-30.

โกวิทย์ ทองละมุล. (2564). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยติดเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ*. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12 (น. 1660-1671). มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

กรมควบคุมโรค. (2565). *แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ธนิดา นันทะแสน, รัชฎาพร สุนทรภาส, ภิรุญ มุตสิกพันธุ์, เชิดชัย สุนทรภาส. (2558). *การวิเคราะห์สาเหตุต้นตอปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษาที่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. ศรีนครินทรเวชสาร, 30(3), 221-228.

นันทนา เสียงล้ำ. (2563). *ความร่วมมือในการใช้ยาและปัญหาจากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลบึงกาฬ*. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 10(1), 146-156.

นิตยา ภาพสมุทร, ปริญดา จันทร์บรรเจิด, พรทิพย์ วรนัยพินิจ, กนกกช บุศย์น้ำเพชร, วราภรณ์ ภูมิ อภิรัตน์, บุษรา วาจาจำเริญ. (2553). *ประสิทธิผลการใช้ยาของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี*. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 5(4), 309-315.

พงษ์พันธ์ บุญชู, สามารถ เอื้อมเก็บ, อภิสิทธิ์ เทียนชัยโรจน์. (2548). *การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคเอดส์*. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 15(2), 117-123.

รัชฎาพร วิสัย, รินดาวรรณ พันธุ์เขียน, ภิรุญ มุตสิกพันธ์, เชิดชัย สุนทรภาส. (2549). *การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 2(2), 66-75.

วัจนารัตน์ นิตย์โชติ, วรัญญา หังสพฤกษ์. (2566). *ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะล้มเหลวในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสครั้งแรกในโรงพยาบาลหาดใหญ่ 2563*. วารสารควบคุมโรค, 49(2), 317-325.

วีรชัย ตรีวัฒนาวงศ์. (2560). *ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช*. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 26(2), 17-30.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์. (2565). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศ ไทย ปี 2564/2565*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

สุกัญญา คำผา. (2555). *การบริบาลเภสัชกรรมแบบบูรณาการเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลกุดชุมจังหวัดยโสธร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม].

Deawjaroen K, Sillabutra J, Poolsup N, Stewart D, Suksomboon N. (2022). *Characteristics of drug-related problems and pharmacist's interventions in hospitalized patients in Thailand: a prospective observational study*. Sci Rep, 12(1), 1701-1707.

Hernández Arroyo MJ, Cabrera Figueroa SE, Valverde Merino MP, Hurlé AD. (2016). *A pharmacist's role in the individualization of treatment of HIV patients*. Per Med, 13(2), 169-188.

Okatch H, Beiter K, Eby J, Chapman J, Marukutira T, ...Tshume O. (2016). Brief Report: Apparent Antiretroviral Overadherence by Pill Count is Associated With HIV Treatment Failure in Adolescents. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72(5), 542-545.

Sangeda RZ, Mosha F, Prosperi M, Aboud S, Vercauteren J, Camacho RJ. (2014). *Pharmacy refill adherence outperforms self-reported methods in predicting HIV therapy outcome in resource-limited settings*. BMC Public Health, 14, 1035.

Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. (1990), *Drug-related problems: their structure and function*. DICP : the annals of pharmacotherapy, 24(11), 1093-1097.

World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf.