

การเปรียบเทียบความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สุคนธา คงสีล*

กนกศักดิ์ วงศ์เบ็ง*

สิทธินทร ร่องสำลี*

ศรัณยา บุญใหญ่*

เบญจพร ยิงวิเศษ*

สุบุญ เจียมตน†

กิติยา พรหมอ่อน*

บุษวรรณี บุญเรือง*

กุลญิศา เตชะเพชรไพบูลย์*

สิริพร มนยฤทธิ์*

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence) ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ มากกว่า ๕๕ % จึงจะมีประสิทธิภาพของยาเพียงพอในการกดจำนวนเชื้อไวรัส ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ลดโอกาสของการแพร่เชื้อ คือยาไปสู่ผู้อื่น และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นในภาพรวม วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสถานบริการ ที่มีต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า **ระเบียบวิธีศึกษา:** การวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มผู้ที่มีผลบวกต่อเอชไอวีจำนวน ๘๒๑ รายและได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ในจังหวัดขอนแก่น เชียงรายและสงขลา ในแต่ละจังหวัด ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ๑ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ๒ แห่ง การประเมิน Adherence ใช้วิธีนับเม็ดยาและการประเมินด้วยตนเองใช้ Visual Analog Scale (VAS) การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของกระทรวงสาธารณสุข **ผลการศึกษา และวิจารณ์:** ค่าเฉลี่ย Adherence จากการนับเม็ดยาและการประเมินด้วยตนเอง เท่ากับร้อยละ ๘๗.๔ และ ๔๕.๗ ตามลำดับ จากวิธีนับเม็ดยา ค่าเฉลี่ย Adherence ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ ร้อยละ ๘๒.๗ และ ๕๕.๒ ตามลำดับ จากวิธีการประเมินตนเอง ค่าเฉลี่ย Adherence ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ ร้อยละ ๔๖.๗ และ ร้อยละ ๕๖.๕ ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ Binary logistic regression พบว่า ระดับของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับระดับ Adherence เมื่อประเมินด้วยวิธี Self report โดยโรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสที่จะพบผู้ที่มีระดับ Adherence สูงกว่า เป็น ๑.๕๑ เท่าของโรงพยาบาลศูนย์ (OR= ๑.๕๑, ๕๕% CI = ๑.๑๓-๒.๐๒, p-value=๐.๐๐๖) จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลขนาดเล็กมีโอกาสที่จะพบผู้ที่มี Adherence สูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เมื่อประเมินด้วยทั้ง ๒ วิธี และเมื่อยืนยันจากการวิเคราะห์ Binary logistic regression จะเห็นได้ว่าถึงแม้เป็นการจัดบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างในการจัดระบบการบริการยาต้านไวรัส มีผลทำให้ Adherence ของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์แตกต่างกัน อาจเกิดจาก โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีด้านปริมาณผู้ป่วยมากกว่า และสถานที่ให้บริการยาต้านไวรัสที่มีขนาดจำกัดและไม่แยกเป็นสัดส่วน **ข้อเสนอแนะ:** การสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในด้านงบประมาณและกำลังคนเป็นประเด็นสำคัญ รวมทั้งการจัดพื้นที่เป็นสัดส่วน การสนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์มีมาตรการในการกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ สนใจในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ยั่งยืนและสำคัญต่อการเพิ่ม Adherence

คำสำคัญ: ยาต้านไวรัสเอดส์ ความต่อเนื่องในการรับประทานยา ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขนาดของสถานบริการ

*ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

†ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**Abstract Comparison of Adherence of Antiretroviral Therapy between Community Hospitals and Regional Hospitals under the Universal Coverage**Sukhontha Kongsin*, Sukhum Jiamton[†], Kanoksak Wongpeng*, Kitiya Prom-On*, Sittikorn Rongsumlee*, Nootchawan Boonruang*, Saranya Boonyai*, Kulyisa Tachapetpaiboon*, Benjaporn Youngviset*, Siriporn Monyarit**Research Centre for Health Economics and Evaluation, Faculty of Public Health, Mahidol University, [†]Department of Dermatology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Background: The adherence of antiretroviral therapy (ART) higher than 95 % is needed for the effectiveness of HIV suppression. prevention of opportunistic infections, reduction chance of HIV transmission and overall health improvement. Aim of the study was to find facility factors related to adherence of ART under the universal coverage. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among 823 HIV-infected individuals who were receiving antiretroviral under National AIDS Program (NAP) in 9 public hospitals in 3 provinces (3 regional and 6 community hospitals). Adherence had been assessed by pill count and self-report using Visual analog scale (VAS). This study was approved by ethical committee of the Ministry of Public Health. **Results and discussion:** Average adherence from pill-counts and self-report was 87.4% and 49.7 % respectively. Adherence from regional and community hospitals evaluated using pill-count respectively was 82.7 % and 95.2 % while using self-report respectively was 46.3 % and 56.5 %. Logistic regression model shows community hospitals were correlated with higher adherence than regional hospital from self-report by VAS (OR=1.51; 95 % CI:1.13 -2.02, p=0.006) and from pill-counts (OR=4.17; 95 % CI:2.10-8.31, p<0.001). Although ART service in all hospitals was under the same Universal Coverage scheme, the difference of adherence is existed. Related factors might be from patient-staff relationship, ease of travel, ART-one-stop service and exclusively isolate clinic in small hospitals while in large hospitals there are many patients visited under limited service area and not separated from other clinics for receiving ART. **Conclusion(s):** Regional/general hospital might need substantial supports on budget and personnel as well as the allocation of service space and increasing interest of the clients on adherence on ART.

Key words: Antiretroviral therapy, Adherence, universal coverage (UC), size of hospitals

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคเอดส์ (AIDS) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus หรือ HIV) เชื้อนี้เข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลง ทำให้เกิดโรคติดเชื้ออื่นแทรกซ้อนได้ง่ายและมักจะมีอาการรุนแรงกว่าคนปกติ เช่น วัณโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น^(๑) มีการแพร่ระบาดของโรคนี้ไปทั่วโลก จากการรายงานของ UNAIDS/WHO ใน ปี พ.ศ.๒๕๕๑ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ ๓๓.๔ ล้านคน (๓๑.๑-๓๕.๘ ล้านคน) เป็นผู้ใหญ่อายุประมาณ ๓๑.๓ ล้านคน (๒๙.๒-๓๓.๗ ล้านคน) โดยเฉลี่ยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นวันละมากกว่า ๗,๔๐๐ คน^(๒) ในประเทศไทย สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รายงานสถานการณ์นับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๗ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๔ มีผู้ติด

เชื้อจำนวนทั้งสิ้น ๓๗๒,๘๗๔ ราย และมีผู้เสียชีวิตแล้ว ๙๘,๑๕๓ ราย ผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ ๙๕ อยู่ในวัยแรงงานและเจริญพันธุ์ (๑๕-๕๙ ปี) มีอาชีพใช้แรงงานร้อยละ ๔๖ และอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ ๒๐^(๓)

แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีต ปัจจัยที่สำคัญคือการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^(๓)

การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยืดระยะเวลาการมีชีวิตรอดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และการช่วยลดภาระในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องมีวินัยในการกินยาต้านไวรัสให้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Adherence)^(๔) คือการมี

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้เกิดการยอมรับและตัดสินใจว่าจะรับประทานยาให้ถูกขนาด ถูกเวลา เพื่อผลการรักษาที่ดีที่สุด ซึ่งเกิดได้เมื่อผู้ป่วยมี Adherence มากกว่าร้อยละ ๙๕^(๕) สำหรับการมีประสิทธิภาพในการกวดการแบ่งตัวของเชื้อให้อยู่ในระดับต่ำที่สุด ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ลดโอกาสของการแพร่เชื้อต่อยาไปสู่ผู้อื่นได้ และทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นในภาพรวม^(๖-๑๐) ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญและรัฐควรให้การสนับสนุนเรื่องการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการขยายเป้าหมายจำนวนผู้รับยาต้านไวรัส ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดงบประมาณของรัฐ ในการแก้ปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยาในอนาคตได้อย่างมหาศาล^(๑๑)

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสถานบริการ ที่มีต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งการทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นั้นจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งในอนาคตการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จำเป็นต้องเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการขยายจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ เพื่อให้การบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของประเทศไทยดำเนินไปอย่างมั่นคงและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มผู้ที่มีผลบวกต่อเอชไอวีในสถานบริการ เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสถานบริการ ที่มีต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (Adherence) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ภายใต้ National AIDS Program (NAP) สถานบริการที่ทำการศึกษารวมไปด้วยโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จำนวน ๓ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๙๐ เตียง จำนวน ๒ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง จำนวน ๔ แห่ง รวมทั้งสิ้น ๙ แห่ง โดยใช้การประเมิน

ระดับการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างสม่ำเสมอ ๒ วิธี ร่วมกัน ได้แก่ วิธีนับเม็ดยา (pill count) และการประเมินการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ด้วยตนเอง (self-report) โดยใช้ Visual analog scale (VAS) ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในระบบประกันสุขภาพ (สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ในคลินิกโรคเอ็ดส์ ของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาวิจัย โดยต้องลงทะเบียนเข้ารับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ภายใต้ NAP มีข้อมูลผลการตรวจทางคลินิกครบถ้วน โดยเฉพาะผลการตรวจ CD4 และผลการตรวจ Viral load และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน ๘๒๓ คน ซึ่งการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของกระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล:

๑. การศึกษาาระดับการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence of ARVs therapy) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (max and min) และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เช่น T-test หรือ ANOVA ในการเปรียบเทียบระดับการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่ม เช่น เปรียบเทียบระดับการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอระหว่างเพศชายกับหญิง เป็นต้น

๒. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence of ARVs therapy) ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เช่น Chi-square และ Binary Logistic regression

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลทั่วไปและการจัดระบบบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของสถานบริการ

สถานบริการที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จำนวน ๓ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๙๐ เตียง



จำนวน ๒ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง จำนวน ๔ แห่ง รวม ๙ แห่ง

การจัดบริการคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่มีการจัดบริการเป็นคลินิกยาต้านไวรัสเฉพาะแยกจากแผนกผู้ป่วยทั่วไป มีโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เพียง ๑ แห่ง ที่จัดบริการร่วมกับการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

รูปแบบการให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวี มี ๓ รูปแบบ คือ ๑. การบริการแบบเบ็ดเสร็จ (One stop service) คือบริการที่จุดๆเดียว โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย (ยื่นบัตร ชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง) ชักประวัติ ดูอาการเบื้องต้น พบแพทย์ รับประทานยาต้านไวรัส การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษา เรื่องการรับประทานยา/การดูแลสุขภาพและแจกถุงยางอนามัย ซึ่งมีโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่งที่จัดบริการในรูปแบบนี้ ๒. การให้บริการแบบ กึ่ง One stop service คือ มีรูปแบบการให้บริการทุกขั้นตอนเหมือนกับ One stop service ยกเว้น การจ่ายยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่ต้องไปรับบริการเหมือนผู้ป่วยทั่วไปตามที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้ ๓. การให้บริการแบบ OPD ทั่วไป คือให้บริการร่วมกับการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

ความถี่ของการให้บริการคลินิกยาต้านไวรัส จะแตกต่างกันออกไปตามขนาดของโรงพยาบาลและจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีที่มารับบริการคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล แต่ละแห่ง เช่นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จะมีผู้มารับบริการคลินิกยาต้านไวรัสจำนวนมาก จึงให้บริการสัปดาห์ละ ๓ วัน และสัปดาห์ละ ๑ วัน หรือโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่มารับบริการคลินิกยาต้านไวรัสจำนวนน้อย จึงให้บริการเดือนละ ๒ วัน เป็นต้น

มาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีด้านบุคลากรพบว่าเกือบทุกโรงพยาบาลมีบุคลากรครบทั้ง ๕ ด้านตาม ที่คู่มือการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) กำหนด ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง ที่ไม่มีแพทย์มาประจำขณะรับยา หากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะพบแพทย์ต้องไปพบที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

วิธีการประเมิน Adherence ของสถานบริการ มีอยู่ ๓ วิธีด้วยกัน คือ ๑. การประเมินแบบนับเม็ดยา (Pill Count) ๒. การประเมินการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีด้วยตนเอง (Self-report) และ ๓.การประเมินโดย VAS โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการนับเม็ดยา (pill count) ร่วมกับ วิธีการประเมินด้วยการรายงานตนเอง (Self report)

ระบบการติดตามผู้ป่วย ทุกโรงพยาบาลมีการติดตามผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ มีโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่งที่เพิ่มช่องทางในการติดตามผู้ป่วยโดยใช้ไปรษณียบัตร

การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคเอชไอวีและการรักษาต้านไวรัส ในโรงพยาบาลศูนย์จะมีการประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อวิทยุ แผ่นพับให้ความรู้ จัดบอร์ดให้ความรู้ที่โรงพยาบาล ให้สุขศึกษาในวันที่มารับบริการ โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะประชาสัมพันธ์ ผ่านแผ่นพับให้ความรู้ และให้สุขศึกษาในวันที่มารับบริการ

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ทุกสถานบริการจะมีกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการยาต้านไวรัส ทั้ง ในเรื่องให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี เยี่ยมกลุ่มเพื่อนที่ป่วย ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและเยี่ยมบ้านติดตามการรับประทานยาต้านไวรัส รวมทั้งช่วยงานบริการผู้ป่วยในวันจัดบริการยาต้านไวรัส

ข้อมูลทั่วไปและการจัดระบบบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี แยกตามสถานบริการ แสดงดังตารางที่ ๑

๒. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน ๘๒๓ คน เป็นเพศชาย ๓๘๘ คน หรือร้อยละ ๔๗.๑ และเพศหญิง ๔๓๕ คน หรือร้อยละ ๕๒.๙ มีอายุเฉลี่ยประมาณ ๔๐ ปี อายุน้อยที่สุด ๒๑ปีและมากที่สุด ๗๔ ปี ประมาณครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพสมรสคู่ ประมาณหนึ่งในสามมีสถานภาพสมรส ม่าย หย่า และโสด ประมาณร้อยละ ๒๐ มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาจำนวน ๔๖๐ คน หรือร้อยละ ๕๕.๙ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน ๑๖๖ คน หรือร้อยละ ๒๐.๒ มีรายได้ของครัวเรือนเฉลี่ย ๔,๖๔๓ บาท

ผลการประเมิน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและ

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปและการจัดระบบบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีของสถานบริการ

ข้อมูล/โรงพยาบาล	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป			โรงพยาบาลชุมชน					
	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	ภาคเหนือ ก.	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ก.	ภาคเหนือ ข.	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข.	ภาคใต้ ก.	ภาคใต้ ข.
จำนวนเตียง	๓๘๐	๘๖๗	๖๕๐	๕๐	๕๐	๓๐	๓๐	๓๐	๓๐
ลักษณะการจัดบริการ									
คลินิกเฉพาะโรค	มี	มี	ไม่มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
รูปแบบการบริการ	กึ่ง one stop service	กึ่ง one stop service	OPD ทั่วไป	กึ่ง one ทั่วไป	กึ่ง one ทั่วไป	one stop service	กึ่ง one stop service	กึ่ง one stop service	กึ่ง one stop service
ความถี่ของการให้บริการ	๓ วัน/สัปดาห์	๑ วัน/สัปดาห์	๓ วัน/สัปดาห์	๓ วัน/สัปดาห์	๒ วัน/เดือน	๓ วัน/เดือน	๒ วัน/เดือน	๒ วัน/เดือน	๒ วัน/เดือน
คลินิกยาต้านไวรัส									
ผู้มารับยาต้านไวรัส (คน)	๑,๕๓๐	๕๕๓	๗๕๕	๕๕๑	๗๑	๓๔๒	๔๑	๖๗	๕๔
เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (คน)	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๖	๕
มาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้านบุคลากร									
แพทย์	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	มี	มี	มี
เภสัชกร	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
พยาบาล	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
ผู้ให้คำปรึกษา	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
นักเทคนิคการแพทย์	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
วิธีการประเมิน Adherence									
Pill Count	มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	มี	มี	มี
Self Report	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
Visual analog scale	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
การติดตามผู้ป่วย									
เยี่ยมบ้าน	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
โทรศัพท์	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
ไปรษณียบัตร	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรับยาต้านไวรัส									
สื่อวิทยุ	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
แผ่นพับ	มี	มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี	มี
จัดบอร์ดในโรงพยาบาล	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	ไม่มี	มี
ให้สูขศึกษา	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ									
ให้คำปรึกษา	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี
ช่วยงานบริการในวันรับยาต้านไวรัส	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	มี
เยี่ยมเพื่อนที่รักษาตัวใน รพ. /เยี่ยมบ้าน	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี	มี



ตารางที่ ๒ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล/โรงพยาบาล	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป			โรงพยาบาลชุมชน						รวม
	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	ภาคเหนือ ก.	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ก.	ภาคเหนือ ข.	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข.	ภาคใต้ ก.	ภาคใต้ ข.	
กลุ่มตัวอย่าง N (%)	๒๖๒ (๓๑.๘%)	๑๓๔ (๒๑.๑%)	๑๑๑ (๑๓.๕%)	๕๕ (๑๑.๕%)	๓๔ (๔.๑%)	๖๖ (๘.๑%)	๒๒ (๒.๗%)	๓๐ (๓.๖%)	๒๕ (๓.๕%)	๘๒๓ (๑๐๐.๐%)
เพศ										
ชาย	๑๑๘ (๔๕.๐%)	๖๓ (๔๒.๐%)	๕๐ (๔๕.๐%)	๕๓ (๕๕.๘%)	๑๒ (๓๕.๓%)	๓๗ (๕๖.๑%)	๑๒ (๕๕.๖%)	๑๓ (๔๔.๓%)	๒๐ (๖๕.๐%)	๓๘๘ (๔๗.๑%)
หญิง	๑๔๔ (๕๕.๐%)	๑๐๑ (๕๘.๐%)	๖๑ (๕๕.๐%)	๔๒ (๔๔.๒%)	๒๒ (๖๔.๗%)	๒๙ (๔๓.๙%)	๑๐ (๔๕.๔%)	๑๗ (๕๖.๗%)	๕ (๓๑.๐%)	๔๓๕ (๕๒.๙%)
อายุ										
Mean	๔๐.๐๓	๓๙.๑๔	๓๘.๒๓	๔๑.๐๒	๓๕.๗๕	๔๐.๓๘	๔๑.๑๔	๔๑.๑๗	๓๘.๕๒	๓๙.๖
Min	๒๑	๒๓	๒๑	๒๗	๒๓	๒๕	๓๑	๒๔	๒๗	๒๑
Max	๖๕	๖๔	๖๑	๖๕	๕๖	๗๔	๖๒	๕๘	๕๔	๗๔
สถานภาพสมรส										
โสด	๔๘ (๑๘.๓%)	๔๑ (๒๓.๖%)	๒๓ (๒๐.๗%)	๑๔ (๑๔.๗%)	๕ (๒๖.๕%)	๑๕ (๒๒.๗%)	๕ (๒๒.๗%)	๓ (๑๐.๐%)	๘ (๒๗.๖%)	๑๖๖ (๒๐.๒%)
คู่	๑๓๐ (๔๙.๖%)	๗๕ (๔๘.๑%)	๕๔ (๔๘.๗%)	๔๔ (๔๖.๓%)	๑๒ (๓๕.๓%)	๒๓ (๓๔.๕%)	๕ (๒๒.๗%)	๑๕ (๕๐.๐%)	๑๘ (๖๒.๑%)	๓๗๖ (๔๕.๗%)
ม่าย หย่า แยก	๘๔ (๓๒.๑%)	๕๘ (๓๓.๓%)	๓๔ (๓๐.๖%)	๓๗ (๓๙.๐%)	๑๓ (๓๘.๒%)	๒๘ (๔๒.๔%)	๑๒ (๕๕.๖%)	๑๒ (๔๐.๐%)	๓ (๑๐.๓%)	๒๘๑ (๓๔.๑%)
ระดับการศึกษา										
ไม่ได้รับเรียน	๓๔ (๑๓.๐%)	๓ (๑.๗%)	๒ (๑.๘%)	๕ (๕.๓%)	๐ (๐.๐%)	๖ (๙.๑%)	๐ (๐.๐%)	๒ (๖.๗%)	๐ (๐.๐%)	๕๒ (๖.๓%)
ประถมศึกษา	๑๔๕ (๕๖.๕%)	๙๔ (๕๕.๐%)	๔๖ (๔๑.๕%)	๖๓ (๖๖.๓%)	๒๘ (๘๒.๔%)	๓๔ (๕๑.๕%)	๑๘ (๘๑.๘%)	๑๕ (๖๓.๔%)	๙ (๓๑.๐%)	๔๖๐ (๕๕.๕%)
มัธยมศึกษาตอนต้น	๔๒ (๑๖.๐%)	๓๑ (๑๗.๘%)	๓๗ (๓๓.๓%)	๑๖ (๑๖.๘%)	๕ (๑๔.๗%)	๑๔ (๒๑.๒%)	๒ (๙.๑%)	๖ (๒๐.๐%)	๑๓ (๔๔.๘%)	๑๖๖ (๒๐.๒%)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	๒๑ (๘.๐%)	๑๒ (๖.๕%)	๑๓ (๑๑.๗%)	๘ (๘.๔%)	๑ (๒.๙%)	๔ (๖.๑%)	๐ (๐.๐%)	๑ (๓.๓%)	๕ (๑๗.๓%)	๖๕ (๗.๙%)
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	๑๑ (๔.๒%)	๒๘ (๑๖.๑%)	๘ (๗.๒%)	๓ (๓.๒%)	๐ (๐.๐%)	๕ (๗.๖%)	๒ (๙.๑%)	๑ (๓.๓%)	๒ (๖.๕%)	๖๐ (๗.๓%)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	๕ (๑.๙%)	๖ (๓.๕%)	๕ (๔.๕%)	๐ (๐.๐%)	๐ (๐.๐%)	๓ (๔.๕%)	๐ (๐.๐%)	๑ (๓.๓%)	๐ (๐.๐%)	๒๐ (๒.๔%)
รายได้ของครัวเรือน										
Mean	๓,๕๒๕	๕,๓๐๗	๗,๒๐๕	๓,๕๖๗	๓,๕๐๓	๓,๔๘๔	๒,๑๑๒	๓,๔๓๑	๖,๑๒๔	๔,๖๔๓

ตารางที่ ๒ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล/โรงพยาบาล	โรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป			โรงพยาบาลชุมชน						รวม
	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	ภาคเหนือ ก.	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ก.	ภาคเหนือ ข.	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข.	ภาคใต้ ก.	ภาคใต้ ข.	
ผลการประเมิน Adherence										
Pill Count										
<๕๕%	๓๕ (๑๖.๘๘)	๒๑ (๑๖.๔๕)	*NA	๑ (๑.๑๕)	NA	๑ (๑.๕๒)	๐ (๐.๐๐)	๒ (๖.๕๐)	๖ (๒๖.๐๕)	๗๐ (๑๒.๓๗)
>=๕๕%	๑๕๒ (๘๓.๑๒)	๑๐๖ (๘๓.๕๖)	NA	๘๓ (๕๘.๘๑)	NA	๕๑ (๕๘.๐๘)	๒๐ (๑๐๐.๐๐)	๒๗ (๕๓.๑๐)	๑๗ (๗๓.๕๑)	๔๕๖ (๘๗.๖๓)
Self Report										
<๕๕%	๑๑๕ (๔๓.๘๕)	๕๘ (๕๖.๓๒)	๗๗ (๖๕.๓๗)	๓๒ (๓๓.๖๘)	๑๕ (๔๔.๑๒)	๓๐ (๔๕.๔๕)	๕ (๔๐.๕๑)	๒๒ (๗๓.๓๓)	๑๓ (๔๔.๘๓)	๔๑๑ (๔๕.๕๔)
>=๕๕%	๑๔๗ (๕๖.๑๑)	๗๖ (๔๓.๖๘)	๓๔ (๓๐.๖๓)	๖๓ (๖๖.๓๒)	๑๕ (๕๕.๘๘)	๓๖ (๕๕.๕๕)	๑๓ (๕๕.๐๕)	๘ (๒๖.๖๗)	๑๖ (๕๕.๑๗)	๔๑๒ (๕๐.๐๖)

หมายเหตุ *NA หมายถึง ไม่มีข้อมูล

ตารางที่ ๓ ระดับของสถานบริการ และการรับประทานยาต้านไวรัสอย่าง ต่อเนื่องเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Binary logistic regression แบบ univariate

ระดับสถานบริการ	Self report (Visual analog scale (VAS))		OR*	๕๕% CI	p-value
	Adherence <๕๕% จำนวน (ร้อยละ)	Adherence >=๕๕% จำนวน (ร้อยละ)			
โรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป	๒๕๔ (๕๓.๗)	๒๕๓ (๔๖.๓)	๑		
โรงพยาบาลชุมชน	๑๒๐ (๔๓.๕)	๑๕๖ (๕๖.๕)	๑.๕๑	๑.๑๓-๒.๐๒	๐.๐๐๖
ระดับสถานบริการ	Pill count		OR*	๕๕% CI	p-value
	Adherence <๕๕% จำนวน (ร้อยละ)	Adherence >=๕๕% จำนวน (ร้อยละ)			
โรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป	๖๕ (๑๗.๓)	๓๑๐ (๘๒.๗)	๑		
โรงพยาบาลชุมชน	๑๐ (๔.๘)	๑๕๕ (๕๕.๒)	๔.๑๗	๒.๑๐-๘.๓๑	<๐.๐๐๑

สม่ำเสมอ (Adherence) ซึ่งแบ่งออกเป็น ๒ วิธี พบว่า การประเมินโดยวิธีนับเม็ดยา (pill count) มีผู้ป่วยที่มีระดับ Adherence มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕ จำนวน ๔๕๖ คน หรือร้อยละ ๘๗.๖ และ Adherence น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕ จำนวน ๗๐ คน หรือร้อยละ ๑๒.๔ มี จากวิธีการประเมินการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์ด้วยตนเอง (self-report)

ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีระดับ Adherence มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕ และน้อยกว่าร้อยละ ๕๕ ดังแสดงในตารางที่ ๒

๓. ขนาดของสถานบริการกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษา พบว่า เมื่อประเมิน Adherence ด้วยวิธี



Self report โดยใช้ Visual analog scale (VAS) ในระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ Adherence สูงกว่า ๙๕% คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๓ ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชนนั้น พบผู้ที่มีระดับ Adherence สูงกว่า ๙๕% ประมาณร้อยละ ๕๖.๕ และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Binary logistic regression แบบ univariate พบว่า ระดับของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับระดับ Adherence เมื่อประเมินด้วยวิธี Self report โดยโรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสที่จะพบผู้ที่มีระดับ Adherence เป็น ๑.๕๑ เท่าของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (OR= ๑.๕๑, ๙๕% CI = ๑.๑๓-๒.๐๒, p-value=๐.๐๐๖) ส่วนการประเมิน Adherence ด้วยวิธีนับเม็ดยา (pill count) นั้น จากการศึกษา พบว่า ในระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ Adherence สูงกว่า ๙๕% คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๗ ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน พบถึงร้อยละ ๙๕.๒ ที่มีระดับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Binary logistic regression แบบ univariate พบว่า ระดับของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับระดับ Adherence เมื่อประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยา pill count โดยโรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสที่จะพบผู้ที่มีระดับ Adherence มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๕ เป็น ๔.๑๗ เท่าของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (OR= ๔.๑๗, ๙๕% CI = ๒.๑๐-๘.๓๑, p-value<๐.๐๐๑) ดังตารางที่ ๓

วิจารณ์และข้อยุติ

สถานบริการที่ศึกษามีวิธีการประเมินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Adherence) มากกว่า ๑ วิธี ส่วนใหญ่ใช้วิธีการนับเม็ดยา (pill count) ร่วมกับ วิธีการประเมินด้วยการรายงานตนเอง (Self report) โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ประเมินและทำงานร่วมกับพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเอดส์ แต่บางสถานบริการได้ให้อาสาสมัครจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมโดยเป็นผู้ร่วมประเมิน จากการศึกษาพบว่า การใช้วิธีประเมิน Adherence มากกว่า ๑ วิธี ได้ช่วยทำให้การประเมินได้ดีขึ้น โดยนำข้อมูลที่แต่ละวิธีมาตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า แต่ละวิธี

ประเมินก็จะมีจุดเด่นที่แตกต่างกัน

การประเมินด้วยการนับเม็ดยา (pill count) มีจุดเด่นตรงที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์คือจำนวนเม็ดยา ทำให้ประเมินได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง และถ้าประกอบกับการเปิดโอกาสให้มีการพบปะกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับยา ก็จะทำให้ผลที่ได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดในบางสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง ไม่สามารถดำเนินการประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยาได้ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการและรับยาจำนวนมาก วิธีประเมินนี้เป็นการเพิ่มภาระงานแก่เจ้าหน้าที่ทำให้ไม่สามารถบริหารจัดการเรื่องเวลาได้อันหนึ่งวิธีการนับเม็ดยาไม่สามารถกระทำได้ในกรณีที่ ผู้รับผิดชอบโดยตรงไม่อยู่ อีกกรณีหนึ่งที่ไม่สามารถทำการประเมินแบบนี้ได้คือกรณีมีผู้มารับยาแทน เพราะต้องนับจำนวนยาที่เหลือมาคืน และนำจำนวนเม็ดยาไปคำนวณหา Adherence

การประเมินด้วยการรายงานตนเอง (self report) จากการศึกษาพบว่าการประเมิน ๒ รูปแบบคือ ๑. ใช้สมุดบันทึกประจำตัว (log book) ซึ่งสามารถบันทึกเองได้ง่ายด้วยตัวผู้รับประทานยาต้านไวรัสเอง เป็นการลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ แต่ปัญหาที่พบคือมักจะได้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาจริงหรือไม่ ต้องอาศัยความไว้วางใจในตัวผู้ป่วยและ ๒. ใช้ Visual analog scale (VAS) วิธีนี้มีจุดเด่นที่ทำการประเมินได้ง่ายและรวดเร็ว สามารถบันทึกผลการประเมินไว้ใน OPD card ได้ แต่ Visual analog scale (VAS) เป็นเครื่องมือที่มีความอ่อนไหวต้องอาศัยการทำความเข้าใจระหว่างตัวผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน ซึ่งการจะเลือกใช้วิธีการประเมินการรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Adherence) วิธีใดนั้น สถานบริการจะมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และจำนวนผู้ที่มารับบริการยาต้านไวรัส

ผลจากการศึกษานี้พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสที่จะพบผู้ที่มี Adherence สูงกว่าร้อยละ ๙๕ มากกว่าในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เมื่อประเมินด้วยทั้ง ๒ วิธี คือการนับเม็ดยา (pill count) และการรายงานตนเอง (self report) โดยใช้ Visual analog scale (VAS) และสามารถยืนยันผลการวิจัย

เบื้องต้น จากการวิเคราะห์ Binary logistic regression แบบ univariate ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับ CD4 ของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ในผู้ที่มารับยาต้านไวรัสในสถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มารับยาจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป^(๑๒) ซึ่งอาจเนื่องมาจากมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอของการรับประทานยาโรงพยาบาลชุมชน มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของโรคดังกล่าว

ถึงแม้ว่าการจัดบริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์จะเป็นการบริการภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพเหมือนกันไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ความแตกต่างกันของระบบบริการอาจส่งผลทำให้ความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอ็ดส์แตกต่างกันออกไป เพราะข้อจำกัดของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปอาจอยู่ที่ การมีจำนวนผู้ที่มารับยาต้านไวรัสเอ็ดส์เป็นจำนวนมากในแต่ละวัน และความแออัดของสถานที่ อาจทำให้เกิดศักยภาพของโรงพยาบาลที่จะสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการสนับสนุนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทั้งด้านงบประมาณและกำลังคนเป็นประเด็นสำคัญ และรวมถึงการจัดพื้นที่ในการให้บริการยาต้านไวรัสเอ็ดส์ออกเป็นสัดส่วน นอกจากนั้นการสนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปมีมาตรการในการกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสนใจในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และตรงเวลาในทุกวิถีทางยังเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ เพราะนอกจากจะเพิ่มระดับ Adherence แล้ว ยังส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นในภาพรวมด้วย

นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่พบเห็นจากการวิจัยที่น่าสนใจคือ โรงพยาบาลทุกแห่งได้มีกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเข้ามาช่วยเจ้าหน้าที่ในการให้ความสะดวกผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ ทั้งในเรื่องให้คำปรึกษาอื่นๆ จัดระบบดำเนินการเยี่ยมกลุ่มเพื่อนที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นการติดตามการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งบทบาทของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเหล่านี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล ดังนั้นการสนับสนุนกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อให้ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จะสามารถเสริมการทำงานของเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างดี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยดี จากความร่วมมือและช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานต่างๆ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง ๓ เขต (เขต ๑ เชียงใหม่ เขต ๗ ขอนแก่น และเขต ๑๒ สงขลา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล โดยเฉพาะความร่วมมืออย่างยิ่งจากผู้บริหารแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคลินิกยาต้านไวรัสเอ็ดส์

นอกจากนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย และกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อในพื้นที่การวิจัย ที่ช่วยในการประสานงานดำเนินการและอำนวยความสะดวก รวมทั้งการเป็นผู้ถูกสัมภาษณ์ และ ร่วมในการสนทนากลุ่ม และขอขอบคุณคณะผู้วิจัยภาคสนามที่ร่วมดำเนินการทำห้วงงานวิจัยครั้งนี้ ได้สำเร็จลุล่วงได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ฐานข้อมูลสื่อ: สื่อโรคเอดส์: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๔ [cited ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๔]; Available from: http://www.aidsstithai.org/uploads/media/file/Pic_Aids.pdf
๒. 09 AIDS epidemic update : November 2009, WHO/UNAIDS [cited ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๔]; Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf
๓. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด (๓๑ มีนาคม ๒๕๕๔) สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๔ [cited ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๔]; Available from: <http://epid.moph.go.th>.
๔. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, เพณนิมาท์ โอเบอร์คอร์ดเฟอร์, จิราพร สุวรรณธีรวงูร, คาราวรรณ ต๊ะปันตา, ฟิลลิป เกส. ระบบบริการคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาใน ๔ จังหวัดภาคเหนือตอนบน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐; ๑:๑๓๒-๑๔๔.
๕. David L. Paterson, Susan Swindells, Jeffrey Mohr, Michelle Brester, Emanuel N. Vergis, Cheryl Squier, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of internal medicine* 2000;133:21-30.
๖. Gross R, Bilker W, Friedman H, Strom B. Effect of Adherence to



- newly initiated antiretroviral therapy on plasma viral load. *AIDS* 2001;16:2109-17.
๗. Low-Beer, B Yip, MV O'Shaughnessy, RS Hogg. Adherence to triple therapy and viral load response. *JS Montaner J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;23:360-1.
 ๘. Chesney M. Adherence to HAART regimens. *AIDS Patient care STDS* 2003;17:169-77.
 ๙. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. [published correction appears in *Ann Intern Med* 2002;136:253]. *Ann Intern Med* 2000;133:21-30.
 ๑๐. Maggiolo F, Ravasio L, Ripamonti D, et al. Similar adherence rates favor different virologic outcomes for patients treated with nonnucleoside analogues or protease inhibitors. *Clin Infect Dis* 2005;40:158-63.
 ๑๑. พีระมน นิงสานนท์. การติดตามและการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการให้ยาด้านไวรัส ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ระดับประเทศ. แนวทาง การติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
 ๑๒. Sukhum J, Sukhontha K, Kanoksak W, et al. Health outcome of PLWA on ART and Service system in hospitals with different size under universal coverage in Thailand: Does size matter?. Abstract Book Volume 2, 18th International AIDS Conference "Right Here, Right Now"; July 18-23 2010, Vienna, Austria; 2010.