

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ CD4 และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

Factors Affect the CD4 Levels and Quality of Life of HIV/AIDs patients

ปวิช ปากทิพัทธ์¹, มาริส่า กิ่งไผ่กลาง², วณิชชา เชิดชัยภูมิ², วิระพล ภิมาลัย³,
ฉัตรมณี แท่งทองกลาง⁴, กฤษณี สระมณี⁵

Pawich Paktipat¹, Marisa Kingpaiklang², Wanitcha Cherdchaiyapoom², Wiraphol Phimarn³,
Chatmanee Taengthonglang⁴, Kritsanee Saramunee⁵

Received: 1 December 2016 ; Acepted: 7 March 2017

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรทางเลือกรายแรกเปรียบเทียบกับสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรทางเลือกรายที่ 2 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ CD4 และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยได้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลสังขะตั้งแต่เดือนกันยายน 2558 ถึง กุมภาพันธ์ 2559 โดยใช้แบบเก็บข้อมูลทั่วไปและแบบเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิต MOS-HIV ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 168 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้ สูตรทางเลือกรายแรก จำนวน 125 คน (ร้อยละ 74.4) และสูตรทางเลือกรายที่ 2 จำนวน 43 คน (ร้อยละ 25.6) คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับดีในทุกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรทางเลือกรายแรก และสูตรทางเลือกรายที่ 2 มีคะแนนคุณภาพชีวิตในทุกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพ คือ การเกาะติดยา ($OR=0.009$, 95% $CI=0.014-0.543$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเม็ดเลือดขาว CD4 คือ ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัส ($OR=0.023$, 95% $CI=0.025-0.759$)

คำสำคัญ: เอชไอวี คุณภาพชีวิต ปัจจัย

Abstract

This Cross-sectional study aimed to measure 1) quality of life (QOL) in HIV-infected patients with first-line antiretroviral therapy (ARV) treated compared with second-line ARV treated 2) factors associated to the CD4 level and 3) factors associated the quality of life. Samples were HIV-infected patients who attended HIV/AIDs outpatient clinic at Sangkha Hospital, Surin province between September 2015 and February 2016. Quality of life was prospectively assessed

¹ อาจารย์ หน่วยปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² นิสิตเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยปฏิบัติการเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

⁴ เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสังขะ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์

⁵ อาจารย์ หน่วยปฏิบัติการเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ติดต่อได้ที่: ภก.ปวิช ปากทิพัทธ์ หน่วยปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150 โทรศัพท์ : 043-754360, E-mail: pawich.p@msu.ac.th

¹ PharmD, Clinical Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

² PharmD student, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

³ M.S., Assistant Professor, Social Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

⁴ Pharmacists, operating Pharmaceutical group, Sangkha Hospital, Sangkha District, Surin Province

⁵ Ph.D., Assistant Professor, Social Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Corresponding author: Pawich paktipat , Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Kantarawichai, Maha Sarakham 44150
Tel./Fax. +66 43 754360 E-mail: Pawich.p@msu.ac.th

using the medical outcomes study HIV health survey (MOS-HIV) Thai version. Data was analyzed by descriptive statistic and binary logistic regression. The results showed that 168 HIV-infected adults ARV were divided into 125 first-line ARV treated group (74.4%) and 43 second-line ARV treated group (25.6%). Both group had overall QOL score in physical and psychological domains in good level. There were no significant difference QOL score between first-line and second-line ARV treated group in all domains ($p>0.05$). The factor associated with Physical health summary (PHS) score was adherence (OR=0.009, 95% CI=0.014-0.543). The factor associated with CD4 was duration of ARV therapy (OR=0.023, 95% CI=0.025-0.759).

Keywords: HIV, Quality of life, Adherence

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคหนึ่งที่สำคัญและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของหลายประเทศโดยจากการสำรวจทั่วโลก พ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 36.9 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่จำนวน 2 ล้านคน ในจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งหมดนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral therapy; ARV) ทั้งหมด 15 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อนของโรคเอดส์จำนวน 1.2 ล้านคน¹

ในประเทศไทย มีรายงานรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ พ.ศ. 2527-2557 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมทั้งสิ้น 388,621 ราย และมีผู้เสียชีวิต 100,617 ราย² โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี ซึ่งโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ วัณโรค 114, 485 ราย (ร้อยละ 29.46) รองลงมาคือโรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* 74,576 ราย (ร้อยละ 19.19), *Cryptococcosis* 50,418 ราย (ร้อยละ 12.97), *Candidiasis* 18,320 ราย (ร้อยละ 4.71) และโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำ (Pneumonia recurrent) มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี จำนวน 13,251 ราย (ร้อยละ 3.41) ตามลำดับ² เนื่องจากโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไปตลอดชีวิต ปัจจุบันการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ คือ การใช้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูงหรือที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) หมายถึง การให้ยาต้านไวรัสเท่ากับหรือมากกว่าสามชนิดร่วมกัน สูตรยาที่แนะนำให้ใช้ในประเทศไทยคือ ยากลุ่ม Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs) 2 ชนิด ร่วมกับยากลุ่ม Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) 1 ชนิด ได้แก่ ทีโนโฟเวียร์ (Tenofovir; TDF) + ลามิวูดีน (Lamivudine; 3TC) หรือ ทีโนโฟเวียร์ (Tenofovir; TDF) / เอมทริซิตาบีน (Emtricitabine; FTC) ร่วมกับ เอฟาเวเรนซ์ (Efavirenz; EFV) ซึ่งยาเหล่านี้อาจทำให้เกิดอาการไม่

พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสที่พบได้บ่อยแม้ไม่รุนแรง แต่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต คือ คลื่นไส้อาเจียน ในขณะที่อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้น้อย แต่มีอันตรายถึงชีวิต ได้แก่ การแพ้ยาชนิด Stevens-Johnson Syndrome (SJS) และ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) ตับอักเสบรุนแรง ซึ่งเกิดจากเนวีราพีน (Nevirapine; NVP) นอกจากนี้ยังมีภาวะ Lactic acidosis จากยากลุ่ม NRTIs โดยเฉพาะ สตาวูดีน (Stavudine; d4T) และ ไดอะโนซีน (Didanosine; ddl) อาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงอื่นๆ ได้แก่ เกิดผื่นจาก EFV, NVP กดไขกระดูกจากซิโดวูดีน (Zidovudine; AZT) ทำให้มีภาวะโลหิตจางและภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำเกิดพิษต่อตับจากยากลุ่ม NNRTIs, Protease inhibitors (PIs), NRTIs ทุกตัว เกิดพิษต่อไต จากยา Tenofovir ผลข้างเคียงระยะยาว ได้แก่ การกระจายไขมันผิดปกติในเนื้อเยื่อไขมันในเลือดสูง ไขมันในตับอักเสบ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาใหม่จากเดิมที่ยาสตาวูดีนเป็นหนึ่งในกลุ่มสูตรยาทางเลือกแรกเปลี่ยนเป็นกลุ่มสูตรยาทางเลือกที่ 2 เนื่องจากทำให้เกิดภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ (lipodystrophy stavudine)³ ซึ่งหากเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและผลการรักษา โดยคุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง คุณภาพชีวิตเป็นมุมมอง หรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสถานะของชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และระบบคุณค่าในที่ที่คนนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความหวังใจ ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต⁴ ผลลัพธ์ทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบ่งชี้ถึงผลการรักษาได้ ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตจึงเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งที่ทำให้เห็นถึงผลกระทบต่อชีวิตจากมุมมองของผู้ป่วยเอง

จากการศึกษาของประทีป ดวงงาม, วัลลา คชภักดี และ ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยในอดีตอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีผลคือ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี

ระดับ CD4 ครั้งล่าสุด ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และการสนับสนุนทางสังคม⁵ และจากการศึกษาของสุเทพ รักเมือง⁶ ที่ทำการศึกษาในเขต 11 พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือ สถานภาพ และระดับการศึกษา แสดงให้เห็นว่าในแต่ละพื้นที่มีการดำเนินชีวิตและปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน นอกจากนี้สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ใช้กันมากตามแนวทางการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยในปัจจุบัน จะมียาต้านไวรัสเอชไอวีสองแนวทางหลัก คือสูตรยาทางเลือกแรก (First-line therapy) สูตรยาทางเลือกที่ 2 (Second-line therapy) ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2557³ ซึ่งสูตรยาในแต่ละทางเลือกมีผลข้างเคียงที่รุนแรงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาทั้งสองสูตรในผู้ป่วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวัดคุณภาพชีวิตและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ได้รับสูตรยาต้านไวรัสทางเลือกแรก และกลุ่มที่ได้รับสูตรยาต้านไวรัสทางเลือกที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 90 เตียง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรทางเลือกแรกเปรียบเทียบกับสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรทางเลือกที่ 2
- 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ CD4
- 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์/ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์/ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลสังขะ ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

2. ผู้ป่วยเป็นคนไทย สามารถเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

3. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
- เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยขอออกจากการศึกษา
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการคือช่วงตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2558 – 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

แบบเก็บข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนคนในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงข้อมูลอื่นๆ เช่น ประวัติการฉีดน้ำ การเกาะติดยา (รับประทานยาตรงเวลา ภายใน 30 นาทีของเวลาที่จัดไว้) เป็นต้น ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์/ติดเชื้อเอชไอวีแบบทดสอบคุณภาพชีวิตแบบจำเพาะคือ MOS-HIV (The Medical Outcomes Study HIV Health Survey) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคคือผู้ป่วยโรคเอดส์/ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้แปลเป็นภาษาไทยสำหรับผู้ป่วยชาวไทย⁷ โดยจะเป็นแบบสอบถามซึ่งมีคำถามทั้งหมดจำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 11 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านการรับรู้ถึงเรื่องสุขภาพทั่วไป 3) ด้านบทบาทและหน้าที่ 4) ด้านความเจ็บปวด 5) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม 6) ด้านสภาพจิตใจ 7) ด้านความรู้สึกเห็นด้อย 8) ด้านกระบวนการคิด 9) ด้านภาวะซึมเศร้า 10) ด้านการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ 11) ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (แต่ละมิติมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน) ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษานี้ จำนวน 15 คน จากนั้นนำมาหาความเที่ยงของแบบทดสอบโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบค่าความเที่ยงของชุดคำถาม มีค่าเท่ากับ 0.778 แสดงว่าแบบสอบถามคุณภาพชีวิตครั้งนี้มีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลข
004/2558

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยและ
ฐานข้อมูลผู้ติดเชื้อจากโปรแกรมบันทึกผลและวิเคราะห์ติดตาม
การดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคเอดส์/ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี รวมถึง
ข้อมูลการเกาะติดยาของผู้ป่วย

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบจำเพาะ คือ MOS-HIV ในการ
เก็บข้อมูล โดยจะทำการเก็บข้อมูล 1 ครั้ง หลังจากการติดตาม
ผู้ป่วย 3 ครั้งต่อเนื่องกัน แบบทดสอบ MOS-HIV นั้นจะนำ
คะแนนมารวมกันในแต่ละมิติ โดยคะแนนเต็มในแต่ละมิติ คือ
100 คะแนน และนำคะแนนจากคะแนนรวมมิตีย่อยมาเป็นมิติ
หลัก 2 มิติจากแบบทดสอบนั้น ได้แก่ คะแนนคุณภาพชีวิต
ทางด้านร่างกาย และคะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ คิด
เป็นคะแนนเต็ม 62.565 คะแนน และ 67.105 คะแนน⁷

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งเก็บข้อมูล
โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการตรวจสอบ
ความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูล
ก่อนที่จะนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ
สำเร็จรูป SPSS for windows โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
(descriptive statistics) ในการอธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
และใช้ Independent t test ในการหา ความแตกต่างข้อมูลทาง
ระหว่างกลุ่ม ในส่วนของการหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยโรคเอดส์/ติดเชื้อเอชไอวี ใช้การวิเคราะห์ Logistic
regression

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด
168 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับยาสูตร First-line therapy จำนวน
125 คน (ร้อยละ 74.4) และกลุ่มที่ได้รับยาสูตร Second-
line therapy จำนวน 43 คน (ร้อยละ 25.6) เมื่อพิจารณาตาม
กลุ่มยาด้านเอชไอวีที่ได้รับมีข้อมูลทั่วไปดัง Table 1

Table 1 Baseline characteristic of participants (N=169)

Characteristic	First-line therapy n=125	Second-line therapy n=43	p-value
Gender ^a (n=168)			0.276
Male	52 (41.6)	22 (51.2)	
Age (year) (Mean $\pm$ SD) ^b (n=168)	42.26 $\pm$ 10.89	42.77 $\pm$ 9.91	0.790
Marital status ^a (N=167)			0.129
Single	31 (25.0)	8 (18.6)	
Married	70 (56.5)	30 (69.8)	
Divorce/Separate	16 (12.9)	1 (2.3)	
Widow	7 (5.6)	4 (9.3)	
Family member amount (Mean $\pm$ SD) ^b	3.33 $\pm$ 1.31	3.67 $\pm$ 1.34	0.139
Education level ^b (n =168)			0.020
None	8 (6.4)	1 (2.3)	
Primary Scholl	60 (48.0)	25 (58.1)	
Secondary Scholl 1-3	33 (26.4)	4 (9.3)	
Secondary Scholl 4-6	22 (17.6)	10 (25.6)	
Bachelor	2 (1.6)	2 (4.7)	

Table 1 Baseline characteristic of participants (N=169) (continue)

Occupation ^a (n =168)			0.329
None/House work	19 (15.2)	4 (9.3)	
Student	1 (0.8)	1 (2.3)	
Government office	0 (0)	1 (2.3)	
Agriculture	32 (25.6)	7 (16.3)	
Employee	59 (47.2)	26 (60.5)	
Business owner	9 (7.2)	3 (7.0)	
Others	5 (4.0)	1 (2.3)	
Monthly income ^a (n =168)			0.242
None	23 (18.4)	6 (14.0)	
< 2,000 baht	7 (5.6)	0 (0.0)	
2,000 – 5,000 baht	14 (11.2)	9 (20.9)	
5,000 – 8,000 baht	29 (23.2)	7 (16.3)	
8,000 – 10,000 baht	37 (29.6)	13 (30.2)	
> 10,000 baht	15 (12.0)	8 (18.6)	
ARV used duration average (year) (Mean ± SD) ^b (N=165)	6.80 ± 4.23	8.36 ± 4.10	0.04
First CD4 level (Mean ± SD) (n =163)	296.74 ± 280.63	260.55 ± 200.08	0.443
Last CD4 level (Mean ± SD) (n =163)	482.54 ± 219.34	562.33 ± 263.17	0.053
Opportunistic infection history ^a (n =168)			0.559
None	101 (80.8)	33 (76.7)	
<i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia	3 (2.4)	0	
Tuberculosis	17 (13.6)	9 (20.9)	
Cryptococcus meningitis	2 (1.6)	1 (2.3)	
Candidiasis infection	2 (1.6)	0	
Missing a doctor appointment ^a (n =139)			0.604
Yes	88 (85.4)	32 (88.9)	
No	15 (14.6)	4 (11.1)	
Adherence rate (Mean ± SD) (n =132)			0.378
< 95 percent	9 (9.3)	5 (14.7)	
95 percent	88 (90.7)	30 (85.3)	
Regimens			
Zilarvir [®] +EFV	5 (4.0)	-	
TDF+3TC+EFV	36 (28.8)	-	
TDF+3TC+NVP	5 (4.0)	-	
AZT+3TC+NVP	1 (0.8)	-	
GPOvirS30	-	22 (51.2)	
Lastavir+EFV	-	2 (4.7)	
Zilarvir+Kaletra	-	1 (2.3)	
TDF+3TC+Kaletra	-	8 (18.6)	
AZT+3TC+Kaletra	-	1 (2.3)	
AZT+d4T+Kaletra	-	1 (2.3)	
AZT+TDF+Kaletra	-	3 (7.0)	
d4T+3TC+EFV	-	4 (9.3)	
Didanosine+3TC+NVP	-	1 (2.3)	

คุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมการศึกษา

การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์/ติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษานี้ได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต MOS-HIV โดยเป็นแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่จำเพาะกับโรคเอดส์/ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลักๆ ได้แก่

1. การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตแบบรายข้อ

เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตแบบรายข้อซึ่งองค์ประกอบของแบบวัดคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 10 ด้านหลักๆ ซึ่งแต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนนหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่น้อยหรือแย่มาถึงคะแนนเต็ม 100 หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตมากที่สุดหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษานี้พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตที่

แย่มาก (0 คะแนน) จำนวน 2 ด้านคือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ในด้านระดับของคุณภาพชีวิตการศึกษานี้ได้แบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ระดับคือคุณภาพชีวิตในระดับดีคือมีคะแนน MOS-HIV 50-100 คะแนน ผลการศึกษพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี โดยคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมการศึกษานี้แสดงใน Table 2 นอกจากนี้พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษากลุ่ม First-line therapy มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านกายภาพระดับดีจำนวน 114 คน (ร้อยละ 91.2) คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจระดับดีจำนวน 112 คน (ร้อยละ 89.6) และกลุ่ม Second-line therapy มีผู้ที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านกายภาพระดับดีจำนวน 39 คน (ร้อยละ 88.6) คุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจระดับดีจำนวน 40 คน (ร้อยละ 90.9)

Table 2 Quality of life score (N=168)

Domains	Ranged score (Lowest-Highest)	Mean±SD	Highest	Lowerst
Physical functioning	0-100	95.72±14.30	100	8.33
General health	0-100	71.37± 17.43	100	5
Role functioning	0-100	95.25±21.75	100	0
Pain	0-100	87.21±21.50	100	11.11
Social functioning	0-100	94.97±20.44	100	0
Cognitive functioning	0-100	88.92±19.91	100	11.11
Energy / fatigue	0-100	83.27±18.15	100	25
Health distress	0-100	92.96±11.28	100	45
Meatal health	0-100	96.68±10.16	100	35
Health transition	0-100	68.58±22.21	100	25
Overall				
Physical health summary score (PHS)	16.038-62.565	57.60±6.45	62.01	25.82
Mental health summary score (MHS)	9.022-67.105	58.78±5.59	67.10	36.31

2. การวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของแบบวัดคุณภาพชีวิต MOS-HIV แบ่งออกเป็น 2 ด้านหลักๆ ได้แก่ คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านกายภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจ ผลการศึกษพบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษทั้งสองกลุ่มทั้ง First-line therapy และ Second-line therapy

มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งสองด้านอยู่ในระดับดี (มากกว่า 50 คะแนน) โดยกลุ่มที่ได้รับยา First-line therapy จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่ม Second-line therapy ในคะแนนรวมทั้งสองด้านแต่ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ($p>0.05$) แสดงใน Table 3

Table 3 Overall QOL score comparison between first-line and second-line therapy

QOL score overall	First-line therapy	Second-line therapy	P-value
PHS (Mean ± SD)	57.82 ± 6.20	55.97 ± 7.91	0.946
MHS (Mean ± SD)	58.52 ± 5.67	57.82 ± 5.72	0.838

Remark : Analyzed by Independent t-test, PHS= Physical health summary score,

MHS = Mental health summary score

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเม็ดเลือดขาว CD4

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโดยใช้ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ให้ได้ตามเป้าหมายคือ ตั้งแต่ 200 cell/mm³ โดยตัวแปรที่นำเข้ามาวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส การมีประวัติผิวนูน การเกาะติดยา สถานภาพสมรสและสูตรยาที่ได้รับ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับเม็ดเลือด

ขาว CD4 ให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 200 cell/mm³ ซึ่งเป็นระดับเม็ดเลือดขาวที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสได้น้อย พบว่ามีเพียงปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ให้ได้ตามเป้าหมายโดยในกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลาดังตั้ง 60 เดือนจะควบคุมระดับเม็ดเลือดขาวให้ได้ตามเป้าหมายต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสน้อยกว่า 60 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.137; 95%CI=0.025-0.759; $p=0.023$) ดังแสดงใน Table 4

Table 4 Factors affected on CD4 level (N=169)

Factor	CD4 level (cell/mm³)		Adjusted OR (95%CI)	p-value
	<200	≥ 200		
Family member amount (n=166)				
< 3 people	10(62.5%)	91 (60.7%)	1	0.76
≥3 people	6 (37.5%)	59 (39.3%)	0.775 (0.15-4.05)	
Education level (n=169)				
< Secondary Scholl	7 (43.8%)	87 (58.0%)	1	0.18
≥ Secondary Scholl	9 (56.2%)	63 (42.0%)	3.244 (0.57-18.45)	
Monthly income (n=169)				
< 5,000 baht	3 (18.8%)	55 (36.7%)	1	0.56
≥5,000 baht	13 (81.2%)	95 (63.3%)	2.00 (0.19-20.40)	
ARV used duration average (n=166)				
< 60 months	10 (62.5%)	51 (34.7%)	1	0.02*
≥ 60 months	6 (37.5%)	96 (65.3%)	0.137 (0.03-0.76)	
Opportunistic infection history (n=169)				
Yes	12 (75.0%)	120 (80.0%)	1	0.26
No	4 (25.0%)	30 (20.0%)	0.38 (0.05-2.28)	
Missing a doctor appointment (n=139)				
Yes	8 (88.9%)	111 (86.0%)	1	0.67
No	1 (11.1%)	18 (14.0%)	1.74 (0.14-21.74)	
Adherence rate (Mean ± SD)				
< 95 percent	3 (27.3%)	11 (9.2%)	1	0.14
≥ 95 percent	8 (72.7%)	108 (90.8%)	0.22 (0.30-1.16)	
Regimens (n=168)				
First-line therapy	11 (68.8%)	112 (74.7%)	1	0.78
Second-line therapy	5 (31.2%)	38 (25.3%)	1.27 (0.25-6.44)	

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ด้านหลักๆ ได้แก่

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโดยใช้ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่สูง โดยตัวแปรที่นำเข้ามาวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส

ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส การมีประวัติผื่นคัน การเกาะติดยา สถานภาพสมรสและสูตรยาที่ได้รับ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตทางกายภาพที่สูงได้แก่ การเกาะติดยา โดยผู้ที่มีการเกาะติดยาในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 95) จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการเกาะติดยาดำ (OR=0.86; 95%CI=0.01-0.54; $p=0.01$) ดังแสดงใน Table 5 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่กล่าวข้างต้น พบว่ามีความสัมพันธ์ไม่ได้แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญ

Table 5 Factors affected on PHS (N=169)

Factor	PHS level		Adjusted OR (95%CI)	p-value
	Low QOL	High QOL		
Family member amount (n=169)				
< 3 people	7(46.7%)	96 (62.3%)	1	0.99
≥ 3 people	8 (53.3%)	58 (37.7%)	1.01 (0.25-4.02)	
Education level (n=169)				
< Secondary Scholl	12 (80.0%)	83 (53.9%)	1	0.11
≥ Secondary Scholl	3 (20.0%)	71 (46.1%)	0.16 (0.17-1.54)	
Monthly income (n=169)				
< 5,000 baht	9 (60.0%)	50 (32.5%)	1	0.17
≥5,000 baht	6 (40.0%)	104 (67.5%)	0.32 (0.06-1.61)	
ARV used duration average (n=166)				
< 60 months	4 (26.7%)	59 (38.3%)	1	0.61
≥ 60 months	11(73.3%)	92 (59.7%)	0.63 (0.10-3.82)	
Opportunistic infection history (n=169)				
Yes	11 (73.3%)	124 (80.5%)	1	0.96
No	4 (26.7%)	30 (19.5%)	1.05 (0.15-7.51)	
Missing a doctor appointment (n=139)				
Yes	12 (92.3%)	108 (85.7%)	1	0.54
No	1 (7.7%)	18 (14.3%)	0.47 (0.42-5.56)	
Adherence rate (Mean ± SD)				
< 95 percent	4 (33.3%)	10 (8.4%)	1	0.01*
≥ 95 percent	8 (66.7%)	109 (91.6%)	0.86 (0.01-0.54)	
Regimen (n=168)				
First-line therapy	11 (73.3%)	114(74.5%)	1	0.11
Second-line therapy	4 (26.7%)	39(25.5%)	0.16 (0.02-1.51)	

Remark : PHS=Physical health summary score

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโดยใช้ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่สูง โดยตัวแปรที่นำเข้ามาวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการ

ศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส การมีประวัติผื่นคัน การเกาะติดยา สถานภาพสมรสและสูตรยาที่ได้รับ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติพบว่าทุกๆ ปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร First-line therapy กับยาสูตร Second-line therapy มีอายุเฉลี่ย 42.26 ± 10.89 และ 42.77 ± 9.91 ปี ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในประเทศไทย² พบว่า การแพร่ระบาดมักเกิดขึ้นในประชาชนวัยแรงงาน โดยร้อยละ 85 มีอายุระหว่าง 15 - 45 ปี ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ยังไม่เปลี่ยนแปลงนับตั้งแต่มีรายงานการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศ ซึ่งอาจเป็นผลจากการขาดความต่อเนื่องของการรณรงค์เพื่อป้องกันการระบาดของเชื้อเอชไอวี³ ร้อยละ 11.8 เคยผื่นคันกับแพทย์ ร้อยละ 12.8 ของกลุ่มตัวอย่างขาดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาอื่นๆ ก่อนหน้านี้ในประเทศไทยมีผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 20-38⁹ ผู้เข้าร่วมการศึกษาร้อยละ 20.23 มีประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Prajankett¹⁰ พบผู้ป่วยเอดส์มีการติดเชื้อฉวยโอกาสร้อยละ 19.44 โดยโรคที่พบจะเป็นการติดเชื้อในอวัยวะสำคัญและมีอาการรุนแรงเช่นเดียวกับการศึกษาคั้งนี้คือวัณโรคปอด ปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* pneumonia

การศึกษาความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร First-line therapy เทียบกับ Second-line therapy พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาของบัลลังก์ ปริกษาดิ (2557) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของยาสูตร Second-line therapy ในผู้ป่วยที่ดื้อต่อยาสูตร First-line therapy ณ โรงพยาบาลศิครามิ จังหวัดสุรินทร์ พบว่าการใช้ยาสูตร Second-line therapy มีผลเพิ่มระดับเม็ดเลือดขาว CD4 และไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรงถึงขั้นต้องหยุดยา¹¹ ดังนั้นการใช้ยาสูตร Second-line therapy จึงเหมาะสมในการใช้เฉพาะผู้ป่วยที่เกิดการดื้อหรือไม่สามารถใช้ยาสูตร First-line therapy เท่านั้นเนื่องจากการใช้ยาสูตร Second-line therapy มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า ระดับคุณภาพชีวิตที่ศึกษาคั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของประทีปดวงงาม⁵ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามกลุ่ม แล้วพบว่าคุณภาพทางด้านร่างกายและจิตใจก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวข้างต้นมีความแตกต่างจากการศึกษาคั้งนี้ คือใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปคือ WHOQOL ซึ่งมีความแตกต่างกันในประเด็นข้อคำถาม แต่จากการศึกษาของสุรางค์รัตน์ และคณะ ศึกษาคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง¹² และการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ กอบกาญจน์ ชูปาน ซึ่งทำการศึกษาค้นคว้าชีวิตในผู้ป่วยโรคเอดส์ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดอุบลราชธานี โดย

ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต MOS-HIV ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 71 ± 15.78 ¹³

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเม็ดเลือดขาว CD4 คือ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส คือ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสมานานเกิน 5 ปี จะควบคุมระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ได้ไม่ดี เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสมานานน้อยกว่า 5 ปี อาจเนื่องมาจากความรู้สึกเบื่อหรือความเหนื่อยล้าต่อการกินยาเป็นเวลานาน เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธในการรับประทานยาจะส่งผลให้ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ลดต่ำลงส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกศักดิ์ วงศ์เบ็ง และคณะซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่น้อยกว่า 1 ปี มีผลในเชิงบวกกับการเพิ่มขึ้นของระดับ CD4¹⁵ และการศึกษาของธนินฐา อุดมพานิช พบว่ากลุ่มเด็กโตจะมีวินัยการกินยาที่ลดลงเมื่อกินยาไปเป็นเวลานาน ซึ่งอาจเกิดจากการเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องกินยาเป็นเวลานาน ประกอบกับเด็กโตจะมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ไม่ชอบการบังคับ มีกิจกรรมนอกบ้านมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำลงได้ แต่ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มเด็กโตที่มีผู้ปกครองช่วยเหลือในการกินยาจะมีวินัยในการกินยาที่ดีกว่ากลุ่มเด็กโตที่ต้องรับผิดชอบการกินยาเองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีผู้ดูแลช่วยเหลือและเตรียมยาให้ ทำให้เด็กไม่ลืมกินยา และสามารถเพิ่มความร่วมมือในการกินยาได้¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์นานมากกว่า 5 ปีจะควบคุมระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ให้ได้ตามเป้าหมายต่ำกว่าผู้ที่ได้รับยาน้อยกว่า 5 ปี อาจเกิดจากการได้รับยามานานทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความอ่อนล้า เบื่อหน่ายในการที่ต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน¹⁷ รวมถึงการรับประทานยามานานกลุ่มตัวอย่างอาจคิดว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่ากลุ่มผู้ที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นแล้วจะส่งผลให้การรักษาคั้งนี้ได้ตามเป้าหมายลดลง¹⁸

ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ การศึกษาคั้งนี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ให้ได้ตามเป้าหมายคือ 200 เซลล์/มม³ ซึ่งเป็นระดับที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ต่ำได้แก่ ปัจจัยด้านการผื่นคันกับแพทย์ การศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ที่เคยผื่นคันมีความเสี่ยงต่อการไม่สามารถควบคุมระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ให้ได้ตามเป้าหมายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ผื่นคันประมาณ 3 เท่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบประวัติการผื่นคันกับแพทย์กับความสำเร็จในการรักษาโรคติดเชื้อเอดส์ ดังนั้นความเคร่งครัดต่อการนัดของบุคลากรทางการแพทย์ที่

เกี่ยวข้องจึงสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ ซึ่งควรทำการติดตามผู้ป่วยกลุ่มที่มีประวัติการขาดนัดเป็นกรณีพิเศษและใช้วิธีการต่างๆ เช่นการโทรศัพท์ติดตาม การส่งข้อความ จดหมายเตือน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการรักษาครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาอื่นๆ ในอดีตเช่นประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์แต่การศึกษาก่อนหน้านั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะให้ความร่วมมือต่อการรักษาที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้นจึงตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาที่มากขึ้น¹⁹

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยระดับคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ ได้แก่ การเกาะติดยา (Adherence) ซึ่งสอดคล้องกับเกสรวี ละม้ายสกุล และพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ เนื่องจากการเกาะติดยาสูงทำให้การรักษามีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับเม็ดเลือดขาว CD4 มีผลเพิ่มภูมิคุ้มกันลดโอกาสการติดเชื้อฉวยโอกาส ส่งผลดีต่อภาวะทางสุขภาพกาย²⁰ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Bunjoungmanee ที่พบว่าอายุ และสถานการณ์จ้างงานมีผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย และสถานการณ์จ้างงาน การรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ²¹ และการศึกษาของ Ying Ma ที่พบว่าอายุ ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย และการได้รับความสนับสนุนทางสังคม การมีเครือข่ายทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ซึ่งในแต่ละภูมิภาคอาจมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจที่แตกต่างกัน²²

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้ทุนอุดหนุนการดำเนินการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างภายในโรงพยาบาล ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [Internet]. Fact sheet: 2014 statistics [cited 2015 Sep 7]. Available from: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/>

factsheet.

2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_87903337.pdf
3. ศุภากัลย์ วิโรจน์จริยากร. ผลของการให้บริการของคลินิกรับยาต่อเนื่องโดยเภสัชกรในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ณ สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiaidsociety.org/images/PDF/hiv_guide-line_2557.pdf
4. พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร. 2554.
5. ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี, ปุณณพัฒน์ ไชยเมส. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดตรัง. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2555;3:217-26.
6. สุเทพ รักเมือง, นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล, พรชัย สิทธิศรีธนกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์โรคที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ในเขต 11. วารสารโรคเอดส์ 2551;3:46-57.
7. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการดูแลรักษาจากการรายงานของผู้ป่วยเองในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2003.
8. Thanawuth N, Sinarak S. Medication Adherence among HIV-Infected Patients and Associated Factors in the Era of Universal Access to Antiretroviral Therapy. Songkla Med J 2014;32(1):11-22
9. Chamroonsawasdi K, Insri N, Pitikultang S. Predictive factors of antiretroviral (ARV) drug adherence among people living with HIV/AIDS attending at Taksin Hospital, Bangkok, Thailand. J Med Assoc Thai 2011; 94(7): 775 - 781.
10. Prajankett O. The Related Factors with Adherence to Antiretroviral Therapy in People Living with HIV/AIDS Attending Infectious Division, Department of Medicine, Phramongkutklao Hospital. RTA Med J 2012;65(2):95-102.
11. บัลลังก์ ปรีक्षाติ. ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเอดส์สูตรด้อยในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ดื้อต่อยาต้านไวรัสสูตรพื้น

- ฐานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดสุรินทร์ วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2557;8 (1):121-130.
12. สุรางค์รัตน์ สุรงค์พิตร. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
 13. กอบกาญจน์ ชูปาน. คุณภาพชีวิตรายบุคคลในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ โรงพยาบาลวารินชำราบ. วิทยานิพนธ์ ภ.ม. เกษตรกรรณิณ. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554.
 14. ชูวงศ์ วิชาวเรือง. การเพิ่มความร่วมมือในการให้ยาต้านไวรัสของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วยการให้อุปกรณ์ช่วยจำที่เหมาะสมและให้ความรู้อย่างเคร่งครัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
 15. กนกศักดิ์ วงศ์เป็ง, สุขุม เขียมตม, สุคนธา คงศีล, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, กิตติยา พรหมอ่อน, สิทธิกร รองสำลี. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระดับ CD4 การศึกษาแบบ Cohort ในผู้รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ 2554.161.
 16. ธนิษฐา อุดมพานิช. ระยะเวลาในการกินยากับวินัยในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี ในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2551; 23(3): 258-264.
 17. Tsasis P. Adherence assessment to highly active anti-retroviral therapy. AIDS Patient Care STDS 2001; 15(3): 109 - 15.
 18. Kongsin S, Jiamton S, Wongpeng K, et al. Comparison of adherence of antiretroviral therapy between community hospitals and regional hospitals under the universal coverage. J Health Systems Research 2011; 5(4): 485 - 94.
 19. Stone VE. Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: lessons from research and clinical practice. Clin Infect Dis 2001;33(6) :865-872.
 20. Young J, Psichogiou M, Meyer L, Ayayi S, Grabar S, Raffi F, et al. CD4 cell count and the risk of AIDS or death in HIV-Infected adults on combination antiretroviral therapy with a suppressed viral load: a longitudinal cohort study from COHERE. PLoS Med. 2012;9(3):e1001194. doi: 10.1371/journal.pmed.1001194. Epub 2012 Mar 20.
 21. Bunjongmanee P, Chunloy K, Tangsathapornpong A, Khawcharoenporn T, Apisarnthanarak A. Quality of life assessment among patients living with hiv/aids at a tertiary care hospital in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2014; 45(4):834-42.
 22. Ma Y, Qin X, Chen R, Li N, Chen R, Hu Z. Impact of individual-level social capital on quality of life among aids patients in china. PLoS One 2012; 7(11):1-7.