

การพัฒนาและนำแนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพไปปฏิบัติ  
ในผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลเมืองจະเซ็งเทรา



นางสาวอรวดี บุรณะกุล

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2430-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF MULTIDISCIPLINARY PRACTICE GUIDELINES  
FOR HIV/AIDS OUTPATIENTS AT CHACHOENGSAO HOSPITAL



Miss Orawadee Buranakul

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Pharmacy Program in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy

Faculty of Pharmaceutical Sciences

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-14-2430-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การพัฒนาและนำแนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพไปปฏิบัติในผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

โดย

นางสาว อรวดี บุรณะกุล

สาขาวิชา

เภสัชกรรมคลินิก


อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อภิญญา เหมะจุฑา

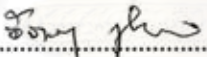
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

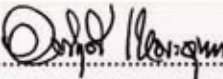
นายแพทย์ พิทักษ์ ไชยกุล

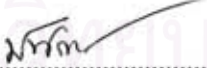
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะเภสัชศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรเพ็ญ เปรมโยธิน)

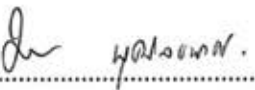
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ อังฉรา อุทิศวรรณกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อภิญญา เหมะจุฑา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(นายแพทย์ พิทักษ์ ไชยกุล)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นารัต เกษตรทัต)

.....กรรมการ  
(เภสัชกร ชัญญกิจ พุฒิเลอพงศ์)

อรวิดี บุรณะกุล : การพัฒนาและนำแนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพไปปฏิบัติในผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา.  
 (DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF MULTIDISCIPLINARY PRACTICE GUIDELINES FOR HIV/AIDS OUTPATIENTS AT CHACHOENSAO HOSPITAL)  
 อ.ที่ปรึกษา: ผศ. อภิญญา เหมะจุฑา, อ.ที่ปรึกษาร่วม : นพ. พิทักษ์ ไชยกุล 181 หน้า. ISBN 974-14-2430-2.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงประจักษ์ผลมีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างแนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (แนวทางปฏิบัติงาน) และนำไปทดลองปฏิบัติในผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทีมประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลผู้ให้การปรึกษา และตัวแทนชมรมผู้ป่วย โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ประสานงานหลักของทีม แนวทางปฏิบัติงานประกอบด้วย การประเมินปัญหาในการรักษา กำหนดแผนการรักษาและติดตามผล ประสานงานและสื่อสารในทีม แล้วประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานและความพึงพอใจ และประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยในด้านความรู้ที่จำเป็น ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ศึกษาในผู้ป่วยโครงการ NAPHA ที่คลินิกของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2549

ผลการศึกษาพบว่า ทีมได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติงานและเสนอวิธีดำเนินการใน 6 ขั้นตอนได้แก่ การดำเนินงาน ทีม การสร้างฐานข้อมูลทีม การประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ (ประเมินระดับเซลล์ซีดีโฟร์ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์) การส่งต่อแพทย์ การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหา นำไปใช้และเก็บข้อมูลประเมินผลในผู้ป่วย 108 ราย ทีมปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานได้ตามดัชนีวัดผลในด้านการประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ และการยืนยันว่าผู้ป่วยผ่านเข้าสู่แนวทางปฏิบัติงาน ทีมพึงพอใจในทุกวิธีดำเนินงานและบทบาทของบุคลากรในทีม การประสานงานทีมเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับประโยชน์และควรดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานต่อไป การประเมินผลต่อผู้ป่วยทุกด้านเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เมื่อสิ้นสุดการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่ประเมินความรู้ที่จำเป็นเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.2 จากร้อยละ 51.9 เปรียบเทียบกับก่อนเริ่มการศึกษา ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในการติดตามครั้งที่ 1 ร้อยละ 25.9 ลดลงเป็นร้อยละ 10.4 ในการติดตามครั้งที่ 3 ทีมพบอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ 15 ปัญหาในผู้ป่วย 9 ราย ทุกรายได้รับการแก้ไขและเฝ้าระวัง ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างการศึกษา 2 รายจาก PCP และ Cryptococcosis และพบปัญหาจากการใช้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 38 ปัญหาในผู้ป่วย 35 ราย ทุกรายได้รับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับทั้ง 3 ด้านคือ คุณภาพของการดูแลรักษา ผู้ให้การดูแลรักษา และด้านเวลา/สถานที่/ การรับยา ผลการศึกษาแสดงว่าแนวทางปฏิบัติงานที่สร้างขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และทำให้คุณภาพการใช้ยาและการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามแนวทางปฏิบัติงานที่สร้างขึ้นเป็นเพียงความต้องการขั้นต่ำที่ควรมีในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังสามารถพัฒนาหน้าที่และบทบาทของสมาชิกในทีม เพิ่มสมาชิกในทีมจากผู้ดูแลรักษาในสาขาอื่น เพื่อสร้างเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบทีมได้อีกต่อไปในอนาคต

ภาควิชา.....เภสัชกรรม.....ลายมือชื่อนิติ.....  
 สาขาวิชา.....เภสัชกรรมคลินิก.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
 ปีการศึกษา.....2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 4776618233 : MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEY WORD: HIV / MULTIDISCIPLINARY / GUIDELINES / CARE / AIDS / PHARMACIST

ORAWADEE BURANAKUL: DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF MULTIDICIPLINARY PRACTICE GUIDELINES FOR HIV/AIDS OUTPATIENTS AT CHACHOENSAO HOSPITAL.

THESIS ADVISOR: ASST. PROF. APHIRUDEE HEMACHUDHA, THESIS COADVISOR : PITAK CHAIKUL, MD. 181 pp. ISBN 974-14-2430-2.

The objectives of this research were to develop the multidisciplinary practice guidelines for HIV/AIDS outpatients as coordinated by a pharmacist as well as to evaluate the compliance in using the guidelines and degree of success after being implemented. The guidelines included 3 major steps in the patient care process: assessment of problems, care plan development, and follow-up evaluation. Evaluation of the compliance and attitude to the guidelines was conducted among team members who consisted of 1 physician, 1 counselor nurse, and 1 pharmacist. Outcome was evaluated based on the following criteria: need-to-know facts of HIV therapy, adherence, adverse drug reactions (ADRs), opportunistic infection (OI) and patient's satisfaction. The study was conducted at outpatient HIV clinic at Chachoengsao Hospital between 1 November 2005 and 28 February 2006.

The guideline proposal was agreed among all team members. The guidelines included 9 aspects; team approach, elicitation of the patient data, assessing the patient's clinical status before refilling the antiretroviral drugs, referral to physician, OI monitoring, ADRs monitoring, assessing and motivation of the patient adherence, and educating and counseling the patients. One hundred and eight patients were enrolled in the study. Team complied to assess the patient's clinical status before refilling the antiretroviral drugs, and confirmed giving patient care by following the guidelines. All team members were satisfied with the implemented guidelines; in particular, the new multidiscipline was highly effective, interaction among team members, benefits of the patients. Therefore, this disciplined approach should be modeled into the future. The score of need-to-know facts of HIV therapy rose to 95.2% at the end of the study as compared to 51.9% at the beginning. Non-adherence rate of the patients was 25.9% in visit 1 and decreased to 10.4% in visit 3. Almost all of the patients adhered to the drug intake schedules. Fifteenth ADRs were detected in 9 patients, all of them were resolved and monitored according to the guidelines. OIs (PCP and cryptococcosis) developed in 2 patients; both were treated and given prophylaxis drugs. Thirty-eight problems of prophylaxis drug used in 35 patients were resolved. Most patients were satisfied with the multidisciplinary approach to the care program in 3 aspects—quality of care, care givers, service time & environment. The result showed this multidisciplinary practice guidelines for HIV/AIDS outpatients can be applied in the real practice. However, this guidelines is only the minimal requirement of HIV/AIDS patient care. Further developed, it can be applicable for use in multiple functions which require roles of several team members to improve standard of multidisciplinary care. This disciplined approach should be a model for the future practice.

Department.....Pharmacy.....Student's signature.....*Orawadee Buranakul*  
Field of study.....Clinical pharmacy.....Advisor's signature.....*Aphirudee Hemachudha*  
Academic year.....2005.....Co-advisor's signature.....*Pitak*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เนื่องด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิฤดี เหมะจุฑา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งให้ความรู้และคำแนะนำที่มีคุณค่าทั้งเชิงวิชาการและการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข นายแพทย์พิทักษ์ ไชยกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งให้คำแนะนำและเป็นທີ່ปรึกษาเชิงวิชาการตลอดการทำวิทยานิพนธ์นี้

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์อัจฉรา อุทิศวรรณกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นารัต เกษตรทัต และเกศัชกรชาญกิจ พุฒิเลอพงส์ ซึ่งเป็นคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณาจารย์ทุกท่านในภาควิชาเภสัชกรรมคลินิกสำหรับการประสิทธิประสาทวิชาและการสนับสนุนต่างๆตลอดการศึกษา

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและเภสัชกรในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราทุกท่าน ทีมงานที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ พยาบาลชนวรรม เกษตรระทัต เกศัชกร โชคชัย เนียมโกคะ เจ้าหน้าที่ในคลินิกเอชไอวีและตัวแทนจากชมรมผู้ป่วยทุกท่าน ซึ่งให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดการดำเนินงานวิจัย

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยสำหรับทุนอุดหนุนในการทำวิจัยนี้

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ที่เลี้ยงดู ให้ความรักและให้การสนับสนุนมาตลอดจนประสบความสำเร็จอีกหนึ่งในชีวิต ขอคุณน้องสาวสำหรับกำลังใจจากต่างแดน ขอขอบคุณครอบครัวปิยะสุนทร พี่น้องและเพื่อนๆทุกคนที่เป็นกำลังใจอย่างดีและสนับสนุนความช่วยเหลือมาโดยตลอด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญรูป .....	ฉ
รายการคำย่อ .....	ฉ
บทที่	
1    บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์.....	3
สมมติฐานของการวิจัย .....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่ได้รับ .....	6
2    เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
การดูแลผู้ป่วยในยุคการใช้ HAART .....	7
ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์.....	8
รูปแบบการดำเนินงานของทีมดูแลรักษา.....	17
การดูแลรักษาแบบทีมลักษณะสหสาขาวิชาชีพ.....	22
3    วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
การเตรียมการก่อนดำเนินงานวิจัย.....	30
การดำเนินการวิจัย.....	35
การวิเคราะห์และอภิปรายผล.....	45
4    ผลการวิจัยและอภิปรายผล .....	47
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	48
ส่วนที่ 2 แนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ.....	57
ส่วนที่ 3 ผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงาน .....	75
ส่วนที่ 4 ผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วย.....	82

บทที่	ช หน้า
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ .....	102
รายการอ้างอิง .....	123
ภาคผนวก .....	133
ภาคผนวก ก ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี .....	134
ภาคผนวก ข ข้อบ่งชี้ต่อการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยรายใหม่ ของโครงการ NAPHA .....	136
ภาคผนวก ค แผ่นพับให้ความรู้ .....	137
ภาคผนวก ง แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย .....	143
ภาคผนวก จ แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีม .....	145
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส .....	148
ภาคผนวก ช แบบประเมินหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส .....	149
ภาคผนวก ซ แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัส .....	151
ภาคผนวก ฌ แบบสอบถามความรู้สำหรับผู้ป่วย .....	152
ภาคผนวก ฎ แบบรายงานปัญหาในการรักษาและการส่งต่อข้อมูล .....	153
ภาคผนวก ฏ แบบประเมิน Naranjo's algorithm .....	154
ภาคผนวก ฐ แบบคัดกรองภาวะซีมเศร้า .....	155
ภาคผนวก ฑ แบบส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ .....	156
ภาคผนวก ท แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ .....	157
ภาคผนวก ฒ แบบประเมินทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน .....	158
ภาคผนวก ณ คำอธิบายการวิจัยและหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย .....	160
ภาคผนวก ด คู่มือการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส .....	162
ภาคผนวก ต คู่มือการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสปฐมภูมิ .....	166
ภาคผนวก ถ คู่มือการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทุติยภูมิ .....	168
ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จาก ยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา .....	170
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	181



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา.....9
2	วิธีการเพิ่มและรักษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย.....14
3	ขั้นตอนหลักในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย.....16
4	รูปแบบการดำเนินงานของทีมดูแลรักษา.....19
5	การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลรักษาในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพ.....23
6	การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย.....27
7	กิจกรรมหลักและวิธีดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯ.....36
8	กิจกรรมย่อยและวิธีดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯทางยา.....37
9	วิธีการเก็บข้อมูล.....42
10	การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน.....46
11	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....49
12	ข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย.....51
13	ข้อมูลการใช้ยาอื่น/สมุนไพร ที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวี.....52
14	ระดับความรุนแรงของโรค.....53
15	ระดับเซลล์ซีดีโฟร์.....53
16	ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส.....55
17	สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในปัจจุบัน.....55
18	ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จนถึงก่อนเริ่มการศึกษา.....56
19	ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ.....75
20	ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อวิธีดำเนินงาน.....80
21	ทัศนคติและความพึงพอใจต่อภาพรวมของแนวทางปฏิบัติงานฯ.....81
22	ร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบไม่ถูกสำหรับคำถามแต่ละข้อ.....83
23	ร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบไม่ถูกและคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจำแนกตามหมวดความรู้.....84
24	ร้อยละของผู้ป่วยที่ประเมินความรู้ที่จำเป็นผ่าน.....86
25	อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้านครบตามตั้ง เมื่อวัด 3 วิธีร่วมกัน.....88
26	ความครบถ้วนของข้อมูลการวัดความร่วมมือในการใช้ยาในการติดตามผู้ป่วย จำแนกตามวิธีการวัด.....89
27	รูปแบบของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย.....91
28	อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ด้านตรงเวลา.....93

ตาราง		ญ หน้า
29	ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์.....	94
30	ผู้ที่ค้นพบอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์.....	96
31	ปัญหาจากการใช้และการหยุดยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส.....	99
32	ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ .....	100



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญรูป

รูป	หน้า
1	ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในระบบเดิม.....39
2	ขั้นตอนการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติงานฯ.....40
3	แผนภูมิการดำเนินงานวิจัย.....41
4	แหล่งที่มาของยาอื่น/สมุนไพร ที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวี.....52
5	แนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ.....58
6	แผนงานการประเมินผลการรักษา ก่อนจ่ายยาต่อ .....65
7	วิธีดำเนินงานการดูแล PPE, skin rash .....66
8	วิธีดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่มี Hgb น้อยกว่าค่าล่างของค่าปกติ .....66
9	ร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านครบตามสั่ง เมื่อวัด 3 วิธีร่วมกัน.....88
10	ร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านครบตามสั่ง จำแนกตามวิธีการวัด.....89
11	ร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านตรงเวลา.....92
12	ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระยะเวลาในการรับบริการ.....101

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการคำย่อ

3TC	=	lamivudine
ABC	=	abacavir
ADR	=	adverse drug reaction
ALT / AST	=	alanine aminotransferase / aspartate aminotransferase
ANC	=	absolute neutrophil count
ARV, ART	=	Antiretroviral, antiretroviral therapy
AZT	=	zidovudine
BS, FBS	=	blood sugar, fasting blood sugar
CBC	=	complete blood count
CD4	=	ระดับเซลล์ซีดีโฟร์
CDC	=	The Center of Disease Control and Prevention
CPK, CK	=	creatinine phosphokinase
d4T	=	stavudine
ddI	=	didanosine
DM	=	diabetes mellitus
DOT	=	Directly observe therapy
DRESS	=	drug rash with eosinophilia and systemic symptoms
EFV	=	efavirenz
g/dL	=	gram per deciliter
HAART	=	Highly Active Antiretroviral Therapy
HBV	=	hepatitis B virus
HCV	=	hepatitis C virus
Hgb	=	hemoglobin
HIV	=	human immunodeficiency virus
HRZE	=	isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol
IDV	=	indinavir
IRS, IRIS	=	Immune reconstitution syndrome, Immune restoration syndrome, Immune restoration inflammatory syndrome
K	=	potassium
LDL-C	=	low density lipoprotein cholesterol

## รายการคำย่อ

LFT	=	liver function test
MAC	=	<i>Mycobacterium avium</i> complex
MCH	=	mean corpuscular hemoglobin
MCV	=	mean corpuscular volume
MEMS cap	=	Medication Event Monitoring cap
mmol/L	=	millimole per liter
MTB	=	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
NAPHA	=	National Access to Antiretroviral Program for People who have AIDS
NNRTIs	=	non-nucleoside analog reverse transcriptase inhibitors
NRTIs	=	nucleoside analog reverse transcriptase inhibitors
NVP	=	nevirapine
OI	=	opportunistic infection
PCP	=	<i>Pneumocystis carinii (jiroveci)</i> pneumonia
PIs	=	protease inhibitors
PPE	=	papular pruritic eruption
RTV	=	ritonavir
Scr	=	serum creatinine
SJS	=	Stevens Johnsons Syndrome
TC	=	total cholesterol
TDF	=	tenofovir
TE	=	Toxoplasmic encephalitis
TEN	=	Toxic Epidermal Necrolysis
TG	=	triglyceride
TMP/SMZ	=	trimethoprim / sulfamethoxazole
U/A	=	urinalysis
USDHHS	=	United States Departments of Health and Human Services
เซลล์/มคล.	=	เซลล์ต่อไมโครลิตร
มก./กก.	=	มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม
มล.	=	มิลลิลิตร

# บทที่ 1

## บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (human immunodeficiency virus - HIV) ซึ่งทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดจากติดเชื้อไวรัส HIV-1 ซึ่งพบระบาดทั่วโลก จากการรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกเมื่อธันวาคม ค.ศ. 2005 โดย UNAIDS/WHO (1) พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 40.3 (36.7 – 45.3) ล้านคน ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประมาณ 7.4 (4.5–11.0) ล้านคน สำหรับประเทศไทย มีการประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในปีพ.ศ. 2549 (2) ดังนี้ ผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,109,000 ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 53,400 ราย คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 600,600 ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการรักษาพยาบาลประมาณ 508,300 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 17,000 ราย

อย่างไรก็ตามแนวโน้มของการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีตที่ผ่านมา ปัจจัยที่สำคัญและชัดเจนที่สุดคือการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพหลายตัวร่วมกัน (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART) เป็นการรักษาที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันซึ่งประสิทธิภาพในการกดระดับเชื้อไวรัสในเลือดให้อยู่ในระดับที่ไม่สามารถวัดได้ รวมทั้งลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (3-7) มีการพัฒนาสูตรยา HAART เรื่อยมา เพื่อให้ได้ยาที่มีประสิทธิภาพเต็มที่ รวมทั้งมีค่าครึ่งชีวิตยาวขึ้น เพื่อให้เกิดความสะดวกในการรับประทานยา ปัจจุบันสามารถใช้ยาเพียงวันละ 1-2 ครั้งได้

แม้สถานการณ์ทั่วไปจะดีขึ้นแต่ปัญหาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ล้มเหลวยังมีพบได้ ส่วนหนึ่งพิสูจน์แล้วว่าปัจจัยสำคัญจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (8) ผลจากการศึกษาถึงอัตราความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์(9-12) พบว่ามีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 50 - 90 เนื่องจากใช้กลวิธีวัดต่างกันไป โดยผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาคือจะสามารถลดระดับไวรัสในเลือด ป้องกันการดื้อยา และทำให้ภูมิคุ้มกันดีขึ้น (13-16) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยามีระดับไวรัสสูงขึ้นมากและเกิดปัญหาเชื้อไวรัสดื้อยาตามมาภายหลัง (9,11,17-20) เป็นผลทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยาจนจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานมากขึ้น และมีค่ารักษาที่แพงขึ้น

Paterson และคณะ ในปีค.ศ. 2000 (21) ศึกษาโดยการสังเกตการณ์ไปข้างหน้าถึงระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยากลับ protease inhibitor (PIs) ต่อผลของระดับไวรัสในเลือด ผลทางภูมิคุ้มกันและผลทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 95 ขึ้นไปพบความล้มเหลวในการลดระดับไวรัสร้อยละ 22 กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 80-94.9 พบความล้มเหลวในการลดระดับไวรัสร้อยละ 61 ขณะที่กลุ่มที่มีความร่วมมือในการ

ใช้ยาต่ำกว่าร้อยละ 80 พบความล้มเหลวในการลดระดับไวรัสถึงร้อยละ 80 เมื่อผลการศึกษานี้เผยแพร่ออกมาจึงเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในเวชปฏิบัติว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ดี หมายถึงต้องมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 จึงจะให้ผลในการลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงผลทางภูมิคุ้มกันและผลทางคลินิก

มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาจำนวนมาก (11,22-25) สามารถสรุป ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้อง 4 ปัจจัย ได้แก่ สุนทรยาที่ได้รับ ตัวผู้ป่วย สังคมและภาวะจิตใจ และปัจจัยจากผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะประเด็นปัจจัยจากสุนทรยาที่ได้รับ มีผลการศึกษาพอสรุปสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ไม่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนี้ (22-29) จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวันมาก เวลาการรับประทานยาที่ถี่หรือไม่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน ยาที่ต้องรับประทานสัมพันธ์กับอาหาร รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งระยะสั้น/ระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นได้

การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยต้องอาศัยวิธีการหรือกิจกรรมที่ช่วยป้องกันหรือลดปัจจัยที่กล่าวมาให้มีน้อยที่สุด ทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง สามารถส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (22-24,28-29) โดยใช้กิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วย การให้การปรึกษาโดยบุคคลากรทางการแพทย์หรือโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอง การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำหรือกล่องใส่ยา การสอนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเอง เป็นต้น

การศึกษาในประเทศไทยในผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เกษักรมีการดำเนินงานบริหารทางเภสัชกรรมในลักษณะของการให้ความรู้ ให้การปรึกษากับผู้ป่วย และการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา (30-35) โดยพบรูปแบบการทำงานร่วมกับทีมดูแลรักษาในลักษณะของการให้คำแนะนำแก่แพทย์เมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วย (30-31, 35) หรือการรับมอบอำนาจจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการจ่ายยาต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยตามขั้นตอนปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ร่วมกัน (34) โดยยังไม่พบการทำงานในลักษณะที่ทีมกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการทำงานร่วมกัน

ในปีพ.ศ.2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (หรือที่รู้จักในนาม NAPHA) โดยใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมเป็นผลให้ราคาถูกลงและขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น โครงการมุ่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของสถานพยาบาลเพื่อรองรับการบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพทั้ง 5 ด้านได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการและผู้ให้การปรึกษา รับผิดชอบบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (8) โดยมีกำหนดบริการ

วัดระดับเซลล์ซีดีโฟร์ทุก 6 เดือนในผู้ป่วยทุกราย และยังไม่มียกยติบสนันบสนุนตรวจการคือยา  
โครงการอยู่ในระยะเตรียมเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนตุลาคมพ.ศ. 2549

การสำรวจการให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้โครงการ  
NAPHA ในปี พ.ศ.2548 (36) พบว่า การปฏิบัติงานของผู้ให้บริการตามบทบาทที่ NAPHA กำหนด  
ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีการทำงานร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิชาชีพขึ้นไป โรงพยาบาลที่สำรวจร้อยละ  
37.76 มีบุคลากรทางการแพทย์ไม่ครบทีมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนั้น  
ยังพบว่าร้อยละ 39.80 เภสัชกรไม่สามารถปฏิบัติงานได้ครบทุกบทบาทที่ NAPHA กำหนด โดยมี  
สาเหตุจากบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดประสบการณ์ การไม่มีข้อมูลการใช้ยาทั้งหมดของผู้ป่วย

จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัย มุ่งพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานในการดูแล  
ผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้ทีมสุขภาพมีแนวทางการปฏิบัติและไปในทิศทางที่  
สอดคล้องกับการแก้ปัญหาที่กล่าวข้างต้น โดยเน้นการดำเนินงานไปที่กิจกรรมซึ่งจำเป็นในการ  
สร้างคุณภาพการใช้ยาที่จ่ายในโครงการ NAPHA ได้แก่การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาด้าน  
ไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้  
โดยมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพด้วยวิธีสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมี  
เป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกัน มีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่พึงพอใจอันเป็น  
โอกาสที่จะช่วยให้เป้าหมายในการรักษาเป็นไปตามความคาดหมาย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. สร้างแนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยนอก  
ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
2. ประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงาน 2 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวทาง  
ปฏิบัติงานที่กำหนดและความพึงพอใจ
3. ประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ที่จำเป็น ความร่วมมือ  
ในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์ โรคติดเชื้อฉวย  
โอกาส และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

### สมมติฐานของการวิจัย

แนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยนอก  
ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สร้างขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติงานได้ในสถานการณ์จริง ด้วยการทำให้  
ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละสาขา มีความเข้าใจตรงกันถึงเป้าหมายของทีมในการดูแลผู้ป่วย และมี  
ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนและนำไปใช้ในการดูแลปัญหาในการรักษาได้ครบทุกประเด็นทั้งด้าน



ความรู้ที่จำเป็น ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ติดตามเฉพาะผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ซึ่งรับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้โครงการ NAPHA จากคลินิกเอชไอวีของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2549

### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การวัดผลของการวิจัยเริ่มในเดือนที่สอง เนื่องจากเดือนแรกเป็นการทดสอบแนวทางปฏิบัติงานในด้านความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานในทีม ขั้นตอนการปฏิบัติงานแบบบันทึกและเครื่องมือที่จัดทำขึ้น ให้มีความเหมาะสมในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาี้วัดผลตามลำดับครั้งในการติดตามผู้ป่วย
2. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย ด้านครบตามสั่งและตรงเวลาได้ข้อมูลแบบย้อนหลัง เนื่องจากคำถามเป็นการระลึกถึงช่วงเดือนที่ผ่านมาและสูตรคำนวณต้องทราบจำนวนยาที่เหลือในนัดครั้งถัดไป

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. องค์ประกอบ/ลักษณะการทำงานของบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ ประชากรตัวอย่าง รวมถึงลักษณะ และจำนวนของปัญหาจากการรักษาที่พบในการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ข้อมูลที่ได้ อาจมีความแตกต่างกันในโรงพยาบาลระดับอื่นๆ
2. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ยังไม่มีวิธีที่เป็นมาตรฐาน โดยด้านครบตามสั่งการวิจัยนี้จึงประเมินด้วย 3 วิธีร่วมกัน วิธีนับเม็ดยาที่เหลือยังไม่เคยมีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระบบเดิม หากผู้ป่วยลืมนำยาที่เหลือมาอาจทำให้ข้อมูลไม่ครบทุกครั้ง ส่วนด้านตรงเวลาเลือกวิธีการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่เกินจากความเป็นจริง

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์** หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ ซึ่งได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และเข้ารับบริการในคลินิกเอชไอวีของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา โดยไม่รวมผู้ป่วยกลุ่มหญิงหลังคลอดและครอบครัวของผู้ติดเชื้อ ในงานวิจัยนี้ใช้แทนด้วยคำว่า ผู้ป่วย
2. **ทีมสหสาขาวิชาชีพ** หมายถึง ทีมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยอายุรแพทย์ เกษัตริศรพยาบาลผู้ให้การศึกษา และตัวแทนจากชมรมผู้ป่วย ใช้แทนด้วยคำว่า ทีม
3. **การดูแลผู้ป่วยในระบบเดิม** หมายถึง ระบบบริการผู้ป่วยนอกโรคเอดส์ ซึ่งผู้ป่วยจะได้พบแพทย์กรณีเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ หลังจากนั้นจะได้รับบริการติดตามผลการรักษาและตั้งยาต่อเนื่องโดยพยาบาลผู้ให้การศึกษา จ่ายยาพร้อมคำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร และมีการปรึกษาแพทย์ด้วยการเขียนบันทึกส่งต่อและส่งผู้ป่วยพบแพทย์ในรายที่มีปัญหาเกิดขึ้นได้แก่ แพ้ยาเกิดอาการข้างเคียงจากยาทุกชนิดยกเว้น ผื่น และกรณีสงสัยว่าเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
4. **แนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ** หมายถึง แนวทางการปฏิบัติงานที่สร้างขึ้นเพื่อทดลองดำเนินงานในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินงานทีมในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) โดยมีเภสัชกรทำหน้าที่ประสานงานและพยาบาลผู้ให้การศึกษาเป็นแกนหลัก ซึ่งสมาชิกทุกคนในทีมมีเป้าหมายและวางแผนในการทำงานร่วมกัน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาได้ ทีมดำเนินการสร้างและเสริมในระบบเดิมให้เข้มแข็งด้วยวิธีการต่อไปนี้ สร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยและการสื่อสารในทีม การประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ การส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ การประเมินและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา การให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ในงานวิจัยนี้ใช้แทนด้วยคำว่า แนวทางปฏิบัติงานฯ
5. **ปัญหาในการรักษา** หมายถึง ปัญหาที่พบในการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเด็นความรู้ที่จำเป็นความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
6. **ความรู้ที่จำเป็น (37-42)** หมายถึง ความรู้ที่ผู้ป่วยทุกรายต้องรู้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในงานวิจัยนี้รวบรวมประเด็นมาจากการทบทวนวรรณกรรม มี 3 ประเด็นได้แก่ เหตุผลที่ต้องรับประทาน HAART อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่อาจเกิดขึ้น ความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

7. **ข้อมูลที่สำคัญ** หมายถึง ข้อมูลที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลทางสังคมและจิตใจ ทักษะคิดในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย และปัญหาในการรักษา
8. **ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ด้านครบตามสั่ง** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 กรณีใช้วิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีนับเม็ดยาที่เหลือ หรือ วิธีการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือ หมายถึง ผู้ป่วยที่มาตามกำหนดรับยาโดยมาช้าไม่เกิน 2 วัน กรณีใช้วิธีวัดการมาตามกำหนดรับยา สูตรการคำนวณเป็นตามวิธีดำเนินงาน A7 (การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์)
9. **ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ด้านตรงเวลา** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอัตราการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตรงเวลา 95-100% โดยคลาดเคลื่อนทั้งก่อนและหลังเวลาที่ควรรับประทานไม่เกินครึ่งชั่วโมง(8) วัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์
10. **อาการไม่พึงประสงค์จากยา** หมายถึง อาการตอบสนองซึ่งเป็นอันตรายและไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าเกิดจากยา (43-44) ในงานวิจัยนี้หมายถึงเฉพาะที่เกิดจากยาต้านไวรัสเอดส์ ดังภาคผนวก ก และประเมินความเป็นไปได้ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดย Naranjo's algorithm

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้แนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อนำไปปฏิบัติจริงและประยุกต์ใช้กับการทำงานในโรงพยาบาลอื่นต่อไป
2. ได้ข้อมูลในการปรับปรุงและกำหนดแนวทางปฏิบัติงานฯดำเนินงานในอนาคต เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
3. ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เมื่อได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### การดูแลผู้ป่วยในยุคการใช้ HAART

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (45) ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนตั้งแต่พ.ศ.2527 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2549 รวมทั้งสิ้น 287,231 ราย และมีผู้เสียชีวิต 81,176 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ยังคงรับยาต้านไวรัสเอดส์จากโครงการ NAPHA ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2548 จำนวน 72,312 ราย (46) แสดงว่าน่าจะมีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 4 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในเดือนตุลาคม พ.ศ.2548 โครงการ NAPHA ได้เตรียมการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีความมุ่งหวังเพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าถึงผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับยามากขึ้น และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรับยาอย่างสม่ำเสมอสามารถรักษาด้วยสูตรยาดังกล่าวได้นานที่สุด โครงการนี้มีมาตรการที่เหมาะสมในการเปลี่ยนสูตรยาหรือประเมินการคือยา แต่ทั้งนี้จะต้องมีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย ความร่วมมือของญาติและชุมชนด้วยจึงจะสัมฤทธิ์ผล

แนวโน้มของการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีตที่ผ่านมา (2) โดยมีผลมาจากหลายปัจจัย (47) ได้แก่ การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ดีขึ้น บุคลากรทางการแพทย์มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบเฉพาะรายมากขึ้น การเข้าถึงระบบการรักษาและการลดลงของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จากความพยายามในการป้องกันการติดเชื้อ แต่ปัจจัยที่สำคัญและชัดเจนที่สุดคือ การเพิ่มขึ้นของการใช้ HAART ในการควบคุมโรคอย่างแพร่หลายทั่วโลก

Nuesch R. และคณะ ในปีค.ศ.2002 (4) ศึกษาผลกระทบของ HAART ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 262 ราย หลังจากที่มีการใช้ HAART พบว่า จำนวนการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 13.2 เป็นร้อยละ 6.5 รวมทั้งจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดลงจาก 16 วันเป็น 11 วัน และจำนวนการเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีลดลงจากร้อยละ 54.5 เป็นร้อยละ 47.6 ซึ่งสอดคล้องกับ Palella F.J.และคณะ (48) ที่รายงานจำนวนการเจ็บป่วยและการตายที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีลดลงหลังจากที่มีการใช้ HAART ขณะที่ Bartlett J.A.และคณะ (3) รายงาน

ประสิทธิผลของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่มียาสามตัวร่วมกัน จากข้อมูลการศึกษาทางคลินิก 23 รายงาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับไวรัสในพลาสมาน้อยกว่า 400 ตัว/มล.ที่ 24 สัปดาห์มีประมาณร้อยละ 64 (95% CI 60-67%) และมีระดับเซลล์ซีดีโฟร์ (CD4) เพิ่มขึ้นในทุกการศึกษาที่ 24 และ 48 สัปดาห์ เฉลี่ยจาก  $123 \times 10^6$  ตัว/ลิตร เป็น  $160 \times 10^6$  ตัว/ลิตร ซึ่งไม่แตกต่างกันในกลุ่มยาต่างๆ

การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ HAART นั้นเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากแบบฉุกเฉินมาสู่การดูแลแบบระยะยาวแทน เนื่องจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย HAART ไม่ดีพอ ด้วยเหตุผลหลายประการเช่น ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์/พิษจากยา ปฏิกริยาระหว่างยา รวมทั้งการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ ผลงานวิจัย (49) ระบุว่า หลังเริ่มโครงการ NAPHA ในปีพ.ศ.2543 พบการเปลี่ยนแปลงอัตราการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์จากในปีพ.ศ.2542 ซึ่งมีร้อยละ 12.14 เป็นร้อยละ 10.23 ร้อยละ 86.96 และร้อยละ 57.55 ในปีพ.ศ. 2544 - 2546 ตามลำดับ ในสหรัฐอเมริกา (50-51) พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ พบไวรัสดื้อยาเกิดขึ้นอย่างน้อยเกิดกับหนึ่งตัวยาในสูตรยาที่ได้รับอยู่ เมื่อเกิดเชื้อดื้อยาขึ้นทำให้ยากต่อการควบคุมการเพิ่มจำนวนของไวรัสในร่างกาย และการดื้อยาในแต่ละกลุ่มยายังมีกลไกแตกต่างกันไป

ส่วนอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์พบได้บ่อยมาก มีรายงานถึงประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้ HAART (52) และเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้ (29,53-54) นอกจากนี้ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อาจมีโรคร่วมอื่นระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (55-56) ซึ่งยาในการรักษาโรคร่วมเหล่านั้นส่งผลให้เกิดปฏิกริยาระหว่างยาได้มากมาย ตัวอย่างเช่น ยารักษาการติดเชื้อ Mycobacterium เช่น rifampicin หรือยารักษาเชื้อราในกลุ่ม azole เช่น ketoconazole เป็นต้น ซึ่งปฏิกริยาระหว่างยาเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิผลการรักษาด้วย HAART ได้

### ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดทั้งการดื้อยาและความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์นั่นคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอันเป็นประเด็นสำคัญมากในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การศึกษาของ Paterson และคณะ ในปีค.ศ. 2000 (21) พิสูจน์แล้วว่าระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อทั้งด้านระดับไวรัสในเลือด ผลทางภูมิคุ้มกันและผลทางคลินิก เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นอีกมากที่สนับสนุนผลสรุปดังกล่าว (14-15, 57) ผู้ป่วยที่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่ร้อยละ 70-89 หรือ มีการพลาดนัดหมายรับยาของคลินิกในเดือนที่ผ่านมา ยังพบว่ามีส่วนทำให้เกิดไวรัสดื้อยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (17) จึงเป็น

ที่ยอมรับโดยทั่วไปในเวชปฏิบัติว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์นั้น ต้องมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 จะเห็นว่า ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จำเป็นต้องมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องสร้างความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าโรคทั่วไป เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิตเพื่อให้จำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายอยู่ในปริมาณที่ต่ำมากที่สุดและต่ำในเวลานานที่สุด ช่วยให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันดีขึ้น (CD4 เพิ่มขึ้น) เป็นระยะเวลานาน โดยไม่ต้องเปลี่ยนการรักษา

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า (11,22-29,39,58-61) ปัจจัยหลักที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ ปัจจัยจากสูตรยาในการรักษา ปัจจัยทางภาวะสังคมและสภาพจิตใจ ปัจจัยจากตัวบุคคล และปัจจัยจากผู้ดูแลรักษา สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจัย	ตัวอย่าง	ผล
<b>ปัจจัยจากสูตรยาในการรักษา</b>		
ความซับซ้อนของสูตรยา *	• สูตรยายุ่งยาก มียาหลายเม็ด หลายตัวยา	-
เวลารับประทานยาตรงความต้องการ/ สะดวก *	• เวลารับประทานยาเหมาะกับกิจวัตรประจำวัน • รับประทานพร้อมอาหารได้ • มีคำอธิบายที่ถ่องแท้ • มีเครื่องเตือนเวลา	+ + +
การจดจำข้อมูล / ขาดความรู้ *	• สัม ไม่มีสมาธิ ข้อมูลไม่เพียงพอ ขาดความรู้	-
อาการไม่พึงประสงค์จากยา *	• เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	-
<b>ปัจจัยทางภาวะสังคมและสภาพจิตใจ</b>		
สุขภาพจิต / การใช้สารเสพติด ดื่มสุรา *	• ซึมเศร้า หมดหวัง กังวล ใช้ยาเสพติด ดื่มสุรา	-
ทัศนคติต่อยาและการรักษา *	• ทัศนคติบวกต่ออนาคต มีการวางแผนระยะยาว	+
ทัศนคติต่อโรคติดเชื้อเอชไอวี	• กลัวยา ไม่มั่นใจ ไม่เชื่อใจต่อการรักษา • คิดแต่ด้านเลวร้ายของโรค ขავที่นำกลัว การตายของผู้อื่น	- -

#### หมายเหตุ

- \* หมายถึง ผลการศึกษาพบว่ามีความสำคัญทางสถิติ
- + หมายถึง ส่งผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา
- หมายถึง ส่งผลลบต่อความร่วมมือในการใช้ยา

## ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (ต่อ)

ปัจจัย	ตัวอย่าง	ผล
<b>ปัจจัยทางภาวะสังคมและสภาพจิตใจ</b>		
สถานะในสังคม *	• ขาดการสนับสนุนทางสังคม ไม่มั่นใจ กลัวโลกภายนอก	-
การช่วยเหลือ สนับสนุน *	• ช่วยเหลือการรักษา ได้รับการดูแล กระตุ้นให้กำลังใจ	+
<b>ปัจจัยจากตัวบุคคล</b>		
ภาวะทางคลินิก*	• การเข้ารักษาในโรงพยาบาล	-
	• ความรุนแรงโรค การประเมินภาวะสุขภาพ	-
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม *	• ระดับการศึกษาต่ำ	-
	• รายได้ต่ำ	-
	• ที่อยู่อาศัยไม่ถาวร	-
เพศ เชื้อชาติ อายุ *		ไม่สัมพันธ์
การใช้สารเสพติด *		ไม่สัมพันธ์
<b>ปัจจัยจากการดูแลรักษา / สถาบัน</b>		
การเข้าถึงยาและบริการ *	• เข้าถึงยาและบริการได้ง่าย	+
บริการดูแลรักษา *	• ขาดบริการดูแลต่างๆ	-

**หมายเหตุ** \* หมายถึง ผลการศึกษาพบว่ามีความสำคัญทางสถิติ  
 + หมายถึง ส่งผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา  
 - หมายถึง ส่งผลลดต่อความร่วมมือในการใช้ยา

### การวัดความร่วมมือในการใช้ยา

การวัดความร่วมมือในการใช้ยามีหลายวิธีซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียต่างกันไป ในปัจจุบันยังไม่มีการกำหนดว่าวิธีใดเป็นวิธีมาตรฐานหรือดีที่สุด แต่สิ่งสำคัญคือต้องให้การวัดหลายวิธีร่วมกันเพื่อยืนยันผลความร่วมมือในการใช้ยา (62-63) ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยควรเลือกวิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อช่วยให้ผลการประเมินใกล้เคียงความจริงที่สุด และควรทำการประเมินทุกครั้งที่ทำการติดตามผู้ป่วยทั้งกรณีเริ่มยาและตลอดการรักษา (28,38) เนื่องจากพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (29,64) และระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่เป็นค่าเฉลี่ยจะให้ผลที่ถูกต้องกว่าการประเมินเพียงครั้งเดียว (38)

วิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่พบในการศึกษาต่างๆ (22,24,38-39,62-63) พอสรุปได้ดังนี้

1. การนับปริมาณยาที่เหลือ (Pill counts)

เป็นการนับเม็ดยาที่เหลืออยู่จริง โดยการนับเม็ดยาเมื่อไม่ประกาศให้ผู้ป่วยทราบก่อนล่วงหน้า จะให้ความแม่นยำกว่าเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประมาณการและทิ้งเม็ดยาไปก่อนการวัด อาจมีปัญหาคากรณีที่ผู้ป่วยแบ่งยาให้ผู้อื่นจะทำให้การนับเม็ดยาที่เหลือคลาดเคลื่อนจากความจริง หรือหากผู้ป่วยขาดความเข้าใจอาจไม่นำยามาให้ประเมินหรือไม่ร่วมมือได้

ตัวอย่างสูตรการคำนวณ (63)

อัตราความร่วมมือในการใช้ยา

$$= \frac{[(\text{จำนวนเม็ดยาที่มีเริ่มต้น} + \text{จำนวนเม็ดยาที่รับเพิ่ม}) - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}]}{[\text{จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน} \times \text{จำนวนวันที่มาติดตามผล}]} \times 100$$

ข้อดี - สะดวกรวดเร็วและประหยัด

- สามารถตรวจสอบได้ว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับกลับไปมีการเก็บยาอย่างถูกต้องหรือไม่ ยาที่นำกลับมามีการเปลี่ยนแปลงหรือเสื่อมสภาพเพียงใด

ข้อเสีย - เสียเวลา

- ผลการวัดความร่วมมือนั้นไม่อาจยืนยันว่าผู้ป่วยใช้ยาอย่างแท้จริง ผู้ป่วยบางรายอาจเตรียมการนับยามาก่อนพบบุคลากรทางการแพทย์และทิ้งเม็ดยาได้ ผลจึงมีแนวโน้มเกินความเป็นจริง

- อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกจับผิดจนเกิดความสัมพันธ์ที่ไม่ดีได้

- ถ้าผู้ป่วยไม่นำยามาก็ไม่สามารถประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยได้

2. การรายงานผลด้วยตนเอง (Patient self-report)

เป็นการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาคด้วยการซักถามผู้ป่วยถึงการรับประทานยาที่ผ่านมา มักถามในช่วงเวลาย้อนหลังระยะสั้นประมาณ 1 วัน 3 วัน หรือ 1 สัปดาห์ และอาจถามย้อนหลังระยะยาวประมาณ 1 เดือน (65)

ข้อดี - สะดวกในการวัดความร่วมมือของผู้ป่วย

- ประหยัดและมีความสัมพันธ์กับระดับไวรัส

(ผลจากผู้ป่วยที่รายงานว่าไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะแม่นยำกว่าผลจากผู้ป่วยที่รายงานว่าร่วมมือ)

ข้อเสีย - ขาดความแม่นยำ และผลการประเมินที่ได้ไม่น่าเชื่อถือ

- ผู้ป่วยมักตอบสิ่งที่คิดว่าผู้ดูแลอยากได้ยิน



การดำเนินการวัดด้วยวิธีการรายงานผลด้วยตนเองนี้สามารถทำได้หลายวิธี เช่น

### 2.1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์

เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก ซึ่งการตั้งคำถามจะเน้นคำถามเชิงปริมาณควบคู่กับการถามคำถามเชิงคุณภาพ การถามคำถามเชิงปริมาณ คือการถามคำถามเพื่อวัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเลื่อนหรือขาดการใช้ยา ตัวเลขที่ได้สามารถนำมาคำนวณหาร้อยละของความร่วมมือการใช้ยาได้ ส่วนการถามคำถามเชิงคุณภาพ คือการถามเพื่อตรวจสอบสาเหตุหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วส่งผลกระทบต่อการใช้ยา การตั้งคำถามลักษณะดังกล่าวสามารถทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผู้ป่วยยิ่งขึ้น และสามารถดำเนินกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีขึ้นในที่สุด แต่ควรใช้คำถามที่ฟังแล้วไม่ตัดสินว่าผู้ป่วยทำดีหรือไม่ดี

### 2.2 การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม

วิธีนี้ใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีเวลาว่างเพียงพอ และผู้ป่วยรายนั้นสามารถอ่านหนังสือได้และมีสายตาที่ดี

### 2.3 การให้ผู้ป่วยบันทึกเวลาการใช้ยา

โดยจัดทำตารางบันทึกเวลาใช้ยา (medication record card) เมื่อผู้ป่วยใช้ยาตัวใดก็ลงเวลาที่รับประทานในช่องที่กำหนดตามความเป็นจริง

- ข้อดี - ช่วยให้ผู้ป่วยจดจำเวลาที่ใช้ยาได้อย่างแม่นยำ
- ช่วยตรวจสอบว่าตอบข้อมูลเป็นจริงหรือไม่ โดยอาจพิจารณาจากการตอบข้อมูลของผู้ป่วยเช่น ถ้าผู้ป่วยลงเวลาใช้ยาทุกๆ วันเป็นเวลาเดียวกันก็พอจะสรุปเบื้องต้นว่าผู้ป่วยไม่ได้ตอบข้อมูลตามจริง
- ข้อเสีย - ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สะดวกที่จะลงรายละเอียดทุกๆ วัน
- ผู้ป่วยที่สายตาไม่ดีหรือผู้ป่วยที่มีการรับรู้ที่ไม่ดีก็ไม่สามารถลงรายละเอียดได้
- วิธีนี้หากใช้กับผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลานาน ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการลงข้อมูลได้

### 3. การมาตามกำหนดรับยา (Pharmacy refill tracking)

การมารับยาที่หน่วยเภสัชกรรม ระบุถึงปริมาณยาที่ได้รับในครั้งที่ผ่านมาเทียบกับระยะเวลาที่มารับยาเพิ่มได้ จะเป็นประโยชน์มากหากผู้ป่วยรับยาจากแหล่งเดียว ซึ่งผู้ดูแลรักษาควรสอบถามข้อมูลแหล่งรับยาอื่นของผู้ป่วยว่ามีหรือไม่

- ข้อดี - เภสัชกรสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้และการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา
- ระยะเวลาที่มารับยาสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
- สามารถใช้ร่วมกับวิธีการรายงานผลด้วยตนเอง

- ข้อเสีย - ไม่ควรใช้วิธีนี้เพียงวิธีเดียว เนื่องจากผู้ป่วยอาจรับยามากกว่า 1 แห่ง อาจ ยืมยาหรือให้ยาผู้อื่น หรือผู้ป่วยเลิกรับประทานยา
- การรับยาไม่สามารถบอกถึงการใช้จ่ายตามความเป็นจริงของผู้ป่วย
4. การให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า (Directly observed therapy : DOT)
- ข้อดี - สามารถประเมินได้ว่า ผู้ป่วยมีการรับประทานยาจริง
- ข้อเสีย - ไม่สะดวกต่อผู้ป่วยซึ่งได้ดื่มน้ำยาที่มีการใช้ยาวันละหลายครั้ง เพราะผู้ป่วย ต้องเดินทางมายังที่ รับประทาน
- สิ้นเปลืองบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้ยาผู้ป่วย หรือต้องออกไปตามผู้ป่วยในกรณีที่ ผู้ป่วยไม่มารับประทานยา
5. เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์
- เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ในการติดตามผลการใช้ยา เช่น MEMS cap (Medication Event Monitoring cap) เป็นขวดยาบรรจุอิเล็กทรอนิกส์ที่ทำการบันทึกวันและเวลาที่เปิดขวดยา
- ข้อดี - มีความสัมพันธ์มากที่สุดต่อระดับไวรัส
- ได้รายละเอียดของความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น
- ข้อเสีย - ราคาแพง
- ให้ผลล้นเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยเก็บยาหลายตัวในขวด หรือยาสำหรับวันนั้นถูก นำออกมาพร้อมกันในเวลาเดียว
  - ผู้ป่วยต้องพกขวดยา และไม่สามารถใช้กล่องแบ่งยาได้
6. การตรวจวัดระดับยาในเลือด (Therapeutic drug monitoring)
- ข้อดี - เป็นรูปธรรมและใช้หลักทางวิทยาศาสตร์มากที่สุด
- ข้อเสีย - ผลที่ได้บอกแค่การใช้ยาในระยะใกล้ๆ แต่ไม่สามารถยืนยันถึงความร่วมมือใน การใช้ยาของผู้ป่วยที่ถูกต้องในด้านความตรงเวลา หรือ ทานต่อเนื่องทุกวัน ได้
- ราคาแพงและมีความจำเพาะของการตรวจวัดสำหรับยาแต่ละตัว
7. การตรวจวัดระดับไวรัสในพลาสมา (viral load assay)
- การวัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีนี้มีสมมติฐานว่า หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการ ใช้ยาดีการรักษาก็จะสัมฤทธิ์ผล ดังนั้นเมื่อวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดก็น่าจะวัดไม่พบ
- ข้อดี - สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
- ข้อเสีย - ราคาแพง และมีปัจจัยอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อค่า viral load เช่น ผู้ป่วยอาจได้รับ เชื้อที่ดื้อยาตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา จึงให้ผลการรักษาไม่ดีทำให้ระดับไวรัสใน

พลาสมามาก (ผู้ที่เกิดความล้มเหลวในการกดระดับไวรัสอาจไม่ได้เป็นผู้ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาเสมอไป)

- อาจเกิดความผิดพลาดจากการวัดระดับไวรัสในพลาสมาเช่น ผู้ป่วยเกิดภาวะเจ็บป่วยระหว่างตรวจวัด หรือตรวจวัดด้วยเครื่องมือต่างชนิดกัน เป็นต้น

#### 8. การประมาณจากผู้ดูแลรักษา (Provider estimation)

เป็นวิธีวัดที่ให้ความสัมพันธ์น้อยที่สุดกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย(24,62) และไม่ควรใช้วิธีนี้ประเมินตลอดช่วงเวลาของการรักษา (38)

### วิธีการเพิ่มและรักษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

วิธีการต่างๆ ในการปรับปรุงและเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย(11,38,66-67) สรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิธีการเพิ่มและรักษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

วิธีการ	ตัวอย่าง
<b>ด้านตัวผู้ป่วย</b>	
วางแผนการรักษาและสูตรยาที่ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ ให้ครอบครัว เพื่อน ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม	ปรับยาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน เป็นที่ปรึกษา และมีกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน เยี่ยมบ้าน โทรศัพท์สอบถาม
ใช้เครื่องช่วยเตือนความจำ	ใช้นาฬิกาหรือโทรศัพท์มือถือตั้งเวลา เครื่อง เตือนข้อความ ตารางบันทึกเวลา ยา กล่องใส่ยา
วางแผนล่วงหน้า	จัดเตรียมยาสำรองบางส่วนไว้ในสถานที่หลักของ กิจกรรมประจำวัน และคอยเติมยาเสมอ
ให้การสัมภาษณ์ที่ผ่านมาเป็นบทเรียนในการป้องกัน	วางยาไว้ในที่เห็นชัดเจน หรือพกยาบางส่วนไว้ใน กระเป๋าถือ
เผื่อระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง	ผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ หรือใช้สาร เสพติด มีปัญหาสุขภาพจิต
<b>ด้านผู้ดูแลรักษา/ทีมดูแลรักษา</b>	
ให้ความรู้ผู้ป่วย	ให้ความรู้ที่ชัดเจนเรื่อง โรค เป้าหมายการรักษา สูตรยาที่ใช้รักษา ผลของอาหารดื้อยา และ อาการไม่พึงประสงค์จากยา

## ตารางที่ 2 วิธีการเพิ่มและรักษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (ต่อ)

วิธีการ	ตัวอย่าง
<b>ด้านผู้ดูแลรักษา/ทีมดูแลรักษา</b>	
ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา	ประเมินทุกครั้งที่พบผู้ป่วย และสอบถามถึงปัญหาในช่วงวันหยุด
ทำงานร่วมกับสมาชิกในทีมทุกสาขา	จัดบริการต่างๆร่วมกัน หาวิธีการประสานงาน
พิจารณาผลกระทบของโรค/อาการอื่นที่พบใหม่ ต่อความร่วมมือในการใช้ยา	ปรับปรุงวิธีการจัดการกับปัญหา
จัดการประชุมอบรม	อบรมความรู้ใหม่ๆด้านความร่วมมือในการใช้ยา ให้สมาชิกในทีม และกระตุ้นผู้ป่วยด้วยทีม
ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยา	ให้การส่งเสริมมากขึ้นเมื่อไม่ร่วมมือในการใช้ยา
ให้ความรู้อาสาสมัครหรือตัวแทนจากชุมชน	ให้ความรู้และชี้ให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือในการใช้ยา
<b>ด้านสูตรยาที่ใช้</b>	
หลีกเลี่ยงปฏิกริยาระหว่างยา	พิจารณาโรคร่วมอื่นๆที่ผู้ป่วยเป็น และการใช้ยาจากแหล่งอื่น
ปรับสูตรยาให้ใช้ง่ายและสะดวก	ลดความถี่ในการใช้ยา ลดจำนวนเม็ดยา และเลือกยาที่ไม่ต้องรับประทานสัมพันธ์กับอาหาร
ให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องอาการ ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น	ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและจัดการแก้ไขปัญหามือเบื้องต้น

### กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขแต่ละสาขาวิชาชีพมีความรับผิดชอบแตกต่างกันตามความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการปฏิบัติงานของตน ซึ่งจำแนกได้ดังนี้ (68)

1. การให้การรักษาด้านการแพทย์ (medical care) เป็นความรับผิดชอบของแพทย์
2. การให้การพยาบาล (nursing care) เป็นความรับผิดชอบของพยาบาล
3. การให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) เป็นความรับผิดชอบของเภสัชกร
4. การให้การดูแลรักษาอื่นๆ (other health care) เป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ เช่น นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก (69) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3      ขั้นตอนหลักในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

ขั้นตอน	กิจกรรม	ความรับผิดชอบ
การประเมิน	พบผู้ป่วย	สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลรักษา
	สร้างฐานข้อมูลจากผู้ป่วย	พิจารณาข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทั้งข้อมูลทั่วไป ประวัติการใช้ยา และข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ
	สร้างการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	พิจารณาการใช้ยาในด้านข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความร่วมมือในการใช้ยา และค้นหาปัญหาจากการใช้ยา
วางแผนการรักษา	ตั้งเป้าหมายของการรักษา	กำหนดตัววัดผลและระยะเวลาในการวัดผล
	เลือกวิธีการที่เหมาะสม สำหรับ	- พิจารณาทางเลือกในการรักษา
	- แก้ไขปัญหาจากการใช้ยา	- เลือกการรักษา/ยา ที่เหมาะกับภาวะผู้ป่วย
	- บรรลุเป้าหมายการรักษา	- พิจารณาการรักษาโดยไม่ใช้ยา
- ป้องกันปัญหาจากการใช้ยา	- ให้ความรู้ผู้ป่วย	
นัดหมายตารางการติดตามผล	สร้างตารางเวลาที่เหมาะสมทั้งด้านการรักษาและความสะดวกของผู้ป่วย	
ติดตามผลการรักษา	เก็บผลการรักษาทางคลินิกและผลทางห้องปฏิบัติการ แล้วเปรียบเทียบกับเป้าหมายการรักษา เพื่อพิจารณาประสิทธิผลของการรักษา	ประเมินประสิทธิผลของการรักษาด้วยยา
	เก็บผลการรักษาทางคลินิกและผลทางห้องปฏิบัติการ เหนือการไม่พึงประสงค์ เพื่อพิจารณาความปลอดภัย	ประเมินความปลอดภัยของการรักษาด้วยยา และพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
	บันทึกสภาวะทางคลินิกและการเปลี่ยนแปลงที่ต้องใช้ยา	ตัดสินใจให้ยาเพิ่ม โดยติดตามสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย
	ประเมินปัญหาจากการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยได้รับยาใหม่เพิ่มเข้ามา	ระบุปัญหาจากการใช้ยาที่เพิ่มเข้ามาและสาเหตุที่ทำให้เกิด
	นัดหมายตารางการติดตามผลในครั้งต่อไป	ให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

## รูปแบบการดำเนินงานของทีมดูแลรักษา

ในระบบการดูแลรักษาของประเทศตะวันตก ได้จัดรูปแบบการดำเนินงานของทีมดูแลรักษา โดยแบ่งได้ 7 รูปแบบ (70) และมีลักษณะดังนี้

### 1. Parallel

ปฏิบัติงานการดูแลรักษาในสาขาของตน ไม่พึ่งพาคือบุคลากรอื่น โดยแต่ละบุคคลรับผิดชอบต่องานของตนภายใต้ขอบเขตการทำงานอย่างเป็นทางการ

### 2. Consultative

มีการให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจากสาขาหนึ่งไปยังสาขาอื่น อาจสื่อสารด้วยตัวบุคคลโดยตรง แต่มักใช้การเขียนจดหมายอย่างเป็นทางการหรือบันทึกการส่งต่อ

### 3. Collaborative

ผู้ปฏิบัติงานทำงานตามสาขาของตน มีการใช้และแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยบางราย ซึ่งแต่ละสาขาคงให้การดูแลอยู่ การทำงานร่วมกันวิธีนี้ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าและมักเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นบางกรณีไป

### 4. Coordinated

มีโครงสร้างการบริหารจัดการอย่างเป็นทางการ ต้องการการสื่อสารและมีการใช้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกคนอื่นในทีม เพื่อให้การรักษาโรคเฉพาะหรือเพื่อรับการรักษาพิเศษ โดยมีผู้ประสานงาน (case coordinator) หรือผู้จัดการ (case manager) รับผิดชอบในการยืนยันว่าได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย

### 5. Multidisciplinary

มีลักษณะการทำงานเป็นทีม บริหารทีมโดยผู้นำทีมทำหน้าที่วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีสมาชิก 1-2 คนในทีมที่ควบคุมการให้บริการ ประสานงานกับสมาชิกในทีมซึ่งอาจมาหรือไม่มาในครั้งนั้น สมาชิกแต่ละคนในทีมมีการตัดสินใจและคำแนะนำของตนเอง ซึ่งผู้นำทีมจะรวมเข้าเป็นการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีการสื่อสารที่ได้รับออกมาอย่างชัดเจนและเป็นทางการ

### 6. Interdisciplinary

เกิดขึ้นต่อจาก multidisciplinary โดยผู้ปฏิบัติงานในทีมสร้างการตัดสินใจของกลุ่ม โดยมีพื้นฐานอยู่ในรูปของมติดกลงร่วมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย มีการประชุมนัดหมายเป็นประจำ

### 7. Integrative

ประกอบด้วยการผสมผสานของการทำงานของ interdisciplinary อย่างไม่มีลำดับชั้น ของทั้งการแพทย์ปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งให้การสนับสนุน การตัดสินใจและการดูแลรักษาโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างต่อเนื่อง โดยยึดถือคุณค่าหลักในแต่ละรายบุคคล โดยมีทั้งเป้าหมายในการรักษาของคร่ำรวมของตัวบุคคล การช่วยบรรเทาคุณลักษณะของแต่ละรายบุคคล รวมถึงส่งเสริมสุขภาพและการอยู่ดี เป็นการร่วมงานกันแบบ interdisciplinary โดยมีการสร้างมติดกลงร่วม ความเคารพและมีวิสัยทัศน์ร่วมกันในการดูแลรักษา ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในความรู้เฉพาะทางและทักษะในแบบแผนการรักษาที่ทำร่วมกัน

กรอบแนวความคิดการทำงานที่แสดงไว้นี้ เป็นเพียงอีกขั้นหนึ่งในการเปรียบเทียบรูปแบบต่างๆ ของการปฏิบัติงานเป็นทีม ไม่ได้เป็นการแบ่งแยกประเภทอย่างตายตัว สิ่งที่สำคัญคือความเชื่อมโยงรูปแบบการปฏิบัติกับความต้องการของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น หากมีผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) รูปแบบการปฏิบัติที่มีประโยชน์มากที่สุดควรมีการประเมินและให้การแก้ไขที่รวดเร็ว นั่นคือ แต่ละสาขาปฏิบัติงานตามหน้าที่ของตนในการดูแลผู้ป่วย ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยเป็นโรคที่ซับซ้อนหรือมีสภาวะเรื้อรังต่างๆ รูปแบบปฏิบัติที่ให้ผลดีกว่าควรจะให้การดูแลเป็นทีม ซึ่งมีหลายสาขาให้การดูแลร่วมกัน เป็นต้น

โดยสรุปการจัดแบ่งรูปแบบการดำเนินงานของทีมดูแลรักษาเป็นดังตารางที่ 4

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 รูปแบบการดำเนินงานของทีมดูแลรักษา

รูปแบบทีม	ลักษณะการทำงาน	การสื่อสาร	การตัดสินใจ
Parallel	รับผิดชอบงานในสาขาตนเอง อาจมี	-ไม่มี	-ภายใต้ขอบเขตการทำงาน ของสาขา
Consultative	การสื่อสารกับสาขาอื่นในบางกรณี	-จดหมายอย่างเป็นทางการ หรือ บันทึกการส่งต่อ	-คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ สาขาหนึ่งไปสาขาอื่น
Collaborative		-แลกเปลี่ยนข้อมูลของ ผู้ป่วยบางราย มักไม่ได้ วางแผนล่วงหน้า	-มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เป็นบางกรณี
Coordinated	ทำร่วมกันเป็นทีม	-มีผู้ประสานงานกรณี	-ใช้ข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันกับ สมาชิกในทีม
Multidisciplinary		-มีผู้นำทีม	-รวบรวมการตัดสินใจของ สมาชิกในทีม
Interdisciplinary		-ผู้นำทีม นัดหมายการ ประชุมเป็นประจำ	-มติดกลงร่วม
Integrative		-ผู้นำทีม นัดหมายการ ประชุมเป็นประจำ	-มติดกลงร่วมกับผู้ป่วย

รูปแบบการดำเนินงานของทีมดูแลรักษาทั้ง 7 รูปแบบนั้น แต่ละรูปแบบมีเป้าหมายการทำงานตั้งแต่ต่างฝ่ายต่างทำงานของสาขาตนเอง ไปจนถึงการร่วมกันทำงานเป็นทีมอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีพัฒนาการในองค์ประกอบของการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบทั้ง 4 ข้อ ได้แก่ แง่ปรัชญา/คุณค่า โครงสร้าง กระบวนการ และผลที่ได้รับ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

### 1. ปรัชญา

การทำงานเป็นทีมทำให้มีความหลากหลายมากขึ้นในด้านปรัชญาของการดูแลรักษา เนื่องจากขอบเขตการทำงานที่กว้างขึ้นของสมาชิกในทีมจากสาขาต่างๆและความสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกในทีมต่างๆ นอกจากนี้ยังเน้นการรักษาแบบองค์รวมของตัวบุคคลทั้งในแง่สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของบุคคลนั้น รวมถึงการตัดสินใจในการรักษาที่หลายหลายขึ้น



## 2. โครงสร้าง

โครงสร้างของรูปแบบการปฏิบัติงานเป็นทีมจะซับซ้อนมากขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากมุมมองและการตัดสินใจด้านสุขภาพที่มากขึ้น ทำให้มีการพิจารณาและพัฒนาโครงสร้างขึ้น ขณะเดียวกันค่านิยมบทบาทที่ชัดเจนและ โครงสร้างลำดับชั้นอย่างเป็นทางการจะลดลง แต่มีโครงสร้างที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างทีม มีพัฒนาการของความเชื่อใจและการเคารพสมาชิกในทีมเกิดขึ้น

## 3. กระบวนการ

การสื่อสารระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม (รวมถึงผู้ป่วย) จะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีจำนวนคนที่อยู่ในกระบวนการดูแลรักษามากขึ้น การเคารพในความคิดที่หลากหลายและความพยายามในการสร้างการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อตกลงที่มีร่วมกันจะเพิ่มขึ้นในหมู่ผู้ปฏิบัติงาน ขณะที่ความเป็นอิสระในแต่ละสาขาจะลดลง แต่มีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย มีการตระหนักถึงตัวผู้ป่วยเป็นแบบเฉพาะรายมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนสำคัญของทีม นอกจากนี้มีการส่งเสริมกันในด้านบริการ โปรแกรมและผู้ให้บริการมากขึ้น

## 4. ผลที่ได้รับ

ผลที่ได้รับด้านสุขภาพจะมุ่งเน้นมาที่การอยู่ดีในแง่มุมมองมากขึ้น และให้ cost-effective ในระยะยาว ผลที่ได้รับจะมีความซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้น เนื่องจากการที่มีสาขาต่างๆในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จึงน่าจะมีการประเมินผลที่ได้รับด้านสุขภาพในแง่มุมมองที่แตกต่างและมีการตัดสินใจร่วมกันที่มากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นแนวโน้มของการนิยามหลักการของการดูแลสุขภาพจะไม่ใช้เพียงในแง่กายภาพและจิตใจ แต่ยังรวมถึงการอยู่ดีและให้ความสำคัญต่อผลที่ได้รับในแง่มุมมองของผู้ป่วยด้วย

## การเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลรักษา

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมนั้น ผู้ปฏิบัติงานต้องรู้บทบาทของตนเอง มีความรับผิดชอบ และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อสมาชิกคนอื่นในทีม ทีมต้องมีเป้าหมายร่วมกันและเข้าใจสิ่งที่สมาชิกในทีมทำอย่างเป็นทางการหนึ่งเดียวกัน ช่วยเหลือสมาชิกในทีมและทำอย่างเต็มประสิทธิภาพ

ในปี ค.ศ. 1996 The Academic Health Center Task Force on Interdisciplinary Health Team Development แห่ง University of Minnesota ได้กำหนดความรู้ความสามารถที่ควรมีในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางให้ทุกคนในทีมดูแลรักษาทำงานได้อย่างประสบความสำเร็จ (69) ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง  
ทีมที่ดีต้องให้ความสำคัญเรื่องความต้องการของผู้ป่วยเป็นลำดับแรก ต้องคำนึงและเคารพในคุณค่าของผู้ป่วยและนำมาใช้ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย
2. การกำหนดเป้าหมายทั่วไป  
เมื่อคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ฉะนั้นสมาชิกทุกคนในทีมต้องทราบว่าผลสำเร็จที่ได้รับหรือเป้าหมายของการรักษาคืออะไร บางครั้งผู้ให้การดูแลอาจมีเป้าหมายการทำงานขัดแย้งกัน เช่น บางคนคิดว่าผู้ป่วยควรได้รับการรักษาที่เน้นหนัก ขณะที่บางคนคิดว่าควรให้การดูแลแบบประคับประคอง เหตุการณ์ที่สับสนนี้สามารถหลีกเลี่ยงได้โดยต้องมีการกำหนดเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน หากเกิดทางเลือกที่แตกต่างขึ้น ผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
3. ความเข้าใจบทบาทของสมาชิกในทีม  
สมาชิกแต่ละคนในทีมต้องคุ้นเคยกับความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของสมาชิกอื่น และเต็มใจที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ เคารพและยอมรับในความคิดเห็นสมาชิกในทีมคนอื่น
4. ความเชื่อมั่นต่อสมาชิกในทีม  
ความเชื่อมั่นต่อสมาชิกพัฒนาขึ้นตามเวลาและอาศัยความเข้าใจบทบาทของสมาชิกอื่นในทีม สมาชิกแต่ละคนต้องเชื่อใจการทำงานของผู้อื่น เพื่อไม่ให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อน ตัวอย่างเช่น หากผู้เชี่ยวชาญไม่เชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยที่ให้โดยผู้ให้การดูแลระดับปฐมภูมิ อาจทำการสังตรวจหรือทดสอบบางอย่างเพิ่มเติม ซึ่งไม่จำเป็นต่อผู้ป่วย
5. ความยืดหยุ่นในบทบาท  
ความเข้าใจและเคารพบทบาทเฉพาะของบุคคลในทีมเป็นสิ่งสำคัญ ความยืดหยุ่นในงานที่ได้รับมอบหมายก็สำคัญเช่นกัน บางครั้งต้องมีการเปลี่ยนแปลงหรือยืดหยุ่นบทบาทเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการทำงานร่วมกัน สมาชิกในทีมต้องเตรียมพร้อมต่อการแสดงออกและความเคารพต่อมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย
6. เชื่อมโยงความเข้าใจของวิถีกุุ่ม  
สมาชิกในทีมที่ประสบความสำเร็จจะต้องคำนึงถึงความคาดหวังของคนอื่นๆ ในกลุ่ม ซึ่งมักเป็นเรื่องของพฤติกรรม อย่างเช่น ความเต็มใจที่จะรับฟังในสาขาของผู้อื่น
7. กลไกในการแก้ไขข้อขัดแย้ง  
ทีมดูแลรักษาล้วนเคยผ่านประสบการณ์เรื่องข้อขัดแย้งเกิดขึ้น แต่ทีมที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีกลไกเฉพาะที่เป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจนจากทุกคนในทีมในการแก้ไขข้อขัดแย้ง อาจโดยมี/ไม่มีผู้นำทีมหรือใช้กระบวนการอื่นก็ได้

#### 8. พัฒนาการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ

การสื่อสารที่ดีของทีมดูแลรักษาประกอบด้วยอย่างน้อย 2 ข้อคือ มีการใช้ข้อมูลที่บันทึกอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกันและการใช้ภาษาต่างๆ ในการสื่อสาร เพื่อให้บันทึกทางการแพทย์สามารถเข้าถึงได้ง่ายจากแต่ละวิชาชีพ

#### 9. ความรับผิดชอบการทำงานร่วมกันของทีม

การทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพของทีมเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกแต่ละคนในทีม มีความรับผิดชอบร่วมกันอย่างเต็มที่ นั่นแสดงถึงต้องเชื่อมั่นความสามารถของสมาชิกอื่นในทีม มีการสื่อสารที่ดีและเป้าหมายทั่วไปที่ตรงกัน ซึ่งความรู้ความสามารถเหล่านี้ต้องสนับสนุนซึ่งกันและกัน

#### 10. การประเมินและการนำผลมาปรับปรุง

รูปแบบของทีมต้องเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและเปิดกว้างต่อการประเมินและทบทวนอย่างต่อเนื่อง รูปแบบเดิมที่ดีอาจไม่เหมาะสมอีกต่อไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านความต้องการของผู้ป่วย ระบบการดูแลผู้ป่วยหรือประสบการณ์ของสมาชิกในทีม กลไกต่างๆ จำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินประสิทธิภาพของทีมและพัฒนาารูปแบบของทีม

บททดสอบของการเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณค่าคือ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อมีความพยายามในการทำงานร่วมกันของทีมดูแลรักษา โดยผู้ปฏิบัติงานต้องมีบทบาทที่ชัดเจนในการร่วมทีมดูแลรักษา สามารถสื่อสารคำพูดให้เข้าใจง่าย มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีส่วนร่วมกับทีมดูแลรักษา ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญและมีส่วนในการสนับสนุนทีมในการดูแลผู้ป่วย

#### การดูแลรักษาแบบทีมในลักษณะสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบันมีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีชีวิตยืนนานขึ้น จึงต้องให้การดูแลในระยะยาวแบบผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยในยุคการใช้ HAART ยังมีปัญหามากมายดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยซับซ้อนมากขึ้นจึงต้องมีการทำงานร่วมกันของบุคลากรทางสาธารณสุขในหลายสาขา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

การดูแลรักษาที่หลากหลายทำให้ส่งผลด้านลบต่อสุขภาพและความอยู่ดีของผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม (71) แม้ปัจจุบันจะมีแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมากมาย ซึ่งครอบคลุมทุกหัวข้อตั้งแต่ การเริ่มให้ยาต้านไวรัสเอดส์ การตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ การติดตามผลการรักษาต่างๆ แต่การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานในการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยมืออยู่จำกัด Soto T.A. และคณะ (72) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมกว่า 450 การศึกษา ระบุว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบทีมทำให้เกิดงานบริการต่างๆมากขึ้น แม้จะไม่พบ การศึกษาเชิงทดลองแต่การศึกษาเหล่านี้ทำให้เกิดการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจึงเป็นความรู้ ที่ให้ประโยชน์และนำไปปฏิบัติได้ การศึกษาของ Sherer R. และคณะ (73) สนับสนุนว่า การดูแล รักษาผู้ป่วยแบบทีมและงานบริการที่มีให้ผู้ป่วยจะเพิ่มการเข้าถึงและการมารับบริการดูแลรักษา Manen L.V. และคณะ (74) รายงานว่า ในสหรัฐอเมริกาตอนเหนือยังคงไม่มีแนวทางหรือมาตรฐาน การปฏิบัติงานสำหรับผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงได้ทำการสังเคราะห์การศึกษาที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพขึ้นมา ตัวอย่างบางส่วนเป็นดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5 การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลรักษาในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพ**

ผู้วิจัย	ผู้ปฏิบัติงานและบทบาทหน้าที่
Pfeffer & Schnack, 1995	<p><b>พยาบาล :</b> ให้การดูแลด้านพยาบาล ความรู้ การปรึกษา ประเมินความต้องการของผู้ป่วย ด้านกายภาพ สังคมและจิตใจ</p> <p><b>แพทย์ :</b> ให้การดูแลรักษา เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาล</p> <p><b>เภสัชกรคลินิก :</b> ประเมินประสิทธิภาพจากการ ใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยา</p> <p><b>โภชนากร :</b> ให้ความรู้เรื่องสารอาหาร</p> <p><b>นักสังคมสงเคราะห์ :</b> ประเมินการดำรงชีวิต สนับสนุนด้านแหล่งการเงิน</p>
Cantwell-Mcnellis & James, 2002 (75)	<p>ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร และบุคลากรสาขาอื่น (ไม่ได้ถือปฏิบัติบทบาทหน้าที่ไว้)</p> <p><b>เภสัชกร :</b> ดำเนินงานส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้และ การปรึกษา ปรับยาเพื่อลดค่าใช้จ่าย ประเมินและเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาและอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา</p>
Cicatiello & Perdue, 1994	<p><b>แพทย์ :</b> ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และสังตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ ติดตามผู้ป่วย</p> <p><b>พยาบาล :</b> ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รับฟังและให้ความรู้</p> <p><b>นักเทคนิค :</b> แปลคำสั่ง และนัดหมายผู้ป่วย</p> <p>บุคลากรสาขาอื่นซึ่งทำงานร่วมในบางครั้งประกอบด้วย โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ทันตแพทย์ สูติ-นรีเวช นักเทศน์ เป็นต้น</p>
Howes, 1984	<p><b>พยาบาล :</b> ประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การดูแลตาม แผนการรักษา ให้ความรู้ผู้ป่วย</p> <p><b>แพทย์และพยาบาล :</b> ให้การสนับสนุนและแก้ไขปัญหากแก่ผู้ป่วย</p> <p><b>นักสังคมสงเคราะห์ :</b> ให้การปรึกษา</p>

## ตารางที่ 5 การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลรักษาในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพ (ต่อ)

ผู้วิจัย	ผู้ปฏิบัติงานและบทบาทหน้าที่
Jacobs, et al., 1996	<p><b>นักสังคมสงเคราะห์และแพทย์ :</b> อภิปรายเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การใช้ยาอย่างปลอดภัยและการรักษาด้วยยา</p> <p><b>นักโภชนาการ :</b> ให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยของอาหาร น้ำหนักตัว</p> <p><b>นักกายภาพบำบัด :</b> สาริการชดเชยความไม่สมประกอบของร่างกาย</p> <p><b>พยาบาล :</b> ช่วยเรื่องการจัดการตารางเวลารับประทานยาให้สะดวกขึ้น และสอนเรื่องปฏิกิริยาระหว่างยา</p>
Le, et al., 1998 "North Carolina Clinic", 2001	<p><b>นักโภชนาการ :</b> อภิปรายเกี่ยวกับข้อมูลสารอาหาร อาหารเสริม และข้อมูลส่วนประกอบสมุนไพร ในการศึกษาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เรื่องไขมันและดัชนีมวลกาย</p> <p><b>นักจิตวิทยา :</b> ทำการทดสอบด้านระบบประสาท</p> <p><b>ผู้ให้การปรึกษา :</b> เปิดบริการสัปดาห์ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย</p> <p>ยังประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ (ไม่ได้อภิปรายบทบาทหน้าที่ไว้)</p>

ผลการศึกษา พบว่า การจัดทำมาตรฐานการดูแลรักษาเป็นไปได้ยากเนื่องจากเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่ซับซ้อนยากต่อการทำนาย และมาตรฐานที่สร้างขึ้น ไม่อาจใช้กับผู้ป่วยได้ทุกคน เนื่องจากโรคนี้อาจมีผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่จำเป็นต้องมีการดูแลร่วมกันในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการให้คำนิยามและปรัชญาของรูปแบบทีมก็หลากหลายเช่นกัน ยกตัวอย่างได้แก่ Interdisciplinary หมายถึง การทำงานร่วมกันระหว่างสาขาและภายในสาขา ส่วน multidisciplinary หมายถึง หลายสาขาทำงานร่วมกัน ซึ่งทั้งสองคำนี้เป็นคำที่นิยมใช้มากที่สุดในการศึกษาต่างๆ นอกจากนั้น ยังมี collaborative care และ integration หมายถึง การแบ่งหน้าที่และบทบาทในกลุ่มผู้ดูแลรักษาอย่างมีปรัชญาและเป็นการดูแลรักษาที่เป็นที่นิยมที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากการดูแลรักษาที่ผู้ให้และผู้รับบริการมีส่วนร่วมด้วยกันมากที่สุด และผลที่ได้รับเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ลักษณะของคลินิกที่ให้บริการมีทั้งให้บริการกับผู้ป่วยโรคทั่วไปและบริการแบบแยกออกมาเป็น ambulatory care โดยทั่วไปผู้ดูแลรักษาในทีมมักประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ส่วนสมาชิกอื่นในทีมที่พบได้แก่ นักจิตวิทยา ผู้ให้การปรึกษาเรื่องบุหรืและเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ทันตแพทย์ นักเทศน์ โภชนาการ เกษตรกรคลินิก ผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือก ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง นักธุรกิจ เป็นต้น บทบาทและหน้าที่ของแต่ละสาขา พบว่าอาจมีการทับซ้อนกันบ้าง เช่น พยาบาลและโภชนาการต่างทำหน้าที่ในการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น หรือพยาบาล แพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ ที่อาจต้องสนับสนุนประคับประคองผู้ป่วยในหน้าที่รับผิดชอบของสาขาอื่นบ้าง บทบาทของเภสัชกรคลินิก (75) พบในลักษณะของการส่งเสริมความร่วมมือในการ

ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยด้วยการให้ความรู้และให้การปรึกษา ช่วยปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสม และลดค่าใช้จ่าย ประเมินและเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา อาการของผู้ป่วยและอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น

การศึกษานี้มีข้อจำกัด เรื่องการศึกษาที่รวบรวมมาไม่ได้วิเคราะห์ถึงการทำงานร่วมกันในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพนั้น มีใครทำหน้าที่เป็นผู้นำทีมในการประสานงาน สื่อสารเชื่อมโยงแต่ละสาขาเข้าด้วยกันอย่างไร เพียงแค่ศึกษาถึงรูปแบบหรือปรัชญาในการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบของทีม บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในทีม และอุปสรรคต่อการสร้างมาตรฐานในการปฏิบัติงานดูแลรักษาเท่านั้น

นอกจากนั้น มีการศึกษาในต่างประเทศถึงประสิทธิผลของการมีเภสัชกรเป็นสมาชิกหนึ่งในทีมดูแลรักษาในลักษณะสหสาขาวิชาชีพไว้ดังนี้ Cantwell-Mcnelis K. และ Jame C.W. ในปี ค.ศ.2002 (75) ระบุว่า เภสัชกรคลินิกมีบทบาทเป็นผู้นำทีม ประสานงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีม โดยพยาบาลเป็นผู้พบผู้ป่วยในครั้งแรก ทำหน้าที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินความสามารถใช้ยา ตามสั่ง ประเมินภาวะทางจิตใจและสถานะการเงิน จากนั้นจึงทำการนัดหมายผู้ป่วยในครั้งต่อไป เภสัชกรทำหน้าที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย ด้วยการให้ความรู้และให้การปรึกษาเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์และเป้าหมายการรักษา ช่วยปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสมต่อความร่วมมือในการใช้ยาและลดค่าใช้จ่าย ประเมินและเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยา อาการของผู้ป่วยและอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น การศึกษาของ Foisy M.M. และ Akai P.S. ในปี ค.ศ.2004 (76) ระบุว่า เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของทีมทำหน้าที่ในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยวิธี DOT เลือกสูตรยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ประเมินและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา รวมทั้งส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย การศึกษาของ Levy R.W. และคณะ ในปีค.ศ. 2004 (77) ระบุว่า กิจกรรมที่ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ให้ความรู้และมีเครื่องมือช่วยเตือนความจำหรือช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาให้ผู้ป่วย ทำให้จำนวนครั้งของการลืมรับประทานยาลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงการปรับปรุงพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้ป่วย

จากการศึกษาทั้งหมดที่กล่าวถึง ทำให้พอสรุปการศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในต่างประเทศได้ว่า ส่วนใหญ่มีการดูแลรักษาพร้อมกันเป็นทีมลักษณะ multidisciplinary ไปจนถึง integrative care โดยมีผู้ปฏิบัติงานในทีมจากหลายสาขาวิชาชีพ มีกิจกรรมและงานบริการผู้ป่วยแบบต่างๆมากมายในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ในการศึกษาเหล่านี้ ยังไม่พบแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยพร้อมกันแบบทีม

สำหรับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยนั้น พบการทำงานในลักษณะต่อไปนี้ได้แก่ การทำงานดูแลรักษาผู้ป่วยตามสาขาวิชาชีพของตน (parallel) การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่น (consultative) การรับมอบอำนาจจากสมาชิกในทีมในการส่งจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่องให้กับผู้ป่วย (coordinated) และการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยมีการประสานงานร่วมกับสมาชิกในทีม (collaboratory) ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานในทีมมักเป็นแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล โดยแพทย์ทำหน้าที่ตรวจรักษาและเป็นที่ปรึกษาให้กับวิชาชีพอื่น พยาบาลให้การดูแลด้านการพยาบาลและจัดประชุมอบรมผู้ป่วย และเภสัชกรทำหน้าที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ให้ความรู้และการปรึกษา รวมทั้งส่งจ่ายยาต่อเนื่องให้ผู้ป่วย ซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 6 แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มีการดูแลรักษาร่วมกันเป็นทีมลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด จะเห็นว่าแนวทางหนึ่งซึ่งช่วยป้องกันปัญหาความล้มเหลวในการรักษาคือ การมีระบบติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการดื้อยา ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและประสิทธิผลจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งระบบการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดนั้น ควรมีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (29,49, 78-80) ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงาน ในด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานและความพึงพอใจ และประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยในด้านความรู้ที่จำเป็น ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และความพึงพอใจต่อบริการ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย

ผู้วิจัย	รูปแบบทีม	ผู้ปฏิบัติงาน	ลักษณะการทำงาน	วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย
ศุภัญญา อวิหิงสานนท์ (2000) (30)	consultative	เภสัชกร แพทย์	เมื่อเภสัชกรพบปัญหาจากการ ใช้ยาจะทำการแก้ไขปัญหาคด้วย ตนเอง และบางส่วนแนะนำ การแก้ไขปัญหาโดยการ ปรึกษาแพทย์	ศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายบทบาทของ เภสัชกรในการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วย เด็ก 40 ราย ทำการติดตาม 3 ครั้ง	พบปัญหาจากการใช้ยา 204 ครั้ง ให้การ แก้ไขปัญหาโดยการปรึกษาแพทย์ 65 ครั้ง แพทย์ยอมรับคำแนะนำร้อยละ 75.4 พบ ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา 80 ครั้ง และ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ประเมินการไม่ใช้ยาตาม สิ่ง 2 วิธีด้วยการนับเม็ดยาและวิธีการลง บันทึกของผู้ปกครองพบผู้ป่วยไม่ใช้ยาตาม สิ่งลดลงเป็นร้อยละ 16.7 และร้อยละ 0
อรณพ หิรัญดิษฐ์ (2001) (31)	consultative	เภสัชกร แพทย์	เภสัชกรทำการติดต่อแก้ไข ปัญหาจากการใช้ยาและความ คลาดเคลื่อนจากการใช้ยากับ แพทย์ จะดำเนินการทุกครั้งใน กลุ่มที่ได้รับ counseling ขณะที่ กลุ่มที่ไม่ได้รับ counseling จะ ดำเนินการในการติดตามครั้ง สุดท้าย	ศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาประสิทธิผล และสร้างรูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรม ในผู้ป่วย 50 ราย ทำการติดตาม 4 ครั้ง แบ่ง ผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้าน ไวรัส กลุ่มที่ได้รับ HAART และกลุ่มที่ไม่ใช่ HAART ซึ่งแต่ละกลุ่มจะถูกสุ่มให้ได้รับ counseling และไม่ได้รับ counseling	พบว่าปัญหาจากการใช้ยา ความคลาดเคลื่อน จากการใช้ยามีแนวโน้มลดลงและอัตราความ ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 90-100 ทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ได้รับ counseling มีแนวโน้มระดับ ความร่วมมือในการใช้ยาคือสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ รับ counseling เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มพบว่าผลปัญหาจากการใช้ยา ความ คลาดเคลื่อนจากการใช้ยาและความร่วมมือ ในการใช้ยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ



ตารางที่ 6 การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบทีม	ผู้ปฏิบัติงาน	ลักษณะการทำงาน	วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย
อัจฉริยา ช่วยเจริญ (2001) (32)	parallel	เภสัชกร	เภสัชกรค้นหาปัญหาจากการ ใช้ยา ให้คำแนะนำปรึกษาและ ความรู้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง	ศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อ ศึกษาปัญหาจากการใช้ยา ความร่วมมือใน การใช้ยา และผลทางคลินิก ในผู้ป่วยเด็ก 49 ราย กลุ่มควบคุม 22 รายและกลุ่มทดลอง 27 ราย ทำการติดตาม 4 ครั้ง	ปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญในนัด ครั้งที่ 3 และ 4 เมื่อสิ้นสุดการวิจัยค่าเฉลี่ย ของการใช้ยาตามสั่งในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ร้อยละ 98.21 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 90.80 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลทางคลินิกไม่แตกต่างกัน
ศุทธิณี ตันพงษ์เจริญ (2003) (33)	parallel	เภสัชกร	เภสัชกรให้ความรู้และ คำแนะนำปรึกษา	ศึกษาเชิงทดลองแบบติดตามประเมินผลซ้ำ ในผู้ป่วยกลุ่มเดียว เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผล ของการให้ความรู้ที่มีต่อความร่วมมือในการ ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ระดับความรู้และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในผู้ป่วย 50 ราย ทำ การให้ความรู้ 2 ครั้ง	คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะโรค และยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนคุณภาพชีวิตทั้งสุขภาพกายและ สุขภาพจิตในช่วง 3 เดือนไม่แตกต่างกัน สัดส่วนของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการ ใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังให้ ความรู้ครบ 2 ครั้ง

ตารางที่ 6 การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (ต่อ)

ผู้วิจัย	รูปแบบทีม	ผู้ปฏิบัติงาน	ลักษณะการทำงาน	วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย
จิตติมา โกคาประกรณ์ (2004) (34)	coordinated	เภสัชกร แพทย์	เภสัชกรรับมอบอำนาจจาก แพทย์ในการส่งจ่ายยาต้าน ไวรัสเอดส์ต่อเนื่องให้กับผู้ป่วย ที่มีอาการคงที่ โดยประเมินผล ทางคลินิก การเกิดOIให้ความรู้ ติดตามแก้ไขปัญหาการใช้ยา และส่งผู้ป่วยกลับพบแพทย์เมื่อ พบปัญหาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ศึกษาเชิงทดลองแบบทดลองก่อนและหลัง โดยไม่มีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของระบบ รับยาต้านไวรัสเอดส์ต่อเนื่องโดยเภสัชกร ใน ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ ความร่วมมือในการใช้ยา และ ศึกษาความพึงพอใจของแพทย์ต่อระบบรับ ยาต่อเนื่องโดยเภสัชกร ทำการศึกษาในผู้ป่วย 55 ราย ในระยะเวลา 3 เดือน	หลังเข้าสู่ระบบรับยาต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยมี คะแนนความพึงพอใจ คะแนนความรู้ และ ร้อยละเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่าก่อนเข้าสู่ระบบรับยาต่อเนื่องอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ต่ำ กว่าก่อนที่จะเข้าสู่ระบบรับยา เมื่อสิ้นสุด การศึกษาแพทย์ทุกท่านมีความพึงพอใจต่อ ระบบรับยาต่อเนื่อง
พงษ์พันธุ์ บุญชู (2005) (35)	collaborative	เภสัชกร แพทย์ พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง	เภสัชกรให้การบริบาลทาง เภสัชกรรม ประสานงานกับ แพทย์โดยรายงานแพทย์เมื่อ พบปัญหาจากการใช้ยา ให้ ข้อมูลด้านยาแก่แพทย์และ บุคลากรทางสาธารณสุข และ ร่วมจัดประชุมอบรมผู้ป่วย	ศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อจำแนกกิจกรรม ทางการบริบาลเภสัชกรรม และติดตามความ ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ในผู้ป่วย 48 ราย ติดตามผู้ป่วยทุก 4 สัปดาห์ เป็นเวลา 24 สัปดาห์	ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม 1,808 ครั้ง โดยเป็นการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยมาก ที่สุดร้อยละ 19.69 ซักถามประวัติการใช้ยา การจัดและจ่ายยาต้านไวรัสร้อยละ 18.58 เท่ากัน การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 15.04 การติดตามและรายงานอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 9.79 และ พบปัญหาที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาเพื่อการรักษา เพิ่มร้อยละ 6.91 ผู้ป่วย 36 ราย มีความ ร่วมมือในการใช้ยาอย่างน้อยร้อยละ 95

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้การออกแบบการวิจัยในลักษณะที่เป็น pre-experimental design (one group study) เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติงานฯ โดยการประเมินปัญหาในการรักษา การกำหนดแผนการรักษาและติดตามผล การประสานงานและสื่อสารในทีม ประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานฯต่อผู้ปฏิบัติงานในด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานฯและความพึงพอใจ และประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานฯต่อผู้ป่วยในด้านความรู้ที่จำเป็น ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และอภิปรายผล

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย

มีขั้นตอนการปฏิบัติงาน ดังนี้

##### 1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมข้อมูลต่างๆ ในการกำหนดขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยที่เหมาะสมรัดกุม โดยผู้วิจัยได้ศึกษาถึงการศึกษาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลวิธีการวัดและวิธีส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริง ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยซึ่งใช้ยาต้านไวรัสเอดส์และยาป้องกัน/รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รูปแบบการดำเนินงานของทีมดูแลผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพ

## 1.2 ลักษณะของโรงพยาบาลที่ศึกษา

โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 503 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกเฉพาะโรคในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปัจจุบันมีผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวี 3 คน คือพยาบาลผู้ให้การปรึกษา เจ้าหน้าที่ในคลินิกและตัวแทนจากชมรมผู้ป่วย ให้บริการในเวลาราชการตลอดทุกวันทำการ (จันทร์-ศุกร์) ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2549

## 1.3 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้โครงการ NAPHA ของโรงพยาบาลเมืองระยอง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้โครงการ NAPHA ที่รับบริการในคลินิกเอชไอวีของโรงพยาบาลเมืองระยอง

**เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย** ได้แก่ประชากรที่มีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้

- (1) ผู้ป่วยที่รับบริการ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2549
- (2) ผู้ป่วยเคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน
- (3) มีอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี
- (4) ผู้ป่วยรับทราบรายละเอียดของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความ

สมัครใจ

**เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากการวิจัย** ได้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- (1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในด้านความจำ หรือมีปัญหาการรับรู้ การได้ยิน
- (2) ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปรับยาต้านไวรัสเอดส์ที่หน่วยงานอื่น
- (3) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

## 1.4 การเตรียมร่างแนวทางปฏิบัติงาน

จากการทบทวนวรรณกรรม และรูปแบบการดำเนินงานที่มีผู้ศึกษาไว้ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ผู้วิจัยจึงได้ร่างแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนดโดยทีม ในการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สามารถควบคุมโรคได้นานที่สุดโดยมี อาการไม่พึงประสงค์จากยาและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสน้อยที่สุด โดยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ทักษะในการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาได้ อย่างเหมาะสม และมีการบริการที่เป็นระบบสนับสนุนผู้ป่วย

มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ต้องพัฒนาให้ชัดเจน ดังหัวข้อต่อไปนี้

- 1.4.1 วิธีดำเนินงานที่มัลักษณะสหสาขาวิชาชีพ
- 1.4.2 วิธีดำเนินงานการสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยของทีม
- 1.4.3 วิธีดำเนินงานการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยก่อนจ่ายยาต่อ
  - 1.4.3.1 วิธีดำเนินงานการประเมิน CD4
  - 1.4.3.2 วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
  - 1.4.3.3 วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จาก ยาต้านไวรัสเอดส์
  - 1.4.3.4 วิธีดำเนินงานการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
- 1.4.4 วิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์
- 1.4.5 วิธีดำเนินงานการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
- 1.4.6 วิธีดำเนินงานการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัว เมื่อเกิดปัญหา

## 1.5 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้สร้างขึ้นโดยกำหนดกรอบแนวคิดในการสร้างเนื้อหา ทฤษฎี และผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

### 1.5.1 เครื่องมือที่ใช้สำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

- 1) สื่อการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ กระทรวง สาธารณสุข
- 2) แผ่นพับให้ข้อมูลผู้ป่วย (ภาคผนวก ก) ได้แก่
  - ชุดที่ 1 ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความหมายและสาเหตุของโรค การ ดำเนินโรค เชื้อไวรัสเอชไอวี ภูมิคุ้มกัน(CD4) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส เหตุผลที่ต้องรักษาด้วยยา ต้านไวรัสเอดส์ที่มีประสิทธิภาพหลายตัวร่วมกัน เป้าหมายการรักษาและการติดตามประสิทธิผล ของการรักษา

ชุดที่ 2 ประกอบด้วย ความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์จากยา  
วิธีปฏิบัติเมื่อล้มรับประทานยา วิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ชุดที่ 3 ประกอบด้วย ความรู้เรื่องความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ผลจาก  
การไม่ร่วมมือในการใช้ยา อุปสรรคและวิธีปฏิบัติเพื่อช่วยให้สามารถรับประทานยาถูกต้อง  
ครบถ้วน และต่อเนื่อง

### 1.5.2 เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ภาคผนวก ง)
- 2) แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาคผนวก จ)
- 3) แบบประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ภาคผนวก ฉ)
- 4) แบบประเมินหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ช)
- 5) แบบสอบถามทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์  
(ภาคผนวก ซ)
- 6) แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย (ภาคผนวก ฌ)

ประกอบด้วยข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 16 ข้อคำถาม ตามเนื้อหาซึ่งตรงกับแผ่นพับให้  
ข้อมูลโดยแบ่งได้ 3 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 โรคเอดส์ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1-4)

หมวดที่ 2 ยา/อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 5-12)

หมวดที่ 3 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 13-16)

ผู้วิจัยสร้างขึ้นและนำไปใช้เก็บข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วย 29 ราย โดยผ่านการ  
ทดสอบความตรงของเนื้อหาและหาค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.430 เครื่องมือนี้มี  
วัตถุประสงค์เพื่อใช้คัดกรองหาประเด็นความรู้ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่ทราบ แล้วนำมาวางแผนใน  
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแบบเฉพาะรายบุคคล ไม่ได้นำมาประเมินเรื่องระดับความรู้ของผู้ป่วย โดย  
คำถามบางข้อจะเป็นเรื่องเดียวกันแต่ต้องการถามซ้ำเพื่อทดสอบความเข้าใจที่แท้จริงของผู้ป่วย  
ได้แก่ ข้อ 7 กับข้อ 8 และข้อ 10 กับข้อ 11

- 7) แบบรายงานปัญหาในการรักษาและการส่งต่อข้อมูล (ภาคผนวก ญ)
- 8) แบบประเมินความน่าจะเป็นของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้วย

Naranjo's algorithm (ภาคผนวก ก)

- 9) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต (ภาคผนวก ก)
- 10) แบบส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ (ภาคผนวก ก)

- 11) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ (ภาคผนวก ๗) ประกอบด้วยหัวข้อความพึงพอใจ 3 ส่วน ได้แก่
- ส่วนที่ 1 คุณภาพการให้บริการ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1-4)
- ส่วนที่ 2 ผู้ให้บริการดูแล จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 5-7)
- ส่วนที่ 3 เวลา/สถานที่/ความสะดวกในการรับบริการ จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 8-10)
- ผู้วิจัยสร้างขึ้นและนำไปใช้เก็บข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วย 29 ราย และหาค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.894 โดยค่าความเที่ยงเมื่อพิจารณาแยกตามหัวข้อความพึงพอใจ 3 ส่วนเป็นดังนี้ ส่วนที่ 1 เท่ากับ 0.736 ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.834 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.769 ตามลำดับ การศึกษานี้ทำการแปรผลคะแนนความพึงพอใจดังนี้คือ ช่วงคะแนน 1.00-1.99 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ช่วงคะแนน 2.00-2.99 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ช่วงคะแนน 3.00-3.99 หมายถึง ไม่แน่ใจ/เฉยๆ ช่วงคะแนน 4.00-4.99 หมายถึง เห็นด้วย และคะแนน 5.00 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 12) แบบประเมินทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางปฏิบัติงานฯ (ภาคผนวก ๘) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ
- 12.1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ประเมิน
- 12.2) ความพึงพอใจต่อวิธีดำเนินงาน มี 2 ด้าน คือ ด้านความเหมาะสมตามหลักฐานทางวิชาการ และ ด้านความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยทำการแปรผลคะแนนความพึงพอใจดังนี้คือ ช่วงคะแนน 1.00-1.99 หมายถึง ไม่พอใจอย่างยิ่ง ช่วงคะแนน 2.00-2.99 หมายถึง ไม่พอใจ ช่วงคะแนน 3.00-3.99 หมายถึง ไม่แน่ใจ/เฉยๆ ช่วงคะแนน 4.00-4.99 หมายถึง พอใจ และคะแนน 5.00 หมายถึง พอใจอย่างยิ่ง
- 12.3) ทัศนคติและความพึงพอใจต่อภาพรวมของแนวทางปฏิบัติงานฯ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ความเหมาะสมในการประสานงานของบุคลากรในทีม ความพึงพอใจต่อบทบาทของบุคลากรในทีม ความเห็นต่อประโยชน์ที่คิดว่าผู้ป่วยได้รับจากแนวทางปฏิบัติงานฯ ความเห็นต่อการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติงานฯต่อไป
- 13) คำอธิบายงานวิจัยและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ๘)
- 14) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- 15) แบบบันทึกผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยของโครงการ NAPHA

## 1.6 เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาทางด้านจริยธรรม

เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และได้รับมติเห็นชอบให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมของภาควิชาการศึกษาวินิจฉัยในสัตว์และมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย

### 2.1 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานฯ

2.1.1 เสนอรูปแบบและร่างแนวทางปฏิบัติงานฯที่กำหนดแก่ทีม เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนของการพิจารณาและความเห็นชอบจากทีม

2.1.2 สร้างทีมงานที่จะประสานงานในการดูแลผู้ป่วย ชี้แจงถึงเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติงานฯในด้านความรู้ที่จำเป็น ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

2.1.3 การนำร่างแนวทางปฏิบัติงานฯสู่การปฏิบัติ เพื่อทดสอบในด้านความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานในทีม ขั้นตอนการปฏิบัติงาน แบบบันทึกและเครื่องมือที่จัดทำขึ้นให้มีความเหมาะสมในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

2.1.4 ปรับแก้ร่างแนวทางปฏิบัติงานฯให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะและพร้อมทดลองใช้ก่อนทำการวัดผลประมาณ 1 เดือน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความชำนาญในการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯ

2.1.5 ระหว่างการวิจัย อาจมีการปรับแก้แนวทางปฏิบัติงานฯให้เหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติงานจริง โดยต้องมิมติเห็นชอบจากผู้ปฏิบัติงานในทีมผ่านทางผู้ประสานงาน

2.1.6 สร้างคู่มือการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯ

2.1.7 อบรมการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯ

### 2.2 การดำเนินการวิจัย

2.2.1 ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เตรียมเข้าร่วมการวิจัย

2.2.2 ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในระบบเดิม (ดังรูปที่ 1) และตามแนวทางปฏิบัติงานฯ (ดังรูปที่ 2) จากนั้นให้ผู้ป่วยพิจารณาในการยินยอมเข้าร่วมโครงการ และลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2.3 ผู้ป่วยเข้าสู่การดำเนินการศึกษา (ดังรูปที่ 3) และเข้าสู่แนวทางปฏิบัติงานฯ ซึ่งมีกิจกรรมหลักและวิธีดำเนินงานดังตารางที่ 7-8



## ตารางที่ 7 กิจกรรมหลักและวิธีดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯ

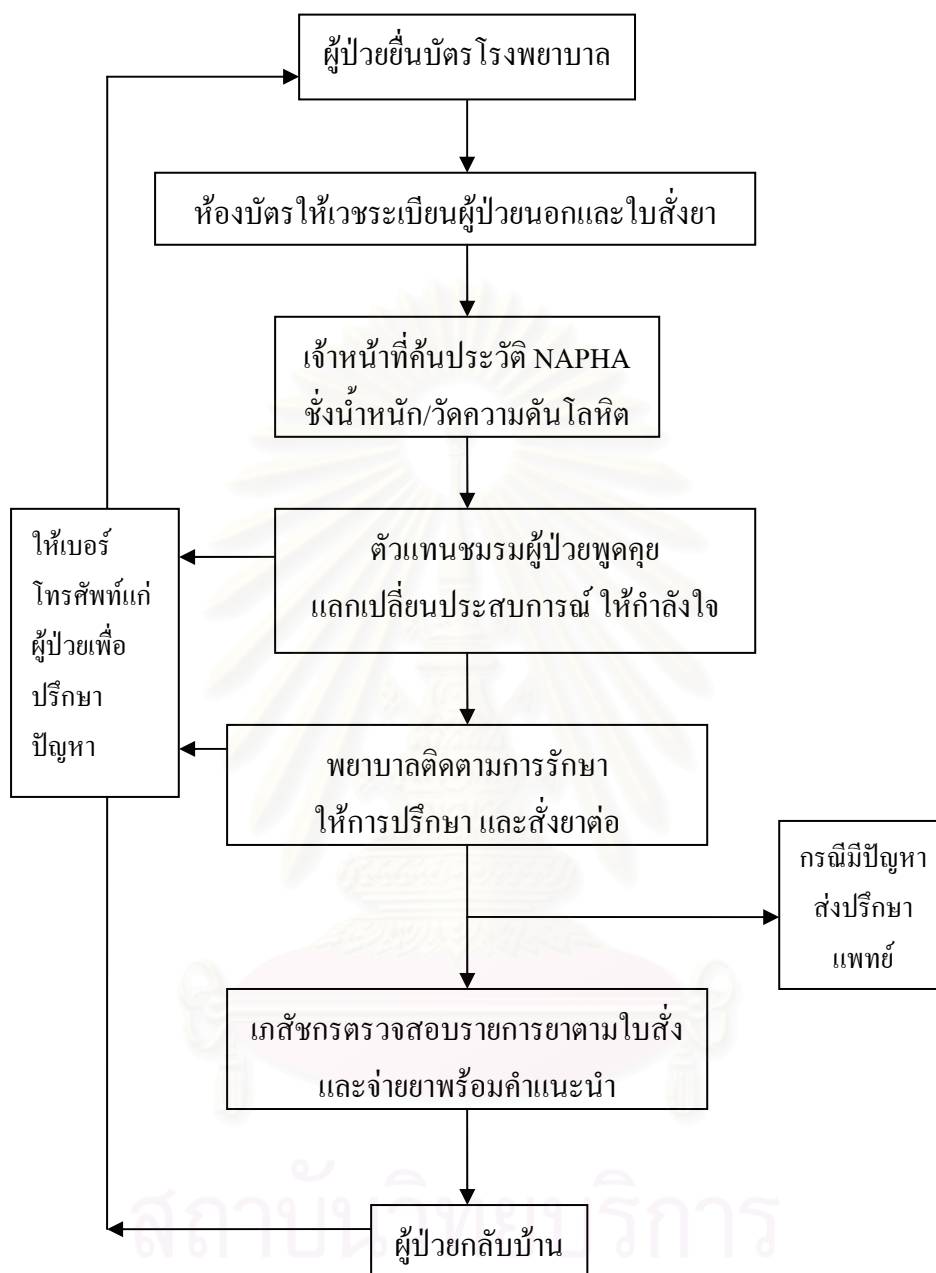
กิจกรรมหลัก / ผู้ที่เกี่ยวข้อง	เป้าหมาย	วิธีดำเนินงาน	ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานฯ
1. การประเมินปัญหาในการรักษา  ผู้ที่เกี่ยวข้อง เภสัชกร และ ผู้ให้การปรึกษา	1. เพื่อสร้างฐานข้อมูลในประเด็นที่กำหนดอย่างถูกต้องครบถ้วน 2. เพื่อทราบปัญหาในการรักษาที่พบในผู้ป่วย ได้แก่ ด้านความรู้ที่จำเป็น ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	1. ทบทวนประวัติผู้ป่วยและสัมภาษณ์เพิ่มเติม 2. ประเมินผู้ป่วยในข้อมูลที่สำคัญได้แก่ ด้านสังคมและจิตใจ ทักษะการรับรู้ต่อการรับประทานยาต้านไวรัส และปัญหาในการรักษา	1. จำนวนและร้อยละของแบบบันทึกที่มีข้อมูลที่สำคัญครบทั้ง 3 ประเด็น ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
2. การกำหนดแผนการรักษาและติดตามผล  ผู้ที่เกี่ยวข้อง แพทย์ เภสัชกร และ ผู้ให้การปรึกษา	1. เพื่อกำหนดเป้าหมายและวางแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกัน 2. เพื่อให้การป้องกัน และแก้ไขปัญหาในการรักษา 3. เพื่อติดตามผลการรักษาผู้ป่วย ที่คลินิกและระหว่างกำหนดนัดติดตามผล	1. ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยทั้งด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยก่อนจ่ายยาต่อให้ผู้ป่วย 2. ป้องกันและแก้ไขปัญหาให้เป็นไปตามเป้าหมายโดยการให้ความรู้/ให้การปรึกษา และปรับการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 3. ส่งต่อผู้ป่วยตามขั้นตอนเช่นส่งต่อภายในทีม หรือส่งต่อหน่วยงานอื่นเช่น งานสังคมสงเคราะห์ งานจิตเวช 4. บันทึกผลการรักษาและประเด็นส่งต่อหรือติดตามโดยทุกคนในทีม 5. ให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลในทีมกับผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินก่อนจ่ายยาต่อ (ด้วยการบันทึกผลการประเมิน CD4 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส) ร้อยละ 100
3. การประสานงานและสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ  ผู้ที่เกี่ยวข้อง แพทย์ เภสัชกร และ ผู้ให้การปรึกษา	1. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกัน มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง 2. เพื่อสร้างและใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลอย่างครบถ้วน	1. ระบบเชื่อมโยงข้อมูลโดยการ บันทึกผลการรักษา ประเด็นส่งต่อหรือติดตามผู้ป่วยของทีม และมีผู้นำทีมสื่อสารข้อมูล/ข่าวสารในทีม 2. จัดอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วย (case conference)	1. ผู้ป่วยผ่านการยืนยันว่าเข้าสู่แนวทางปฏิบัติงานฯ (ด้วยลายเซ็นของผู้ปฏิบัติงาน) ร้อยละ 100 2. อัตราการเข้าร่วมอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วย (case conference) ของผู้ปฏิบัติงานในทีม ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

## ตารางที่ 8 กิจกรรมย่อยและวิธีดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯ

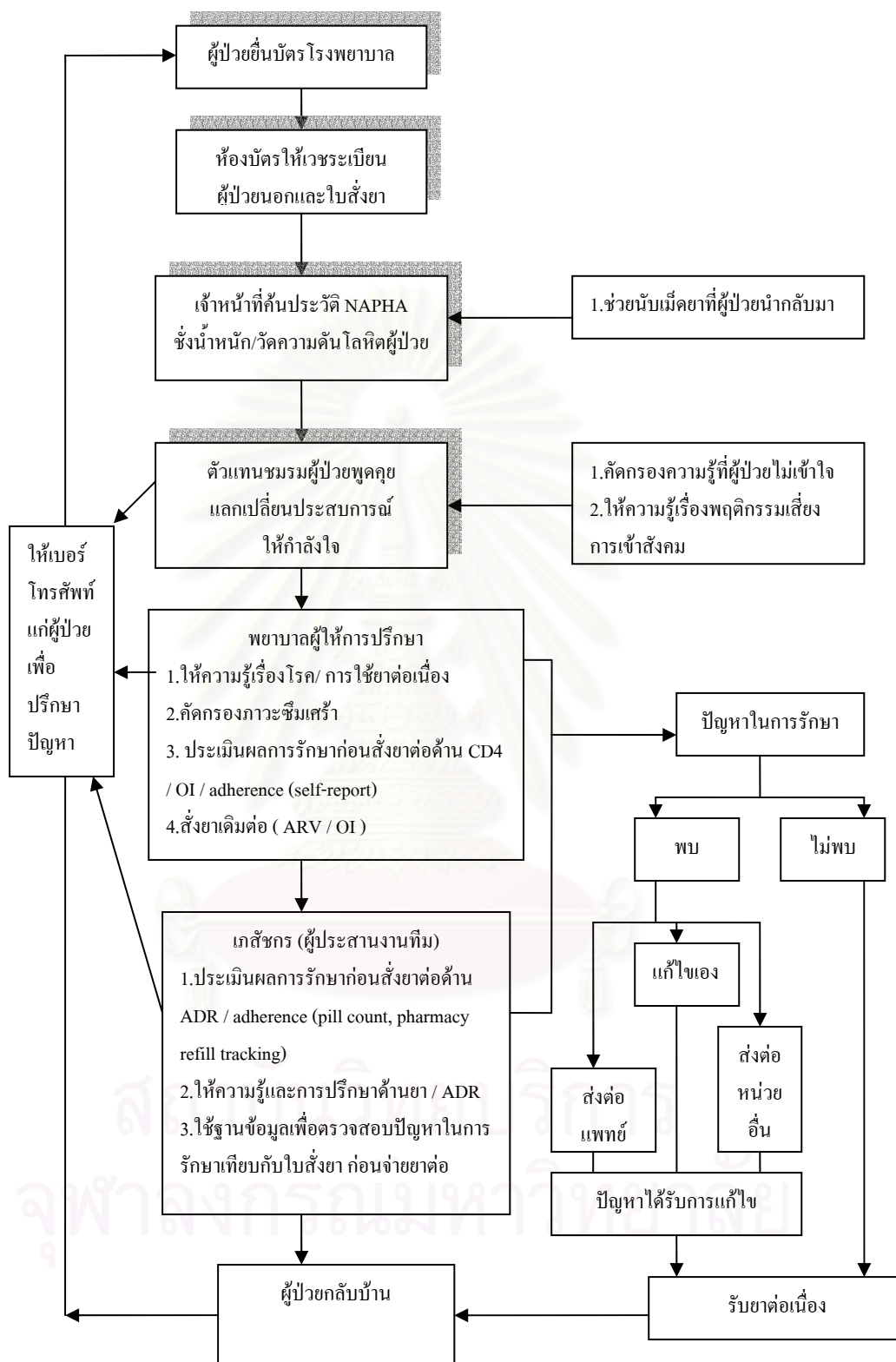
กิจกรรมย่อย / ผู้ที่เกี่ยวข้อง	เป้าหมาย	วิธีดำเนินงาน	ตัวชี้วัดผลของแนวทางปฏิบัติงานฯต่อผู้ป่วย
1. การจัดการปัญหาด้านความรู้ที่จำเป็น  ผู้ที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนชมรมผู้ป่วย เภสัชกร และ ผู้ให้การศึกษา	1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้/ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ ยาต้านไวรัส และการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง	1. ทำความตกลงกับผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง ให้แรงกระตุ้นกำลังใจ 2. ช่วยคิดร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง 3. ประเมินความรู้ผู้ป่วยเพื่อกำหนดแนวทางการให้ความรู้ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 4. ให้ความรู้และการปรึกษาผู้ป่วยในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ / ความรู้ที่จำเป็น	1. จำนวนผู้ป่วยที่ประเมินความรู้ที่จำเป็นผ่าน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
2. การจัดการปัญหาด้านความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส  ผู้ที่เกี่ยวข้อง เภสัชกร และ ผู้ให้การศึกษา	1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในด้านครบตามสั่ง และด้านตรงเวลา	1. ประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัส 2. สอบถามอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาในประเด็นความถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่อง 3. แก้ไขข้อสงสัยในการรับประทานยา 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลา ครบถ้วน โดยปรับเวลารับประทานยาให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ช่วยคิดวิธีหรือให้อุปกรณ์เตือนความจำกลองใส่ยา 5. ประเมินอัตราความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีนับเม็ดยารวดการมาตามกำหนดรับยาหรือการรายงานผลด้วยตนเอง	1. จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาด้านครบตามสั่ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 2. อัตราความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 3. จำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาด้านตรงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
3. การจัดการปัญหาด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส  ผู้ที่เกี่ยวข้อง แพทย์ เภสัชกร และ ผู้ให้การศึกษา	1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยาต้านไวรัส	1. ทบทวนจากประวัติผู้ป่วยและสัมภาษณ์เพิ่มเติม 2. ประเมินหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาทุกครั้งที่พบผู้ป่วยก่อนทำการจ่ายยาต่อ	1. จำนวนผู้ป่วยทุกรายที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยา 2. ผู้ป่วยได้รับการป้องกัน/แก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น ร้อยละ 100

ตารางที่ 8 กิจกรรมย่อยและวิธีดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯ (ต่อ)

กิจกรรมย่อย / ผู้ที่เกี่ยวข้อง	เป้าหมาย	วิธีดำเนินงาน	ตัวชี้วัดผลของแนวทางปฏิบัติงานฯ ต่อผู้ป่วย
3. การจัดการปัญหาด้าน อาการ ไม่พึงประสงค์จากยา ต้าน ไวรัส (ต่อ)		<p>3. เมื่อสงสัยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ให้ส่งต่อผู้ป่วยพบเภสัชกรเพื่อประเมินความน่าจะเป็น โดยใช้ Naranjo's algorithm</p> <p>4. แจ้งให้แพทย์ทราบและส่งต่อผู้ป่วย กรณีที่อาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสนั้น เป็นไปตามเกณฑ์ในการส่งต่อแพทย์</p> <p>5. ป้องกันและแก้ไขปัญหา</p> <p>6. แจ้งทุกคนในทีมเพื่อเฝ้าระวังและติดตาม</p> <p>7. มอบบัตรเฝ้าฯ และแจ้งผู้ป่วยให้ทราบข้อมูลชื่อยา อาการที่เกิดขึ้น และการปฏิบัติตัว</p>	
4. การจัดการปัญหาด้าน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส  ผู้ที่เกี่ยวข้อง แพทย์ เภสัชกร และ ผู้ให้การปรึกษา	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	<p>1. ทบทวนจากประวัติผู้ป่วย และสัมภาษณ์เพิ่มเติม</p> <p>2. ประเมินผลการรักษา/ lab พิจารณาการให้ หรือ หยุดยา ป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p> <p>3. สัมภาษณ์และประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นทุกครั้งที่พบผู้ป่วย ก่อนทำการจ่ายยาต่อ</p> <p>4. เมื่อสงสัยว่าเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ให้แจ้งแพทย์เพื่อตรวจรักษา และแจ้งทุกคนในทีมเพื่อเฝ้าระวังและติดตาม</p> <p>5. ป้องกันและแก้ไขปัญหา</p> <p>6. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบผลโรค และให้การปรึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติตัว</p>	<p>1. จำนวนผู้ป่วยทุกรายที่พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับการป้องกัน/ แก้ไขโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้น ร้อยละ 100</p>

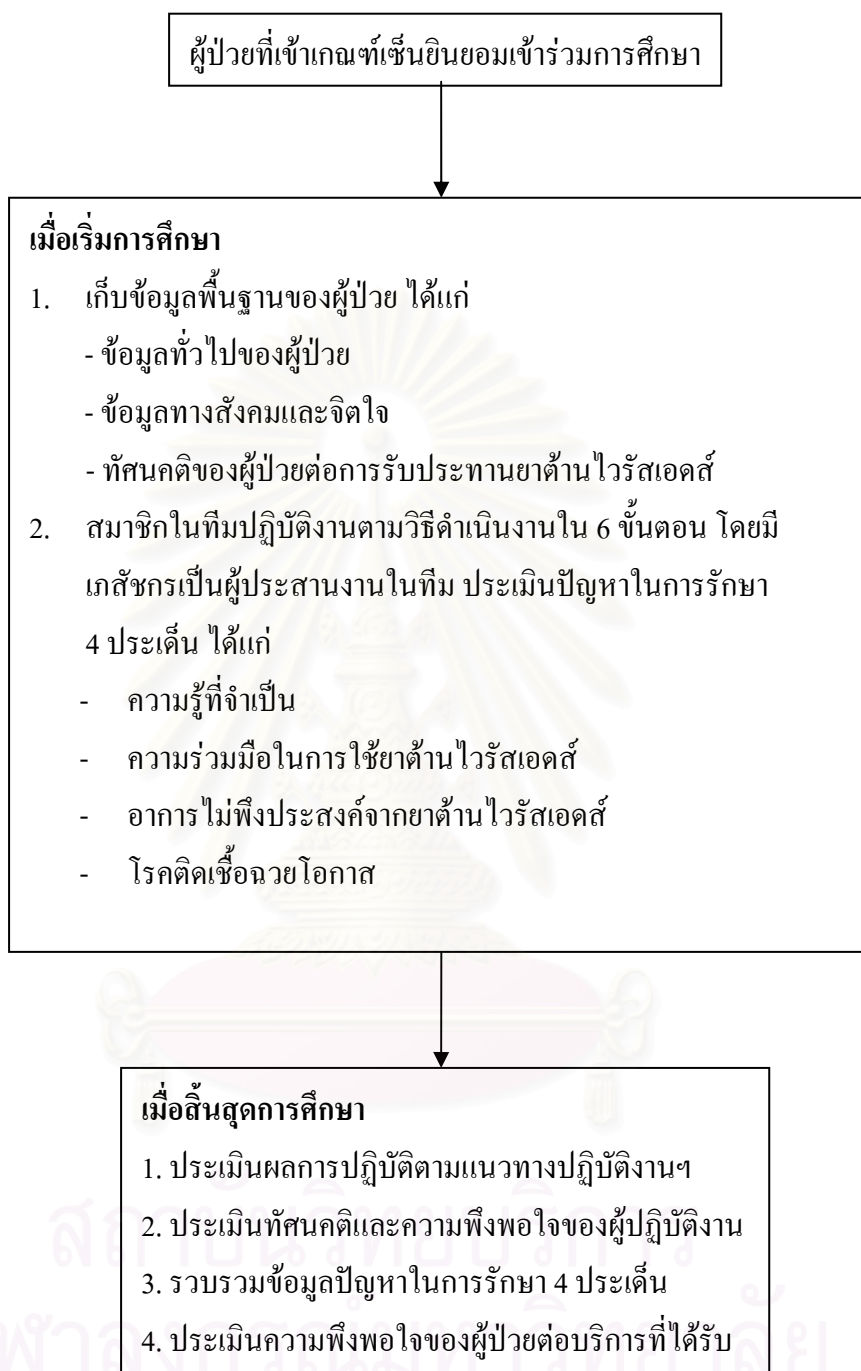


รูปที่ 1 ขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยในระบบเดิม



หมายเหตุ กรอบที่แรเงา คือ ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในระบบเดิม  
 กรอบธรรมดา คือ ขั้นตอนการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติงานฯ

รูปที่ 2 ขั้นตอนของการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติงานฯ



รูปที่ 3 แผนภูมิดำเนินการศึกษา

## 2.3 วิธีการเก็บข้อมูล

แบ่งข้อมูลเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียดการเก็บข้อมูลดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 วิธีการเก็บข้อมูล

ข้อมูล	จำนวนครั้งที่บันทึก	แหล่งข้อมูล	แหล่งบันทึก	ภาคผนวก
<b>1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย</b>				
1.1 ข้อมูลทั่วไป	1 (เริ่มการศึกษา)	- เวชระเบียนผู้ป่วยนอก - แบบบันทึกผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยของโครงการ NAPHA - ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	- แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย - แบบบันทึกผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ	ง  จ
1.2 ข้อมูลทางสังคม	1 (เริ่มการศึกษา)	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	- แบบบันทึกผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ	จ
ข้อมูลทางจิตใจ	ทุกครั้ง	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต	- แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต	ฉ
1.3 ทักษะคิดของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัส	1 (เริ่มการศึกษา)	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	- แบบสอบถามทักษะคิดของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์	ซ
<b>2. ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนด</b>				
<b>2.1 การบันทึกข้อมูลที่สำคัญ</b>				
- ข้อมูลด้านสังคมและจิตใจ	1 (สิ้นสุดการศึกษา)	- แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ	-	จ
- ข้อมูลทักษะคิดต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์	1 (สิ้นสุดการศึกษา)	- แบบสอบถามทักษะคิดของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอคส์	-	ซ

## ตารางที่ 9 วิธีการเก็บข้อมูล

ข้อมูล	จำนวนครั้งที่บันทึก	แหล่งที่มา	แหล่งบันทึก	ภาคผนวก
<b>2. ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนด</b>				
<b>2.1 การบันทึกข้อมูลที่สำคัญ</b>				
- ข้อมูลปัญหาในการรักษา	1 (สิ้นสุดการศึกษา)	- แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ	-	จ
		- แบบรายงานปัญหาในการรักษาและการส่งต่อข้อมูล		ญ
<b>2.2 การประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ</b>				
- ข้อมูล CD4	1	- แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ	-	จ
- ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา	(สิ้นสุดการศึกษา)		-	
- ข้อมูลโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	1 (สิ้นสุดการศึกษา)	- แบบประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	-	ฉ
- ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์	1 (สิ้นสุดการศึกษา)	- แบบประเมินหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์	-	ช
<b>2.3 การยืนยันว่าผู้ป่วยผ่านเข้าสู่แนวทางปฏิบัติงาน</b>				
- ผลการบันทึกลายเซ็นของผู้ปฏิบัติงานหลังให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติงาน	1 (สิ้นสุดการศึกษา)	- แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ	-	จ
<b>2.4 อัตราการเข้าร่วมการอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานในทีม</b>				
- ผลการบันทึกลายเซ็นของผู้ปฏิบัติงานหลังเข้าร่วมการอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วย	1 (สิ้นสุดการศึกษา)	- ใบเซ็นชื่อเข้าร่วมประชุม	-	-



## ตารางที่ 9 วิธีการเก็บข้อมูล (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนครั้งที่บันทึก	แหล่งที่มา	แหล่งบันทึก	ภาคผนวก
<b>3. ข้อมูลปัญหาในการรักษาของผู้ป่วย</b>				
<b>3.1 ข้อมูลด้านความรู้ของผู้ป่วย</b>				
- เริ่มการศึกษา	2	- ข้อมูลจากการตอบแบบทดสอบหรือสัมภาษณ์	- แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย (16 ข้อ)	ฉ
- สิ้นสุดการศึกษา		- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	- แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย (ข้อ 5-12, 16)	ฉ
<b>3.2 ข้อมูลด้านความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์</b>				
- ด้านครบตามสิ่งวัดโดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่งตามลำดับดังนี้	ทุกครั้ง (ก่อนจ่ายยาต่อ)	- การนับเม็ดยาที่เหลือ - วัดการมาตามกำหนด - รับยา หรือวิธีการ - รายงานผลด้วยตนเอง	- แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ	จ
- ด้านตรงเวลา	ทุกครั้ง (ก่อนจ่ายยาต่อ)	- วัดโดยใช้วิธีการ - รายงานผลด้วยตนเอง - จากการสัมภาษณ์	- แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ	จ
<b>3.3 ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์</b>				
	ทุกครั้ง (ก่อนจ่ายยาต่อ)	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และ/หรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- แบบประเมินหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์	ช
			- แบบประเมินความน่าจะเป็นของอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้วย Naranjo's algorithm	ฉ
<b>3.4 ข้อมูลโรคติดเชื้อฉวยโอกาส</b>				
	ทุกครั้ง (ก่อนจ่ายยาต่อ)	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ร่วมกับประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและยาที่ได้รับในการป้องกัน	- แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย - แบบประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	ง ฉ

## ตารางที่ 9 วิธีการเก็บข้อมูล (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนครั้งที่บันทึก	แหล่งที่มา	แหล่งบันทึก	ภาคผนวก
<b>3. ข้อมูลปัญหาในการรักษาของผู้ป่วย</b>				
3.5 ข้อมูลผลการรักษาและการส่งต่อ	ทุกครั้ง (ก่อนจ่ายยาต่อ)	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และ/หรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ - แบบรายงานปัญหาในการรักษาและการส่งต่อข้อมูล - แบบส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์	จ  ญ  ฐ
<b>4. ข้อมูลความพึงพอใจ</b>				
4.1 ทักษะและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน	1 (สิ้นสุดการศึกษา)	- ข้อมูลจากการตอบแบบประเมินหรือสัมภาษณ์	- แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ	ท
4.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย	1 (สิ้นสุดการศึกษา)	- ข้อมูลจากการตอบแบบประเมินหรือสัมภาษณ์	- แบบประเมินทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางปฏิบัติงานฯ	ต

### ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ และอภิปรายผล

การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐาน ช่วง ในการนำเสนอข้อมูลดังนี้

**3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย** ได้แก่ อายุ เพศ ข้อมูลทางสังคม สาเหตุการติดเชื้อ ระยะเวลาที่เป็น ความรุนแรงของโรค ประวัติการติดเชื้อนวยโอกาส ประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ระดับเซลล์ซีดีโฟร์ สุตรยาที่ได้รับ เป็นต้น

**3.2 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน** วิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมายของตัวชี้วัดผล ซึ่งเป็นดังตารางที่ 10

## ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

	ข้อมูลที่วิเคราะห์	เป้าหมาย
<b>3.2.1</b>	<b>วิเคราะห์ผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงาน ใน 2 ด้าน</b>	
3.2.1.1	ด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนด	
	1) จำนวนและร้อยละของความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ	90%
	2) จำนวนและร้อยละของการประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ	100%
	3) จำนวนและร้อยละของการยืนยันว่าผู้ป่วยผ่านเข้าสู่แนวทางปฏิบัติงาน	100%
	4) อัตราการเข้าร่วมการอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานในทีม	80%
3.2.1.2	ด้านทัศนคติและความพึงพอใจ	พอใจ
<b>3.2.2</b>	<b>วิเคราะห์ผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วย ใน 5 ด้าน</b>	
3.2.2.1	ด้านความรู้ที่จำเป็นต่อผู้ป่วย	
	1) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านประเด็นความรู้ที่จำเป็น	90%
3.2.2.2	ด้านความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	
	1) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ด้านครบตามสั่ง และ อัตราความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย	70%
	2) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ด้านตรงเวลา	80%
	2) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ด้านตรงเวลา	90%
3.2.2.3	ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์	
	1) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์	
	2) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกัน/แก้ไขปัญหายาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์	100%
3.2.2.4	ด้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	
	1) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่พบโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	
	2) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกัน/แก้ไขปัญหายาจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการใช้ยาในโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	100%
3.2.2.5	ด้านความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ	พอใจ

### ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัยจากข้อมูลที่ได้ทั้งด้านผลการวิจัย ข้อเสนอแนะต่อแนวทางปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย ข้อเสนอแนะต่อบทบาทเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วย และ ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยในอนาคตเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยต่อไป

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย และอภิปรายผล

จากการวิจัยเพื่อประเมินผลแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมลักษณะสหสาขาวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ คลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลเมืองระยอง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 จนถึง 28 กุมภาพันธ์ 2549 ได้ผลการศึกษาดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

- 1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย
- 1.2 ข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย
- 1.3 ข้อมูลการใช้ยาอื่น/สมุนไพร ที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวี
- 1.4 ข้อมูลประวัติการรักษาและการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

#### ส่วนที่ 2 แนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

- 2.1 การสร้างทีม
- 2.2 วิธีดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ

#### ส่วนที่ 3 ผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงาน

- 3.1 ด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนด
- 3.2 ด้านทัศนคติและความพึงพอใจ

#### ส่วนที่ 4 ผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วย

- 4.1 ด้านความรู้ที่จำเป็น
- 4.2 ด้านความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
- 4.3 ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์
- 4.4 ด้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- 4.5 ด้านความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

การศึกษาระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 จนถึง 28 กุมภาพันธ์ 2549 มีผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่คลินิกเอชไอวีมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน เข้าร่วมการศึกษา 112 ราย โดยมีผู้ป่วย 4 รายที่ถูกคัดออกจากการศึกษาเนื่องจากถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นได้แก่ ส่งต่องานประกันสังคม 3 ราย และส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน 1 ราย จึงมีผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการศึกษาทั้งสิ้น 108 ราย

### 1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 108 ราย มีอัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1.84 : 1 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส 42 ราย (ร้อยละ 38.9) ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย  $38.75 \pm 7.77$  ปี ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดอยู่ในกลุ่มวัยทำงานอายุตั้งแต่ 25-59 ปี พบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอายุ 30-34 ปีมากที่สุดคือ 38 ราย (ร้อยละ 25.9) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค (45) ที่พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.86 สิทธิการรักษาที่พบมากที่สุดคือ ประกันสุขภาพ 94 ราย (ร้อยละ 87.0) และไม่พบสิทธิประกันสังคม เนื่องจากโรงพยาบาลแยกการดูแลผู้ป่วยไว้อีกโครงการหนึ่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่จบการศึกษาภาคบังคับในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 59 ราย (ร้อยละ 54.6) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าค่าแรงงานขั้นต่ำ 64 ราย (ร้อยละ 59.3)

ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อเฉลี่ย  $31.22 \pm 28.48$  เดือน พบตั้งแต่ 4 เดือน ถึง 11 ปี โดยพบมากในช่วงเวลา 1-5 ปี 74 ราย (ร้อยละ 68.5) สาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่ติดจากการมีเพศสัมพันธ์ 90 ราย (ร้อยละ 83.3) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2) ที่พบรายงานร้อยละ 83.89 ผู้ป่วยมีประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากยา 34 ราย (ร้อยละ 31.5) โดยเกิดแพ้ยา 29 ราย (ร้อยละ 26.9) และเกิดอาการข้างเคียงจากยา 5 ราย (ร้อยละ 4.6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคประจำตัว 82 ราย (ร้อยละ 75.9) ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมี 26 ราย (ร้อยละ 24.1) โรคที่พบได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไต จิตเวช เป็นต้น ดังตารางที่ 11

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N = 108 ราย)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	70	64.8
หญิง	38	35.2
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	36	33.3
สมรส	42	38.9
หม้าย/หย่า/แยก	30	27.8
<b>อายุ</b>		
20-24 ปี	2	1.9
25-29 ปี	7	6.5
30-34 ปี	28	25.9
35-39 ปี	23	21.3
40-44 ปี	23	21.3
45-49 ปี	17	15.7
50-54 ปี	4	3.7
55-59 ปี	2	1.9
60-64 ปี	2	1.9
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	38.75 $\pm$ 7.77 ปี	
<b>สิทธิการรักษา</b>		
ประกันสุขภาพ	94	87.0
เบิกได้	8	7.4
ชำระเงิน	6	5.6
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.9
ประถมศึกษา	58	53.7
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	20	18.5
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	22	20.4
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	7	6.5
<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
น้อยกว่า 2,000 บาท	18	16.7
2,000-5,999 บาท	46	42.6
6,000 บาทขึ้นไป	44	40.7

**ตารางที่ 11** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (N = 108 ราย) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคเชื้อ		
< 1 ปี	20	18.5
1-5 ปี	74	68.5
> 5 ปี	14	13.0
มีพื้นฐาน 24 เดือน		
สาเหตุการติดเชื้อ		
เพศสัมพันธ์	90	83.3
รับเลือดที่มีเชื้อ	4	3.7
ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น	12	11.1
ไม่ทราบ	2	1.9
ประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากยา		
ไม่มี	74	68.5
มี	34	31.5
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	82	75.9
มี	26	24.1

## 1.2 ข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย

ปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ 75 ราย (ร้อยละ 69.4) ไม่ดื่มสุรา/เบียร์ 84 ราย (ร้อยละ 77.8) และไม่ใช่สารเสพติดทั้ง 108 ราย (ร้อยละ 100.0) โดยมีผู้ป่วยที่เคยใช้แต่เลิกแล้ว 20 ราย (ร้อยละ 18.5) ในจำนวนนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 12 ราย (ร้อยละ 11.1)

ส่วนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีถึง 33 ราย (ร้อยละ 30.6) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด โดยเบื้องต้นในการศึกษานี้ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลทั้งข้อดีและข้อเสียของการสูบบุหรี่ และประเมินระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยยังไม่มี ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ในช่วงเวลา 6 เดือนนี้ (precontemplation) แต่มีความพยายามในการลดจำนวนบุหรี่ลง ส่วนผู้ป่วยที่ดื่มสุรา/เบียร์มี 24 ราย (ร้อยละ 22.2) ผู้ป่วยที่ดื่มสุรา/เบียร์และรับยาต้านไวรัสเอดส์ในระยะเริ่มต้นของการรักษาควรได้รับการเฝ้าระวังการเกิดตับอักเสบอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงทั้งจากอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย (N = 108 ราย)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการสูบบุหรี่	
ไม่สูบบุหรี่	51 (47.2)
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	24 (22.2)
น้อยกว่า 1 ปี	13 (12.0)
1 ปีขึ้นไป	11 (10.2)
สูบบุหรี่	33 (30.6)
น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน	14 (13.0)
10-20 มวนต่อวัน	12 (11.1)
ไม่ทราบจำนวน	7 (6.5)
ประวัติการดื่มสุรา/เบียร์	
ไม่ดื่ม	61 (56.5)
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	23 (21.3)
น้อยกว่า 1 ปี	12 (11.1)
1 ปีขึ้นไป	11 (10.2)
ดื่มสุรา/เบียร์	24 (22.2)
อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน	4 (3.7)
อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์	16 (14.8)
อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน	4 (3.7)
ประวัติการใช้สารเสพติด	
ไม่เคยใช้	88 (81.5)
เคยใช้แต่เลิกแล้ว	20 (18.5)

### 1.3 ข้อมูลการใช้ยาอื่น/สมุนไพร ที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวี

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ยาอื่นที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวี 84 ราย (ร้อยละ 77.8) และไม่มีการใช้สมุนไพรที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวี 100 ราย (ร้อยละ 92.6)

ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาอื่นร่วมด้วยมี 24 ราย (ร้อยละ 22.2) โดยมีการใช้แต่แพทย์ไม่ทราบ 17 ราย (ร้อยละ 15.7) กลุ่มยาที่ใช้ได้แก่ ยาบรรเทาอาการปวด ใช้ หัวัด ยาคลายกล้ามเนื้อ และยาสำหรับโรคประจำตัว เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีการใช้สมุนไพรร่วมด้วยมี 8 ราย (ร้อยละ 7.4) โดยมีการใช้แต่แพทย์ไม่ทราบ 7 ราย (ร้อยละ 6.5) สมุนไพรที่ใช้ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร โสมและยาคอง โสม สะเดา ชีเหล็ก และน้ำลูกยอ เป็นต้น ดังตารางที่ 13

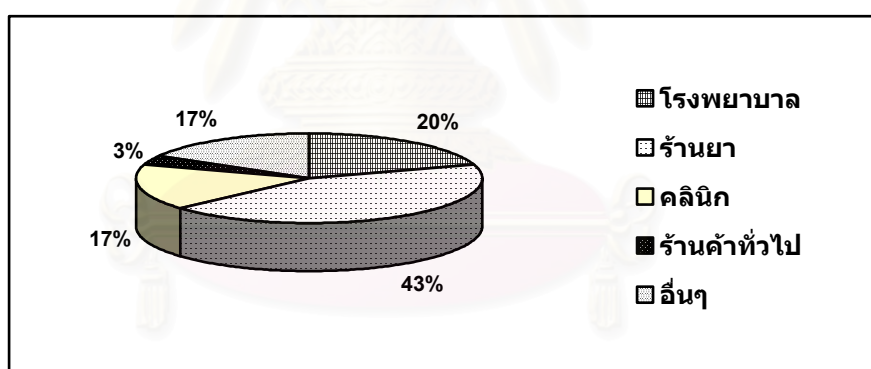


ตารางที่ 13 ข้อมูลการใช้ยาอื่น/สมุนไพร ที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวี (N = 108 ราย)

ประวัติการใช้	ยาอื่น	สมุนไพร
ไม่มีการใช้	84 (77.8)	100 (92.6)
มีการใช้ แพทย์ทราบ	7 (6.5)	1 (0.9)
มีการใช้ แพทย์ไม่ทราบ	17 (15.7)	7 (6.5)
<b>รวม</b>	<b>108 (100.0)</b>	<b>108 (100.0)</b>

การใช้ยาอื่นหรือสมุนไพรที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวี ผู้ป่วยใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งใช้เพื่อบรรเทาอาการอื่นทั่วไป ไม่ได้ใช้เพื่อมุ่งหวังด้านผลการรักษาโรคเอดส์ที่เป็นอยู่ โดยแหล่งที่มาของยาอื่น/สมุนไพรที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวีแสดงในรูปที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับมาจากร้านยา ร้อยละ 43 รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาล ร้อยละ 20 และคลินิก ร้อยละ 17 ตามลำดับ

รูปที่ 4 แหล่งที่มาของยาอื่น/สมุนไพร ที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวี



#### 1.4 ข้อมูลประวัติการรักษาและการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

##### 1.4.1 ระดับความรุนแรงของโรค

ระดับความรุนแรงของโรคอ้างอิงตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อและป้องกันประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ในปีค.ศ.1993 ดังภาคผนวก ก พบว่า เมื่อเริ่มเข้าโครงการ NAPHA ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 106 ราย (ร้อยละ 98.1) มีคุณสมบัติตรงตามข้อบ่งชี้ต่อการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ของโครงการ NAPHA (8) ดังภาคผนวก ข ส่วนผู้ป่วยอีก 2 ราย (ร้อยละ 1.9) ไม่ตรงตามเกณฑ์เนื่องจากมีความรุนแรงของโรคในระดับ A2 เพราะเป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์จากโครงการรักษาอื่นมาก่อน เมื่อเริ่มการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับเข้าสู่ระยะไม่มีอาการถึง 105 ราย

(ร้อยละ 97.2) โดยมีผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 2.8) ที่ยังคงอยู่ในระยะมีอาการจากโรคผิวหนังอักเสบ ดังตารางที่ 14 อาจเป็นเพราะการศึกษานี้มีระยะเวลาของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จนถึงก่อนเริ่ม การศึกษาที่มีมาตรฐาน 15 เดือน โดยเมื่อเริ่มการศึกษาผู้ป่วยมีมาตรฐานระดับเซลล์ซีดีโฟร์ที่ 209 เซลล์/มคด. แสดงว่าควบคุมโรคได้ในระดับดีทั้งด้านไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น

ตารางที่ 14 ระดับความรุนแรงของโรค<sup>a</sup> (N = 108 ราย)

ระดับเซลล์ซีดีโฟร์ (เซลล์/มคด.)	อาการแสดงทางคลินิก					
	Asymptomatic ( A )		Symptomatic ( B )		AIDS ( C )	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
	เริ่ม โครงการ	เริ่ม การศึกษา	เริ่ม โครงการ	เริ่ม การศึกษา	เริ่ม โครงการ	เริ่ม การศึกษา
(1) $\geq 500$	0	11 (10.2)	0	0	1 (0.9)	0
(2) 200 – 499	2 (1.9)	53 (49.1)	6 (5.6)	0	4 (3.7)	0
(3) < 200	3 (2.8)	41 (38.0)	25 (23.1)	3 (2.8)	67 (62.0)	0

หมายเหตุ a : คำอธิบายระดับความรุนแรงของโรค ดังภาคผนวก ก

#### 1.4.2 ระดับเซลล์ซีดีโฟร์

ตารางที่ 15 ระดับเซลล์ซีดีโฟร์ (N = 108 ราย)

ระดับเซลล์ซีดีโฟร์ (เซลล์/มคด.)	จำนวน (ร้อยละ)	
	เริ่มโครงการ	เริ่มการศึกษา
มาตรฐาน (เซลล์/มคด.)	38.50	209.00
0 – 100	76 (70.4)	20 (18.5)
101 – 200	19 (17.6)	32 (29.6)
201 - 350	10 (9.3)	38 (35.2)
> 350	3 (2.8)	18 (16.7)
<b>รวม</b>	<b>108 (100.0)</b>	<b>108 (100.0)</b>

จากตารางที่ 15 พบว่า เมื่อเริ่มเข้าโครงการ NAPHA ผู้ป่วยมีระดับเซลล์ซีดีโฟร์ตั้งแต่ 1 - 522 เซลล์/มคด. มีมาตรฐานระดับเซลล์ซีดีโฟร์ที่ 38.50 เซลล์/มคด. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 76 ราย (ร้อยละ

70.4) มีระดับเซลล์ซีดีโฟร์น้อยกว่า 100 เซลล์/มคล. ซึ่งจำเป็นต้องให้ยาในการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยในประเทศไทย 2 โรคคือ PCP และ Cryptococcosis เมื่อเริ่มการศึกษาผู้ป่วยมีระดับเซลล์ซีดีโฟร์ตั้งแต่ 1 - 987 เซลล์/มคล. มีมาตรฐานระดับเซลล์ซีดีโฟร์ที่ 209 เซลล์/มคล. ผู้ป่วยทั้งหมดต้องได้รับการติดตามเรื่องการไข้และการหยุดยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

### 1.4.3 ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ประวัติผู้ป่วยก่อนเข้าโครงการ NAPHA พบว่า ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสถึง 80 ราย (ร้อยละ 74.1) และเมื่อเริ่มการศึกษาลดลงเหลือ 22 ราย (ร้อยละ 20.4) อาจเป็นเพราะการศึกษานี้ผู้ป่วยมีระยะเวลาของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จนถึงก่อนเริ่มการศึกษาที่มีมาตรฐาน 15 เดือนและมีระดับเซลล์ซีดีโฟร์ที่เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโครงการ NAPHA ดังที่แสดงไว้แล้ว โดยโรคที่พบมาก 5 อันดับแรกได้แก่ โรคปอดอักเสบจาก *Pneumocystic jiroveci* 52 ราย (ร้อยละ 48.1) รองลงมาได้แก่ วัณโรค (ปอดหรือนอกปอด) 33 ราย (ร้อยละ 30.6) ติดเชื้อรา Candidiasis ในช่องปาก 17 ราย (ร้อยละ 15.7) ติดเชื้อรา Cryptococcosis 11 ราย (ร้อยละ 10.2) และ Bacterial pneumonia (recurrent) 7 ราย (ร้อยละ 6.5) ตามลำดับ ดังตารางที่ 16

ประวัติการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในปีพ.ศ. 2547-2548 ผู้ป่วย 41 ราย (ร้อยละ 38.0) เคยนอนป่วยในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี สาเหตุที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคปอดอักเสบจาก *Pneumocystic jiroveci* 20 ราย (ร้อยละ 48.8) วัณโรคปอดหรืออกปอด 8 ราย (ร้อยละ 19.5) และติดเชื้อรา Cryptococcosis 6 ราย (ร้อยละ 14.6) ตามลำดับ

### 1.4.4 ประวัติยาต้านไวรัสเอดส์ที่เคยได้รับ

เมื่อย้อนหลังไปตั้งแต่เริ่มรับยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ NAPHA ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 71 ราย (ร้อยละ 65.7) มีประวัติได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เพียง 1 สูตร ยาที่ใช้ในการรักษามากที่สุดคือ GPO-vir S30 ส่วนผู้ป่วย 37 ราย (ร้อยละ 34.3) เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่า 1 สูตร โดยมีสาเหตุของการปรับเปลี่ยนสูตรยาจากอาการไม่พึงประสงค์ของยาหลายประการได้แก่ แพ้ NVP ใน GPO-vir ในช่วง 2-4 สัปดาห์แรกของการเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ เกิด peripheral neuropathy หรือ lipodystrophy จาก d4T ในยา GPO-vir และจากสาเหตุอื่นเช่น ผู้ป่วยได้รับการรักษาวัณโรคร่วมด้วยจึงใช้สูตรยาที่มี EFV ก่อนที่จะปรับเป็น GPO-vir หรือผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวในการรักษาจากยาสูตรแรกที่ใช้ เป็นต้น

ตารางที่ 16 ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (N = 108 ราย)

ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนเข้า NAPHA	ก่อนการศึกษา
ไม่เกิด	28 (25.9)	86 (79.6)
เกิด <sup>a</sup>	80 (74.1)	22 (20.4)
วัณโรคปอดหรือนอกปอด	33 (30.6)	7 (6.5)
โรคปอดอักเสบจาก <i>Pneumocystic jiroveci</i>	52 (48.1)	6 (5.6)
ติดเชื้อรา Cryptococcosis	11 (10.2)	3 (2.8)
oral Candidiasis	17 (15.7)	1 (0.9)
MAC	1 (0.9)	1 (0.9)
CMV	2 (1.9)	1 (0.9)
Bacterial pneumonia (recurrent)	7 (6.5)	1 (0.9)
HZV	6 (5.6)	3 (2.8)
HSV	3 (2.8)	4 (3.7)
รวม	108 (100.0)	108 (100.0)

หมายเหตุ a : ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้มากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 17 สูตรยาด้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในปัจจุบัน (N = 108 ราย)

สูตรยาด้านไวรัสเอดส์	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
GPO-vir S 30	80	74.1
d4T / 3TC / EFV	19	17.6
d4T / 3TC / IDV / RTV	2	1.9
AZT / 3TC / NVP	4	3.7
AZT / 3TC / EFV	2	1.9
d4T(20) / 3TC / NVP	1	0.9
รวม	108	100.0

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 80 ราย (ร้อยละ 74.1) ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์สูตร GPO-vir S30 ซึ่งมี 1 ขนานยาและรับประทานเพียง 2 เม็ดต่อวัน ส่วนผู้ป่วยอีก 28 ราย (ร้อยละ 25.9) ต้องรับประทานยารวันละไม่ต่ำกว่า 3 ขนานยาและมีตั้งแต่ 5 เม็ดต่อวันขึ้นไป โดยสูตรยาที่ใช้

มารองลงมาได้แก่ สูตร d4T / 3TC / EFV 19 ราย (ร้อยละ 17.6) และสูตร AZT / 3TC / NVP 4 ราย (ร้อยละ 3.7) ตามลำดับ การศึกษา (25,27) ระบุว่า จำนวนเม็ดยาด้านไวรัสเอดส์ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อความร่วมมือในการใช้ยา

ผู้ป่วยทั้ง 108 ราย (ร้อยละ 100) รับประทานยาวันละ 2 ครั้งคือทุก 12 ชั่วโมง เนื่องจากเมื่อเริ่มการรักษาพยาบาลผู้ให้การรักษาแนะนำให้รับประทานทุก 12 ชั่วโมงในทุกสูตร และผู้ป่วยเองยินดีในการรับประทานวันละ 2 ครั้งเพราะสะดวก ไม่ต้องจดจำบ่อย และไม่เกิดปัญหาทานไม่หลับจากสูตรยาที่มี EFV

ตารางที่ 18 ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์จนถึงก่อนเริ่มการศึกษา(N= 108 ราย)

ระยะเวลาของการรักษา		จำนวน (ร้อยละ)	ค่าทางสถิติ		
< 6	เดือน	18 (16.7)	ค่าต่ำสุด	2	เดือน
6 - 12	เดือน	25 (23.1)	ค่าสูงสุด	36	เดือน
> 1	ปี	65 (60.2)	มัธยฐาน	15	เดือน
รวม		108 (100.0)			

จากตารางที่ 18 พบว่า ระยะเวลาของการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์จนถึงก่อนเริ่มการศึกษามีมัธยฐานที่ 15 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านไวรัสเอดส์มากกว่า 1 ปี 65 ราย (ร้อยละ 60.2) รองลงมาได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านไวรัสเอดส์มา 6 - 12 เดือน 25 ราย (ร้อยละ 23.1) และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านไวรัสเอดส์น้อยกว่า 6 เดือน 18 ราย (ร้อยละ 16.7) ตามลำดับ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลเมืองชะเชิงเทรามีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นรายเดิมที่มีการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์มาระยะหนึ่งจนอาการทางคลินิกค่อนข้างคงที่ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญต่อการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์ในระยะยาว รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 แนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ

ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานฯ ได้ดำเนินการใน 2 ส่วน ได้แก่ 1) การสร้างทีม และ 2) วิธีดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ

### แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

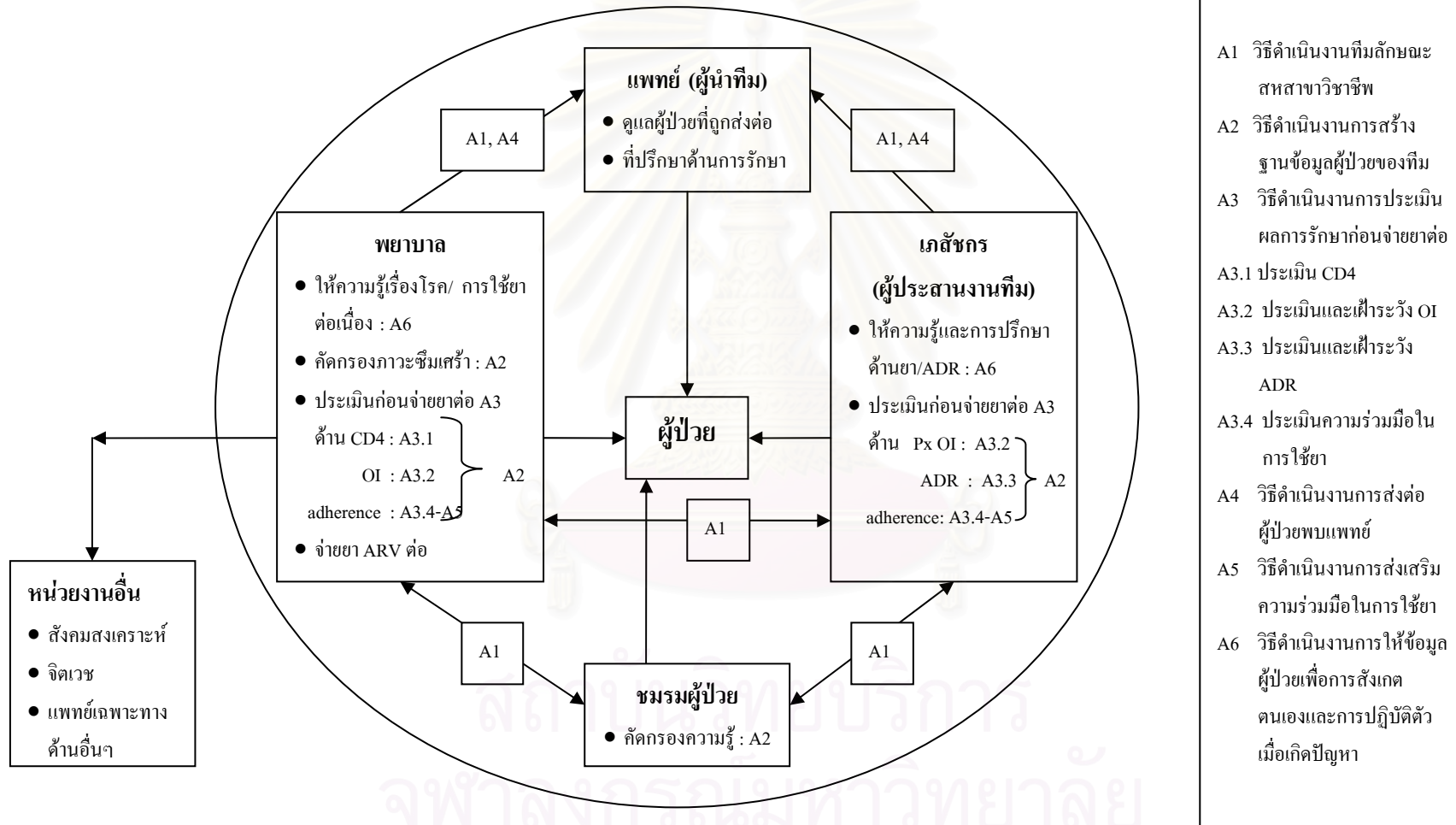
มีลักษณะการทำงานเป็นทีม บริหารจัดการทีมโดยผู้ประสานงานและผู้ปฏิบัติงานหลัก 1-2 คนซึ่งทำหน้าที่วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้บริการ และประสานงานกับสมาชิกในทีมซึ่งอาจไม่ได้เข้าร่วมในการดูแลครั้งนั้น โดยสมาชิกแต่ละคนในทีมมีการตัดสินใจและคำแนะนำของสาขาตนเองและอาจรวมเข้าด้วยกันโดยผู้ประสานงานทีม เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันโดยมีการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษาอย่างชัดเจน

#### 2.1 การสร้างทีม

1. สร้างทีมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกหลักในทีมอย่างน้อยต้องประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และผู้ให้การปรึกษา (โรงพยาบาลที่มีความพร้อมด้านกำลังคนอาจมีสมาชิกเพิ่ม) นอกจากนั้นควรมีสมาชิกในสาขาต่อไปนี้ได้แก่ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ชุมรมผู้ป่วย โภชนากร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
2. ทีมคัดเลือกผู้นำทีมและผู้ประสานงานทีม เพื่อทำหน้าที่วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ประสานงานและสื่อสารกับสมาชิกในทีม
3. ทีมกำหนดโครงสร้างและกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจนของสมาชิกในทีม เพื่อสะดวกในการทำงาน และเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน ดังรูปที่ 5

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปที่ 5 แนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ



## 2.1 วิธีดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ

ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขปัญหาต่างๆที่พบในระหว่างการศึกษา สามารถสรุปได้ 6 วิธีดำเนินงาน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

- A1 วิธีดำเนินการดำเนินงานที่มัลักษณะสหสาขาวิชาชีพ
- A2 วิธีดำเนินการสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยของทีม
- A3 วิธีดำเนินการประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ
  - A3.1 วิธีดำเนินการประเมิน CD4
  - A3.2 วิธีดำเนินการประเมินและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (82-84,88)
  - A3.3 วิธีดำเนินการประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ (82,85-90)
  - A3.4 วิธีดำเนินการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (22,38,62-63)
- A4 วิธีดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์
- A5 วิธีดำเนินการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (11,24,37,39,42,62)
- A6 วิธีดำเนินการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหา (37-42)



## A1 วิธีดำเนินงานที่มีลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคลากรในทีมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกัน และมีประสิทธิภาพ

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. กำหนดเป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่
  - 1.1 ผู้ป่วยมีความรู้ที่จำเป็นครบทั้ง 3 ประเด็น
  - 1.2 ผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
  - 1.3 ผู้ป่วยได้รับการป้องกันและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่เกิดขึ้น
  - 1.4 ผู้ป่วยได้รับการป้องกันและแก้ไขโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้น
2. กำหนดอำนาจการตัดสินใจของผู้ดูแลรักษา ดังนี้
  - 2.1 แพทย์
    - การสั่งหยุด / ปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือสูตรยาต้านไวรัสเอดส์
    - สั่งยาในการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือ อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์
  - 2.2 เภสัชกร
    - การปรับเปลี่ยนยาสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
    - การปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
    - สั่งยาเพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่ไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ (ภาคผนวก ท)
    - สั่งตรวจผลทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ท)
  - 2.2 พยาบาล
    - การปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
    - สั่งยาต้านไวรัสเอดส์ (รายการเดิม)
    - สั่งและหยุดยาสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
    - สั่งยาเพื่อรักษาโรคติดเชื้อรา Candidiasis ในช่องปาก หลอดอาหาร (ภาคผนวก ค)
    - สั่งยาเพื่อรักษา PPE และผู้ป่วยที่มี Hgb น้อยกว่าค่าล่างของค่าปกติ

## ขั้นตอนการดำเนินงาน

## 3. การสื่อสารในทีม

- ผ่านทางฐานข้อมูลในการรักษาผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อใช้วางแผนการรักษาและสื่อสารกันในทีม
- ผ่านทางผู้ประสานงานทีม เพื่อสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่อาจนำมาสู่การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติงานฯ
- ควรจัดประชุมหรืออภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วยร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยทั้งโดยรวมและรายบุคคล แลกเปลี่ยนข้อมูล/ข่าวสารที่ทันต่อสถานการณ์ และนำเสนอข้อมูลผลการปฏิบัติงานแก่ทีมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## A2 วิธีดำเนินงานการสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยของทีม

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้สมาชิกในทีมมีข้อมูลที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วน และใช้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเชื่อมโยง ต่อเนื่อง

### ข้อมูลที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย

1. ข้อมูลทางสังคมและจิตใจ
2. ทักษะของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์
3. ปัญหาในการรักษา

### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. สืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยได้จาก 2 แหล่งข้อมูลคือ
  - 1.1 การบันทึก รวบรวมได้จากเวชระเบียนและแบบบันทึกผลการติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยของโครงการ NAPHA และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ภาคผนวก ง)
    - พยาบาล - ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติการติดเชื้อและโรคประจำตัวอื่น
    - เภสัชกร - ข้อมูลประวัติการรักษาและการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
  - 1.2 ตัวผู้ป่วย
    - 1.2.1 สร้างความสัมพันธ์เบื้องต้นกับผู้ป่วย โดยการกล่าวทักทายและแนะนำตัว
    - 1.2.2 สัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อความครบถ้วนของข้อมูลในด้านต่อไปนี้ แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาคผนวก จ)
      - พยาบาล - ข้อมูลทางเศรษฐกิจ ภาระที่ผู้ป่วยต้องดูแล ความช่วยเหลือที่เคย์ได้รับ
        - ข้อมูลทางสังคม เช่น การเปิดเผยตนเอง การเข้ากลุ่มชมรม
          - การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด เป็นต้น
        - ข้อมูลภาวะจิตใจ ประเมินด้วยการพูดคุยและสังเกต ส่วนรายที่สงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตใจให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (ภาคผนวก ก)
      - เภสัชกร - ข้อมูลการใช้และแหล่งที่มาของยาอื่น / สมุนไพร ที่รับนอกเหนือจากคลินิกของโรงพยาบาล
        - ทักษะของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามทักษะของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ข)
2. สืบค้นข้อมูลปัญหาในการรักษา แล้วบันทึกลงในแบบบันทึกผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาคผนวก จ) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่
  - 2.1 ความรู้ของผู้ป่วย : ตัวแทนชมรมผู้ป่วย
    - ประเมินด้วยแบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย (ภาคผนวก ฉ) (ต่อ)

## A2 วิธีดำเนินงานการสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยของทีม (ต่อ)

### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (ต่อ)

- 2.2 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ : พยาบาลผู้ให้การปรึกษาและเภสัชกร ประเมินด้วยวิธีการวัดที่กำหนด ดังวิธีดำเนินงานการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (วิธีดำเนินงาน A3.4)
- 2.3 อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ : เภสัชกร ประเมินด้วยแบบประเมินหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ข)
- 2.4 โรคติดเชื้อฉวยโอกาส : พยาบาลผู้ให้การปรึกษา ประเมินด้วยแบบประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ภาคผนวก ฉ)
3. ระบุรายละเอียดกิจกรรมที่ได้ให้ผู้ป่วยไปแล้ว พร้อมทั้งลงวันที่และลายเซ็นผู้ปฏิบัติงาน ในแบบบันทึกผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาคผนวก จ) และแบบรายงานปัญหาในการรักษาและการส่งต่อข้อมูล (ภาคผนวก ฉ) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานคนอื่นๆ ในทีมได้รับทราบ และเตรียมการให้กิจกรรมอื่นแก่ผู้ป่วยต่อไป
4. ระบุรายละเอียดประเด็นที่ต้องส่งต่อหรือติดตาม พร้อมทั้งลงวันที่และลายเซ็นผู้ปฏิบัติงานในแบบรายงานปัญหาในการรักษาและการส่งต่อข้อมูล(ภาคผนวก ฉ) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานคนอื่นๆ ในทีมได้รับทราบและติดตามให้กิจกรรมเพื่อมุ่งเน้นประเด็นนั้นๆ แก่ผู้ป่วยต่อไป
5. นำข้อมูลของผู้ป่วยเข้าที่ประชุมในทีม และอภิปรายกรณีศึกษาในผู้ป่วยรายที่พบปัญหาต้องส่งต่อแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อได้ข้อมูลในการปรับปรุงวิธีดำเนินงานปฏิบัติงานต่างๆ ในอนาคต

### หลักการพื้นฐานข้อมูล

1. แบบบันทึกสำหรับผู้ป่วยหนึ่งรายจะถูกใช้งานร่วมกัน โดยมีการแบ่งส่วนการทำงานตามหน้าที่รับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน โดยแบบบันทึก 1 ชุดประกอบด้วย
  - 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ภาคผนวก ง)
  - 2) แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาคผนวก จ)
  - 3) แบบประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ภาคผนวก ฉ)
  - 4) แบบประเมินหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ข)
  - 5) แบบสอบถามทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ข)
  - 6) แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย (ภาคผนวก ฉ)
  - 7) แบบรายงานปัญหาในการรักษาและการส่งต่อข้อมูล (ภาคผนวก ฉ)
2. แบบบันทึก 1 ชุดและเวชระเบียนผู้ป่วยนอกจะแนบด้วยกัน (ใส่ซองสีน้ำตาล) และตามไปกับผู้ป่วย โดยเริ่มที่คลินิกเอชไอวีและสิ้นสุดที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก

### A3 วิธีดำเนินงานการประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ

#### วัตถุประสงค์

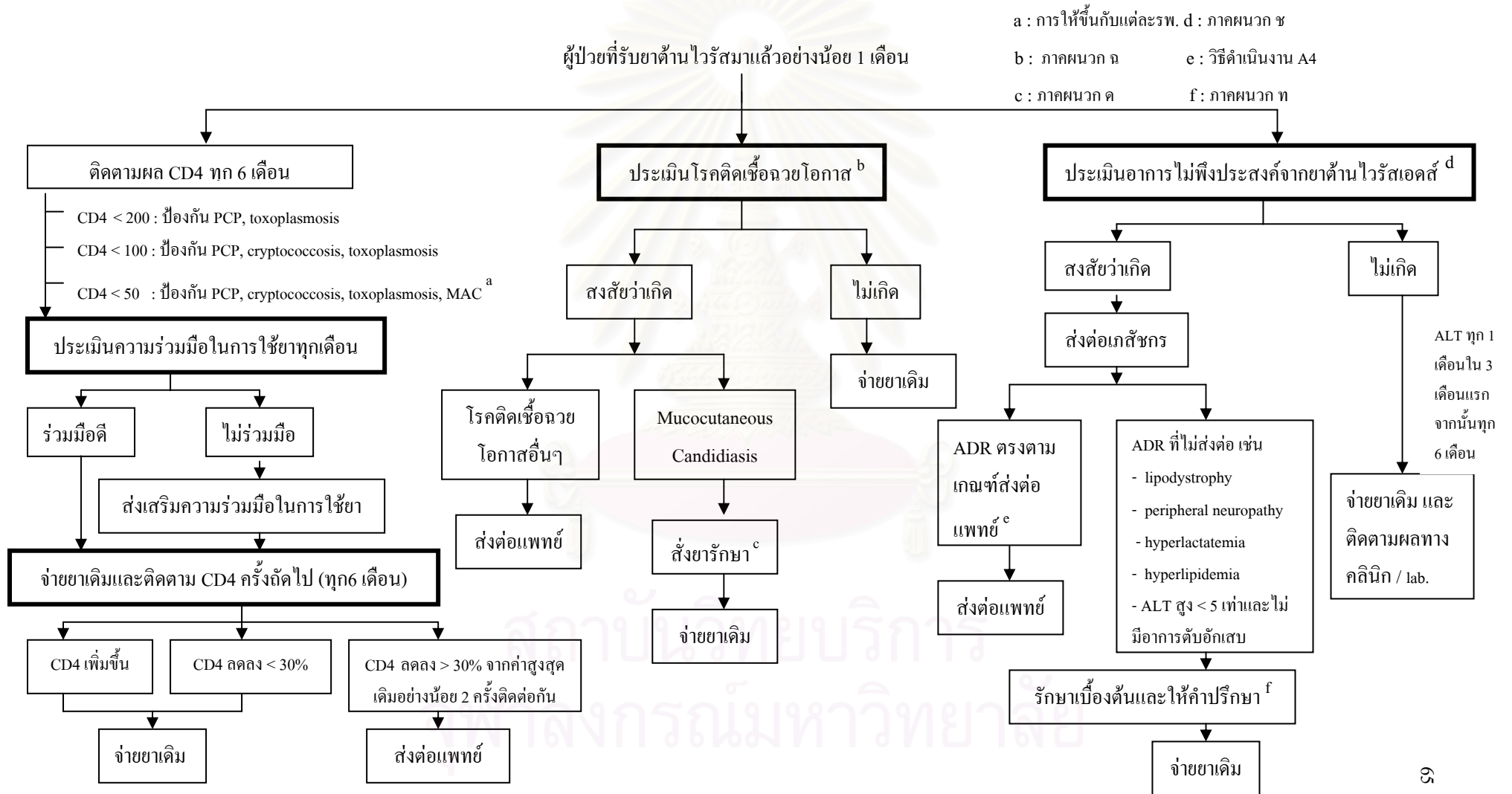
ประเมินผลการรักษาผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้วางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมว่าผู้ป่วยควรได้รับการส่งจ่ายยาต่อหรือควรส่งต่อพบแพทย์

#### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

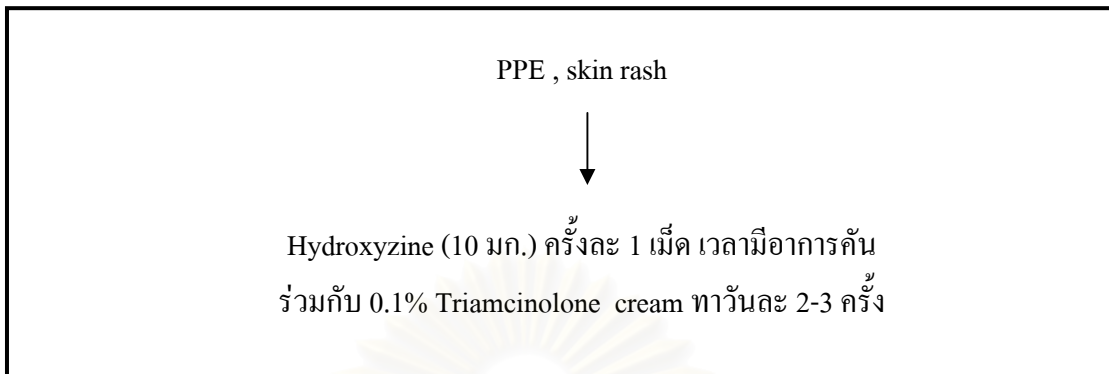
1. การติดตามผู้ป่วยแต่ละครั้ง ต้องประเมินผลการรักษาผู้ป่วยใน 4 ด้าน ได้แก่
  - 1.1 ผลทางระบบภูมิคุ้มกัน (CD4) โดยพยาบาลผู้ให้การศึกษา (วิธีดำเนินงาน A3.1)
  - 1.2 โรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยพยาบาลผู้ให้การศึกษา (วิธีดำเนินงาน A3.2)
  - 1.3 อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเภสัชกร (วิธีดำเนินงาน A3.3)
  - 1.4 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยพยาบาลผู้ให้การศึกษาและเภสัชกร (วิธีดำเนินงาน A3.4)

เพื่อพิจารณาต่อว่าผู้ป่วยรายนั้นควรได้รับการจ่ายยาต่อหรือควรส่งต่อให้แพทย์เป็นผู้ดูแล ดังรูปที่ 6
2. ผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วยข้อใดข้อหนึ่ง ให้ทำการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์ ดังวิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ (วิธีดำเนินงาน A4)
3. ผู้ป่วยที่ไม่มีมีลักษณะตามเกณฑ์ในการส่งต่อแพทย์จะได้รับการจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์เดิม รับการให้ความรู้ที่จำเป็น รับการปรึกษาปัญหาในการรักษา รับการปรึกษาและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และได้รับการดูแลปัญหาอื่นที่อาจพบในการรักษา
4. พยาบาลผู้ให้การศึกษาสามารถทำการส่งจ่ายยาบางรายการที่กำหนดและได้รับมอบอำนาจจากแพทย์ในทีมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อรักษาอาการ/โรคที่เกิดขึ้น ในกรณีต่อไปนี้ ได้แก่ PPE และผู้ป่วยที่มี Hgb น้อยกว่าค่าล่างของค่าปกติ วิธีดำเนินงานการดูแล ดังรูปที่ 7-8

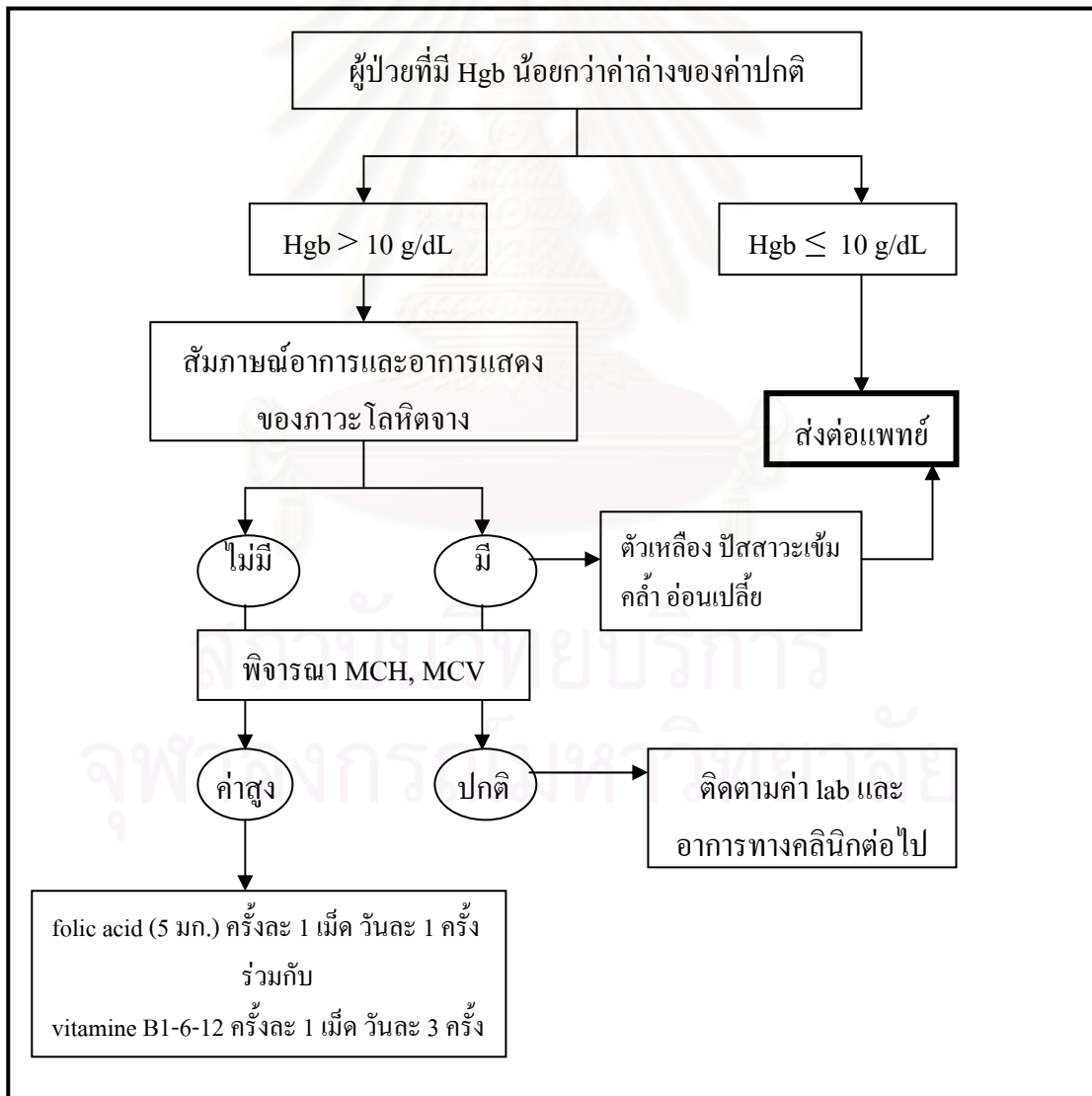
## รูปที่ 6 แผนงานการประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ



รูปที่ 7 วิธีดำเนินงานการดูแล PPE, skin rash



รูปที่ 8 วิธีดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่มี Hgb น้อยกว่าค่าล่างของค่าปกติ



### A3.2 วิธีดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

#### วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและผู้ป่วยได้รับการส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม

#### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

##### พยาบาลผู้ให้การศึกษา

1. ทบทวนประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และค่า CD4 ของผู้ป่วยร่วมด้วยทุกครั้ง
2. สัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม/สัตว์เลี้ยง
3. ในการติดตามผู้ป่วยทุกครั้ง ให้สอบถามอาการและอาการแสดงตามแบบประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ภาคผนวก ก)
4. กรณีไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ให้สั่งใช้หรือหยุดยาสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ตามภาคผนวก ค และภาคผนวก ง
5. กรณีที่ผู้ป่วยเกิด Mucocutaneous candidiasis (oral, esophagus) ไม่ต้องส่งต่อแพทย์ โดยให้สั่งยาในการรักษาตาม ภาคผนวก ค
6. หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงบางอย่าง ที่สงสัยว่าเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ยกเว้น Mucocutaneous candidiasis (oral, esophagus) ให้ส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา โดยเขียนข้อมูลผลการประเมินลงในแบบส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ (ภาคผนวก จ) และแนบไว้บนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
7. หลังส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์บันทึกข้อมูลการรักษาในแบบรายงานปัญหาในการรักษาและการส่งต่อข้อมูล (ภาคผนวก ฉ) และแจ้งทุกคนในทีมเพื่อเฝ้าระวังและติดตาม

##### แพทย์ (กรณีรับการส่งต่อผู้ป่วย)

1. แพทย์ทำการแก้ไขปัญหาและให้การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสตามภาคผนวก ค และบันทึกข้อมูลการรักษาลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

##### เภสัชกร

1. ค้นหาปัญหาจากการใช้และหยุดยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หากพบปัญหาให้ทำการแก้ไขให้เหมาะสมตาม ภาคผนวก ค และภาคผนวก ง และบันทึกข้อมูลลงในแบบรายงานปัญหาในการรักษาและการส่งต่อข้อมูล (ภาคผนวก ฉ)
2. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบผลการประเมิน รวมทั้งให้ความรู้และการปรึกษาเรื่องยาและระยะเวลาในการรักษา การใช้ยาป้องกันการเกิดหรือกลับเป็นซ้ำของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและการปฏิบัติตัว



### A3.3 วิธีดำเนินงานการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์

#### วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย ทั้ง  
ระยะสั้นและระยะยาว และให้การดูแลที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็ว

#### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

##### พยาบาลผู้ให้การรักษา

1. เมื่อสงสัยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ ให้แจ้งเภสัชกรและเขียนบันทึกลงในแบบ  
รายงานปัญหาในการรักษาและการส่งต่อข้อมูล (ภาคผนวก ฅ)
2. บันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่เกิดขึ้นลงในแบบบันทึกผลการติดตามการ  
ดูแลรักษาผู้ป่วยของโครงการ NAPHA

##### เภสัชกร

1. ตรวจสอบความเหมาะสมของยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับในด้านชนิดยา ขนาดยา วิธีใช้และเวลาการ  
รับประทานยา
2. ทบทวนประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ และผลทางห้องปฏิบัติการ ของผู้ป่วยร่วม  
ด้วยทุกครั้ง
3. ในการติดตามผู้ป่วยทุกครั้ง ให้สอบถามอาการและอาการแสดงตามแบบประเมินหาอาการไม่พึง  
ประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ฆ)
4. ประเมินความน่าจะเป็นของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น โดยใช้ Naranjo's algorithm (ภาคผนวก ฅ)  
และบันทึกข้อมูลในแบบรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
6. กรณีที่อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์นั้นเป็นไปตามเกณฑ์ในการส่งต่อแพทย์แจ้งให้  
แพทย์ทราบโดยแบบแบบส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ (ภาคผนวก ฐ) ไว้บนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและทำ  
การส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์
7. กรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่นอกเหนือจากเกณฑ์ในการส่งต่อแพทย์ ให้  
จัดการปัญหาด้วยการสั่งยาในการรักษาเบื้องต้น ให้การรักษา และเฝ้าระวัง ตามภาคผนวก ท
8. แจ้งข้อมูลแก่ทีมโดยบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่เกิดขึ้นลงในเวช  
ระเบียนผู้ป่วยนอก และแบบบันทึกผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาคผนวก จ)
9. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบข้อมูลชื่อยา อาการที่เกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา  
ต้านไวรัสเอดส์ กรณีแพทย์ให้มอบบัตรแพทย์แก่ผู้ป่วย

##### แพทย์ (กรณีรับการส่งต่อผู้ป่วย)

1. แพทย์ทำการแก้ไขปัญหา โดยให้การรักษาตามอาการหรือพิจารณาปรับเปลี่ยนสูตรยาที่เหมาะสม ตาม  
ภาคผนวก ท และบันทึกข้อมูลการรักษาลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

### A3.4 วิธีดำเนินงานการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีข้อมูลติดตามความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยมีเป้าหมายสูงสุดให้ผู้ป่วยใช้ยาครบตามสั่ง ตรงเวลา และมาตามกำหนดรับยา

**พยาบาล :** ประเมินด้านตรงเวลาและครบตามสั่ง ด้วยวิธีการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์

**เภสัชกร :** ประเมินด้านครบตามสั่ง ด้วยวิธีนับเม็ดยาที่เหลือ การวัดการมาตามกำหนดรับยา

#### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ควรประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมารับยา

1. เลือกวิธีวัดความร่วมมือในการใช้ยา โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของทางคุณแลผู้ป่วยในคลินิกของโรงพยาบาลและการนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ควรใช้วิธีการวัดหลายวิธีร่วมกันเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของผลความร่วมมือที่วัดได้

2. กำหนดเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยทุกรายในแต่ละประเด็นให้ชัดเจน และประเมินทุกด้าน

ได้แก่ 2.1 การใช้ยาครบตามสั่ง

วิธีการวัด

1) การนับเม็ดยาที่เหลือ (pill count) จำนวนตามสูตรดังนี้

$$\text{อัตราความร่วมมือในการใช้ยา} = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่มีเริ่มต้น} + \text{จำนวนเม็ดยาที่รับเพิ่ม}) - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}}{[\text{จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน} \times \text{จำนวนวันที่มาติดตามผล}]} \times 100$$

การคำนวณควรแยกคำนวณยาแต่ละตัว แล้วนำค่าที่ได้มาเฉลี่ยเพื่อหาอัตราความร่วมมือในการใช้ยาสุทธิ

เป้าหมาย : ผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

2) การวัดการมาตามกำหนดรับยา จำนวนดังนี้

$$\text{จำนวนวันตามกำหนดรับยา} = \left( \frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่มีเริ่มต้น} + \text{รับเพิ่ม}}{\text{จำนวนครั้งที่ต้องรับประทานต่อวัน}} \right) - \text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยมาติดตามผล}$$

หรือ  $\text{จำนวนวันตามกำหนดรับยา} = \text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยมาติดตามผล} - \text{จำนวนวันที่ให้ยากั้งก่อน}$

หมายเหตุ ค่าคิดลบ แสดงถึง จำนวนวันที่มาช้ากว่าตามกำหนดรับยา

เป้าหมาย : ผู้ป่วยมาช้ากว่ากำหนดรับยาไม่เกิน 2 วัน

(ต่อ)

### A3.4 วิธีดำเนินงานการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ต่อ)

#### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (ต่อ)

- 3) การรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ แล้วคำนวณเป็นร้อยละดังนี้

$$\text{อัตราความร่วมมือในการใช้ยา} = \left( 1 - \frac{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาในเดือนนั้น}}{\text{จำนวนครั้งที่ต้องรับประทานยาทั้งหมดในรอบการติดตามผล}} \right) \times 100$$

เป้าหมาย : ผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาไม่น้อยกว่าร้อยละ 95

#### 2.2 การใช้ยาตรงเวลา

เป้าหมาย : ผู้ป่วยมีอัตราการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ตรงเวลา 95-100% โดยคลาดเคลื่อนทั้งก่อนและหลังเวลาที่ต้องรับประทานไม่เกินครึ่งชั่วโมง

วิธีการวัด : การรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ แล้วคำนวณเป็นร้อยละ

$$\text{อัตราการรับประทานยาตรงเวลา} = \left( 1 - \frac{\text{จำนวนครั้งที่บันทึกเวลารับประทานยาที่คลาดเคลื่อนเกินครึ่งชั่วโมง}}{\text{จำนวนครั้งที่ต้องรับประทานยาทั้งหมดในรอบการติดตามผล}} \right) \times 100$$

3. ประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมด้วย เพื่อนำมาวางแผนหาวิธีส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
4. พิจารณาผลความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เช่น หากพบว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ควรหาสาเหตุของความไม่ร่วมมือให้พบและหาวิธีส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย พร้อมคอยกระตุ้นให้ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับดีอย่างสม่ำเสมอ

## A4 วิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อการรักษาได้อย่างเหมาะสม

**ขั้นตอนการปฏิบัติงาน** ผู้ป่วยมีลักษณะตามเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วย ให้ทำการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์

**พยาบาลผู้ให้การปรึกษา :** เป็นผู้ส่งต่อหลังประเมินพบปัญหาในด้าน CD4 โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคร่วมอื่นๆหรือผู้ป่วยแจ้งว่าต้องการพบแพทย์ (ซึ่งตรงกับเกณฑ์ข้อที่ 1 2 6 และ

7)

**เภสัชกร :** เป็นผู้ส่งต่อหลังประเมินพบปัญหาในด้าน ADR (ซึ่งตรงกับเกณฑ์ข้อที่ 3-5) และปัญหาอื่นที่พบในการรักษา

**เกณฑ์ในการส่งต่อแพทย์ ได้แก่**

1. ผู้ป่วยมี CD4 ลดลงมากกว่า 30% จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน
2. ผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นใหม่ กลับเป็นซ้ำ หรือ Immune Reconstitution Syndrome (IRS) เมื่อประเมินตามแบบประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ภาคผนวก ข) ยกเว้น Mucocutaneous candidiasis (oral, esophagus)
3. ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาชนิดรุนแรงหรือมีอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น
  - Stevens Johnsons syndrome (SJS) หรือ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN)
  - พิษต่อดับ เช่น ดับอักเสบบilirubinemia หรือ ALT มากกว่า 5 เท่า
  - ดับอ่อนอักเสบบ
  - ภาวะโลหิตจาง ( $Hgb \leq 10 \text{ g/dL}$ )
  - neutropenia ( $ANC < 750/\text{mm}^3$ )
  - พิษต่อไต หรือ SCr สูงกว่าค่าปกติ
  - Lactic acidosis (lactate level  $> 5 \text{ mmol/L}$ , anion gap  $> 16$ )
  - hyperlactatemia ที่มีอาการและอาการแสดง
4. ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและ/หรือความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย เช่น
  - การกระจายของไขมันผิดปกติ (fat maldistribution) ที่ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์สูตรเดิม
  - peripheral neuropathy ซึ่งอาการไม่ทุเลาภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับยารักษา
5. ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่มีผลในระยะยาว เช่น
  - โรคทางหลอดเลือดและหัวใจ
  - ภาวะไขมันในเลือดสูง (triglyceride  $\geq 500$ , LDL พิจารณาตาม NCEP)
  - เบาหวาน / ภาวะคีโตนิน
6. ผู้ป่วยเกิดโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคตา โรคผิวหนัง โรคความดันโลหิตสูง จิตเวช เป็นต้น
7. ผู้ป่วยต้องการพบแพทย์

## A5 วิธีดำเนินงานส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ดี ทั้งด้านครบตามสิ่ง ตรงเวลา มาตามกำหนดรับยา และรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

### ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา

1. ค้นหาอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งหาข้อมูลได้จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา จากแบบสอบถามทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัส (ภาคผนวก ข) และการสัมภาษณ์ ตัวอย่างอุปสรรค ได้แก่
  - สูทธยาที่ได้รับมียาหลายเม็ด
  - ได้สูทธยาที่มีวิธีกินยุ่งยาก เช่น บางชนิดกินเวลาท้องว่าง ขณะที่ยาตัวอื่นต้องกินพร้อมอาหาร
  - เคยมีประสบการณ์อาการข้างเคียงจากยามาก่อน เช่น กินแล้วเวียนศีรษะ
  - นอนหลับในช่วงเวลาที่ต้องกินยา
  - เดินทางอยู่นอกบ้าน แต่ไม่ได้พกยาดิติดตัว
  - ทำงานติดพัน
  - ลืมกินยา
  - รู้สึกไม่สบายใจ หรือซึมเศร้า เป็นต้น
2. เลือกวิธีการป้องกัน/แก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่
  - 2.1 การให้ความรู้
    - อธิบายเหตุผลหลักที่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
    - ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอใน 4 ด้านได้แก่ กินครบจำนวนเม็ดยาตามสิ่ง กินยาตรงเวลาคลาดเคลื่อนทั้งก่อนและหลังเวลาไม่เกินครึ่งชั่วโมง รับยาสม่ำเสมอทุกเดือน รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มรักษา
  - 2.2 ให้การปรึกษา
    - ปรับตารางเวลารับประทานยาให้เหมาะกับกิจวัตรประจำวันเช่น เวลาการเดินทาง เวลาเข้านอน ตารางการเดินทาง และเวลารับประทานอาหาร
    - ให้คำแนะนำและแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น

A5 **วิธีดำเนินงานการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ต่อ)**

**ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา (ต่อ)**

2.3 **ปรับพฤติกรรม**

- ฝึกกินยาให้ตรงเวลาเดิมทุกวัน
- ใช้นาฬิกาปลุก หรือ โทรศัพท์มือถือตั้งเตือนเวลากินยา
- เดือนเวลากินยาจากรายการ โทรทัศน์/วิทยุ เช่น ฟังเพลงชาติเวลาเช้า หรือ ข่าวในพระราชสำนัก หรือ รายการเกมส์
- หมั่นตรวจสอบวันที่ยาจะหมด ควรไปรับยาก่อนที่ยาซึ่งรับในครั้งก่อนจะหมดสัก 2-3 วัน หรือ ไปตามที่คลินิกเอชไอวีนัดหมาย

2.4 **เตือนความจำ**

- หากอยู่คนเดียว อาจตั้งยาไว้ในบริเวณที่ผู้ป่วยต้องมองเห็นหรือไม่ลืมแน่นอน เช่น วางคู่กับกระเป๋าเงิน หรือ โทรศัพท์มือถือ
- ใช้ปฏิทินบันทึกการกินยาโดยทำสัญลักษณ์ให้รู้ว่ากินยาเม็ดใด / เวลาใดไปแล้ว
- หากเปิดเผยผลเลือดกับคนในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด ควรให้มีคนคอยเตือนเมื่อถึงเวลากินยา

2.5 **เตรียมพร้อมล่วงหน้า**

- แบ่งยาสำหรับกินหนึ่งวัน หรือ หนึ่งสัปดาห์ไว้ในตลับแบ่งยา
- สำรองยาไว้ในที่ทำงาน หรือ ใส่ในกระเป๋าถือ
- หากต้องเดินทางควรจัดเตรียมแบ่งยาให้พร้อม และสำรองยาไว้เกินสัก 1-2 วัน

3. ติดตามผลความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากได้รับการปรึกษา/การแก้ไขในครั้งต่อไป เพื่อประเมินหาทริคอื่นๆ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น และหากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้นควรชมเพื่อเป็นกำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

## A6 วิธีดำเนินงานการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหา

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้/ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ ยาต้านไวรัสเอดส์ และให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง

**ตัวแทนชมรมผู้ป่วย :** คัดกรองประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ **พยาบาล :** ให้ความรู้เรื่องโรค/ ความร่วมมือในการใช้ยา

**เภสัชกร :** ให้ความรู้เรื่องยา/อาการไม่พึงประสงค์จากยา ความรู้ที่จำเป็น เป้าหมายการรักษา

### ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. ประเมินความรู้ผู้ป่วยด้วยแบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย (ภาคผนวก ฉ) เพื่อคัดกรองประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ และกำหนดแนวทางการให้ความรู้ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. ให้ผู้ป่วยทราบเป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ และสิ่งสังเกตที่จะทราบว่าการรักษาได้ผลดี ตามแผ่นพับข้อมูลชุดที่ 1 (ภาคผนวก ค)
3. ให้ความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ ด้วยสื่อการส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ของกระทรวงสาธารณสุข
4. ทบทวนผู้ป่วยด้วยการถามซ้ำ พร้อมทั้งมอบแผ่นพับให้ข้อมูลผู้ป่วยซึ่งเลือกให้ตรงกับประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจกลับไปอ่านที่บ้าน โดยแผ่นพับมี 3 ชุด (ภาคผนวก ค) ได้แก่
  - ชุดที่ 1 ความรู้เรื่องโรคเอดส์
  - ชุดที่ 2 ความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอดส์และอาการไม่พึงประสงค์จากยา
  - ชุดที่ 3 ความรู้เรื่องความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
5. เมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในครั้งต่อไป ให้ทบทวนประเด็นความรู้ที่ผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องทราบซึ่งมี 3 ประเด็น ได้แก่
  - 5.1 เหตุผลที่ต้องรับประทาน HAART
  - 5.2 อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่อาจเกิดขึ้น
  - 5.3 ความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง
    - ความร่วมมือในการใช้ยา สะท้อนถึงการออกฤทธิ์ของยาต้านไวรัสเอดส์ในการลดจำนวนไวรัสในร่างกาย
    - ความร่วมมือในการใช้ยา ช่วยป้องกันการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ในอนาคต
6. ในช่วงเวลาระหว่างการนัดติดตามครั้งต่อไป ทำความตกลงกับผู้ป่วยในการดูแลตนเองในเรื่องต่อไปนี้
  - ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
  - สังเกตอาการที่ผิดปกติซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ตามภาคผนวก ฉ
  - สังเกตอาการที่ผิดปกติซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ ตามแผ่นพับข้อมูลชุดที่ 2 (ภาคผนวก ค)
  - ควรโทรศัพท์สอบถามผู้ให้การดูแลรักษา (พยาบาล ผู้ให้การปรึกษาหรือเภสัชกร) เมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัยขึ้น ไม่ควรหยุดกินยาต้านไวรัสเอดส์เอง

### ส่วนที่ 3 ผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงาน

การศึกษานี้ประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงานใน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนด และด้านความทัศนคติและพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางปฏิบัติงานฯ ได้ผลการศึกษาดังนี้

#### 3.1 ด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนด

ในการตรวจรักษาผู้ป่วย หลังจากทำอายุรแพทย์ได้ให้การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นและตั้งเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แล้ว อายุรแพทย์จะมีบทบาทในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยรายเก่าที่เคยรับยาต้านไวรัสเอดส์มาแล้วอย่างน้อย 1 เดือนลดลง โดยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาและรับคำสั่งต่อการรักษาในผู้ป่วยรายที่ควรพบแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากอายุรแพทย์ในทีมมีภาระหน้าที่ในการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคอื่นทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก อีกทั้งผู้ป่วยรายเก่ามีภาวะโรคที่ค่อนข้างคงที่หลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มาระยะหนึ่ง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นในทีมสามารถร่วมกันดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้ตามแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนดร่วมกัน

การศึกษานี้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวีซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยพยาบาลผู้ให้การปรึกษาและเภสัชกร มีบทบาทในการสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยเพื่อใช้ในการประเมินปัญหาในการรักษาและให้การป้องกัน/แก้ไขปัญหาคตามแผนการรักษาและติดตามผลที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน และในรูปแบบที่กำหนดในการศึกษามีเภสัชกรเป็นผู้ประสานงานและสื่อสารข้อมูล/ข่าวสารภายในทีม เช่น เมื่อเกิดปัญหาในการรักษาที่ไม่ได้ระบุวิธีแก้ไขปัญหไว้ในแนวทางปฏิบัติงานฯ มีข่าวสารเกี่ยวกับข้อมูลยาหรือการรักษาแนวทางใหม่ซึ่งเกิดขึ้น เป็นต้น

##### 3.1.1 ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย

การบันทึกข้อมูลที่สำคัญในการดูแลรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายกำหนดไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านสังคมและจิตใจ 2) ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และ 3) ปัญหาในการรักษา

#### ตารางที่ 19 ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ

ประเด็นที่บันทึกข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
บันทึกครบ 3 ประเด็น	92	85.2
บันทึก 2 ประเด็น	15	13.9
บันทึก 1 ประเด็น	1	0.9
<b>รวม</b>	<b>108</b>	<b>100.0</b>



จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 108 ราย (ร้อยละ 100) มีการบันทึกในประเด็นปัญหาในการรักษาครบทุกราย แต่มีผู้ป่วย 92 ราย (ร้อยละ 85.2) มีการบันทึกข้อมูลที่สำคัญในการดูแลรักษาครบทั้ง 3 ประเด็น ส่วนผู้ป่วย 15 ราย (ร้อยละ 13.9) มีการบันทึกประเด็นปัญหาในการรักษาทุกราย โดยบันทึกพร้อมกับประเด็นด้านสังคมและจิตใจ 9 ราย และบันทึกพร้อมกับประเด็นด้านทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ 6 ราย ส่วนผู้ป่วยอีก 1 ราย (ร้อยละ 0.9) บันทึกได้เฉพาะในประเด็นปัญหาในการรักษา

การบันทึกข้อมูลที่สำคัญไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ มีจำนวนและร้อยละของความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลที่สำคัญน้อยกว่าร้อยละ 90 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่มีเวลาหรือเร่งรีบกลับ ผู้ปฏิบัติงานในทีมมีการระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งไม่ได้อยู่ในการศึกษา ทำให้ไม่สามารถประเมินด้านสังคมและจิตใจ และทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ได้ครบทุกรายเพราะเป็นส่วนที่ใช้เวลานาน จึงเลือกให้การดูแลและบันทึกข้อมูลในประเด็นที่จำเป็นที่สุดก่อนคือ ปัญหาในการรักษาเป็นหลัก ทำให้ข้อมูลด้านนี้ครบในผู้ป่วยทุกราย

### 3.1.2 การประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ

การประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อด้วยการบันทึก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) CD4 2) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ 3) อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ และ 4) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยได้รับการประเมินก่อนจ่ายยาต่อครบทั้ง 4 ประเด็นทุกราย 108 ราย (ร้อยละ 100)

ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ป่วยได้รับการประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อร้อยละ 100 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการรักษาเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมด้วยวิธีการใดต่อไป

### 3.1.3 การยืนยันว่าผู้ป่วยผ่านเข้าสู่แนวทางปฏิบัติงานฯ

การยืนยันว่าผู้ป่วยผ่านเข้าสู่แนวทางปฏิบัติงานฯ ประเมินจากลายเซ็นของผู้ปฏิบัติงานที่รับรองในแบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาคผนวก จ) ผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 108 ราย มีผลการยืนยันว่าเข้าสู่แนวทางปฏิบัติงานฯครบทั้ง 108 ราย (ร้อยละ 100)

ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ป่วยผ่านการยืนยันว่าผ่านเข้าสู่แนวทางปฏิบัติงานฯร้อยละ 100 ทำให้เกิดการสร้างและใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลอย่างครบถ้วนและใช้สื่อสารในทีม

### 3.1.4 การอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานในทีม

การอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นกิจกรรมหนึ่งในการประสานงานและสื่อสารภายในทีม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกันและมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้ไม่สามารถปฏิบัติงานอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วยได้ จึงไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงเวลาการศึกษาอายุรแพทย์ในทีมซึ่งมีเพียง 1 ท่าน มีภาระงานมากตามตารางงานปกติในการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคอื่นทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก อีกทั้งในคลินิกเวชไอวีมีผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องทั้งวันเนื่องจากให้บริการทุกวันตลอดเวลาราชการ จึงไม่สามารถจัดหาวันและเวลาในการอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วยได้

การไม่ได้มีการอภิปรายกรณีศึกษา อาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเวชไอวีพลาดข้อมูลปัญหาในการรักษาบางประการเช่น การประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เนื่องจากไม่มีความชำนาญเท่าแพทย์ในด้านการวินิจฉัยโรค ซึ่งหากมีการอภิปรายกรณีศึกษาจะทำให้มีการยกประเด็นขึ้นมาอภิปรายเพื่อกำหนดและปรับปรุงวิธีดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดภายในโรงพยาบาลจึงแก้ปัญหาโดยใช้วิธีการประสานงานและสื่อสารข้อมูลในทีมด้วยวิธีการอื่นคือ ให้เภสัชกรเป็นผู้ประสานงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับสมาชิกในทีม ในกรณีมีผู้ป่วยบางรายที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเวชไอวีเกิดข้อสงสัยหรือเกิดปัญหาในการรักษาที่ไม่เป็นไปตามวิธีดำเนินงานที่กำหนด เพื่อหาข้อสงสัยหรือเห็นชอบให้มีวิธีดำเนินงานใหม่ซึ่งเป็นที่ยอมรับในการปฏิบัติงานต่อไป

## 3.2 ด้านความทัศนคติและพึงพอใจ

สำหรับการประเมินทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางปฏิบัติงานฯ ทำการประเมินหลังสิ้นสุดการศึกษาในเดือนกุมภาพันธ์ 2549 ด้วยแบบประเมินทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางปฏิบัติงานฯ (ภาคผนวก ๗) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

### 3.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประเมิน

ผลการประเมินได้จากผู้ปฏิบัติงานในทีมทั้งสิ้น 4 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ให้การปรึกษา 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน และตัวแทนจากชมรมผู้ป่วย 1 ท่าน เป็นเพศชาย 3 ท่านและเพศหญิง 1 ท่าน ประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยมีมัธยฐานที่ 2.50 ปี โดยมีประสบการณ์ตั้งแต่ 1 ปี ถึง 3 ปี ทั้งนี้โรงพยาบาลเมืองละเซิงเทราได้เข้าร่วมโครงการ NAPHA เมื่อปีพ.ศ. 2545 และยังไม่มีการรับผิดชอบงานอย่างชัดเจน จึงให้การดูแลผู้ป่วยตามแต่ศักยภาพด้านกำลังคนของบุคลากรในแต่ละสาขา

### 3.2.2 ความพึงพอใจต่อวิธีดำเนินงาน

ผู้ปฏิบัติงานในทีมให้คะแนนเฉลี่ยทั้งด้านความเหมาะสมตามหลักฐานทางวิชาการและการปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ของโรงพยาบาลมากกว่า 4 คะแนนในทุกวิธีดำเนินงาน โดยวิธีดำเนินงานที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านความเหมาะสมตามหลักฐานทางวิชาการมากที่สุดเท่ากับ  $4.75 \pm 0.50$  มี 5 วิธีดำเนินงาน ได้แก่ วิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังโรคติดเชื้ออวัยวะ วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์ วิธีดำเนินงานการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ และวิธีดำเนินงานการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ ส่วนวิธีดำเนินงานที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ของโรงพยาบาลมากที่สุดเท่ากับ  $4.75 \pm 0.50$  มี 2 วิธีดำเนินงาน ได้แก่ วิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์และวิธีดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคติดเชื้ออวัยวะ ดังตารางที่ 20

### 3.2.3 ทักษะและความพึงพอใจต่อภาพรวมของแนวทางปฏิบัติงานฯ

ผู้ปฏิบัติงานในทีมมีทัศนคติและความพึงพอใจต่อภาพรวมของแนวทางปฏิบัติงานฯ ในด้านต่างๆ ดังตารางที่ 21 ดังนี้

ด้านความเหมาะสมในการประสานงานของบุคลากรในทีม ผู้ปฏิบัติงานทุกท่าน (ร้อยละ 100) มีความเห็นว่าเหมาะสม ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ ได้แก่ การประสานงานทำให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการสื่อสารข้อมูลทางวิชาการและการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ช่วยป้องกันข้อผิดพลาดต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ช่วยลดภาระงานของแพทย์จากการคัดกรองและดูแลการรักษาเบื้องต้นให้ผู้ป่วย

ด้านความพึงพอใจต่อบทบาทของบุคลากรในทีม ผู้ปฏิบัติงานทุกท่าน (ร้อยละ 100) ให้ความเห็นในระดับพอใจขึ้นไป โดยผู้ที่ให้ความเห็นพอใจอย่างยิ่งคือ อายุรแพทย์และพยาบาลผู้ให้การปรึกษา ส่วนผู้ที่ให้ความเห็นพอใจคือ เกษัตริย์และตัวแทนจากชมรมผู้ป่วย

ด้านความเห็นต่อประโยชน์ที่คิดว่าผู้ป่วยได้รับจากแนวทางปฏิบัติงานฯ ผู้ปฏิบัติงานทุกท่าน (ร้อยละ 100) ให้ความเห็นในระดับเห็นด้วยขึ้นไป โดยผู้ที่เห็นด้วยอย่างยิ่งคือ อายุรแพทย์และพยาบาลผู้ให้การปรึกษา ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เข้าใจง่ายและชัดเจน เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองและใส่ใจต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสมกับเวลาและสถานการณ์

ด้านความเห็นต่อการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติงานฯต่อไป ผู้ปฏิบัติงานทุกท่าน (ร้อยละ 100) มีความเห็นว่าควรมีการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯต่อไป ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ ได้แก่ ผลดีต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความตระหนัก มีความรู้และเข้าใจในการปฏิบัติ

ดูแลตนเอง ใส่ใจต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง ผลดีต่อ  
ผู้ปฏิบัติงานในแง่การทำงานเป็นทีมทำให้แต่ละคนในทีมมีบทบาทในด้านต่างๆในการดูแลผู้ป่วย  
ร่วมกันดูแลและป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ในการรักษา ทำให้การดูแลผู้ป่วยประสบ  
ความสำเร็จตามเป้าหมายการรักษา

ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ปฏิบัติงานพอใจต่อวิธีดำเนินงานต่างๆและ  
พอใจต่อภาพรวมของแนวทางปฏิบัติงานฯ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อวิธีดำเนินงาน

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
	พอใจอย่างยิ่ง	พอใจ	ไม่พอใจ/เฉยๆ	
<b>ด้านความเหมาะสมตามหลักฐานทางวิชาการ</b>				
1. วิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์	3 (75.0)	1 (25.0)	0	4.75 $\pm$ 0.50
2. วิธีดำเนินงานการติดตามผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ	2 (50.0)	2 (50.0)	0	4.50 $\pm$ 0.58
3. วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	3 (75.0)	1 (25.0)	0	4.75 $\pm$ 0.50
4. วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา	3 (75.0)	1 (25.0)	0	4.75 $\pm$ 0.50
5. วิธีดำเนินงานการประเมินและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	3 (75.0)	1 (25.0)	0	4.75 $\pm$ 0.50
6. วิธีดำเนินงานการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหา	2 (50.0)	2 (50.0)	0	4.50 $\pm$ 0.58
<b>ด้านความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ของโรงพยาบาล</b>				
1. วิธีดำเนินงานทีมลักษณะสหสาขาวิชาชีพ	2 (50.0)	2 (50.0)	0	4.50 $\pm$ 0.58
2. วิธีดำเนินงานการสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยของทีม	1 (25.0)	3 (75.0)	0	4.25 $\pm$ 0.50
3. วิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์	3 (75.0)	1 (25.0)	0	4.75 $\pm$ 0.50
4. วิธีดำเนินงานการติดตามผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ	2 (50.0)	2 (50.0)	0	4.50 $\pm$ 0.58
5. วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	3 (75.0)	1 (25.0)	0	4.75 $\pm$ 0.50
6. วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา	2 (50.0)	2 (50.0)	0	4.50 $\pm$ 0.58
7. วิธีดำเนินงานการประเมินและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	2 (50.0)	2 (50.0)	0	4.50 $\pm$ 0.58
8. วิธีดำเนินงานการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหา	2 (50.0)	2 (50.0)	0	4.50 $\pm$ 0.58

ตารางที่ 21      ทักษะคิดและความพึงพอใจต่อภาพรวมของแนวทางปฏิบัติงานฯ

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การประสานงานของบุคลากรในทีม</b>	
เหมาะสม	4 (100.0)
ไม่เหมาะสม	0
<b>ความพึงพอใจต่อบทบาทของบุคลากรในทีม</b>	
พอใจอย่างยิ่ง	2 (50.0)
พอใจ	2 (50.0)
ไม่แน่ใจ/เฉยๆ	0
ไม่พอใจ	0
ไม่พอใจอย่างยิ่ง	0
<b>ความเห็นต่อประโยชน์ที่คิดว่าผู้ป่วยได้รับ</b>	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2 (50.0)
เห็นด้วย	2 (50.0)
ไม่แน่ใจ/เฉยๆ	0
ไม่เห็นด้วย	0
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0
<b>การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติงานฯต่อไป</b>	
ควร	4 (100.0)
ไม่ควร	0

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### ส่วนที่ 4 ผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วย

การศึกษานี้ประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยใน 5 ประเด็น ได้แก่

- 1) ด้านความรู้ที่จำเป็น
  - 2) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
  - 3) อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์
  - 4) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และ
  - 5) ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ
- ผลการศึกษาพบว่า ตลอดการศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่มารับการดูแลรักษาเป็นดังนี้ การติดตามครั้งที่ 1 มีผู้ป่วย 108 ราย การติดตามครั้งที่ 2 มีผู้ป่วย 105 ราย และการติดตามครั้งที่ 3 มีผู้ป่วย 70 ราย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีจำนวนครั้งของการรับการรักษาต่างกัน โดยมีตั้งแต่ 1 ถึง 3 ครั้ง

#### 4.1 ด้านความรู้ที่จำเป็น

การศึกษานี้ได้ดำเนินงานด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายใน 2 ส่วน ได้แก่

- 1) ความรู้ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่ทราบ  
เพื่อคัดกรองความรู้ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่ทราบ และนำมาวางแผนให้ความรู้แบบเฉพาะรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- 2) ความรู้ที่จำเป็น  
เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายมีความรู้ที่ต่องใช้ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

##### 4.1.1 การคัดกรองประเด็นความรู้ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่ทราบ

เมื่อเริ่มการศึกษาในครั้งแรกที่พบผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการประเมินด้วยแบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย (ภาคผนวก ฉ) มีข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 16 ข้อ จาก 3 หมวดความรู้ การแสดงผลจะเสนอประเด็นที่ผู้ป่วยตอบไม่ถูก เนื่องจากการศึกษานี้ต้องการคัดกรองหาประเด็นความรู้ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่ทราบ เพื่อนำมาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแบบเฉพาะราย

ข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบถูกทั้ง 108 ราย (ร้อยละ 100) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 8 และ 14 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประเด็นความรู้ที่ต้องทราบสำหรับผู้ป่วยที่จะเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ตามคำแนะนำของ BHIVA ในปีค.ศ. 2003 (81) แต่ยังมีความรู้ที่ผู้ป่วยตอบไม่ถูกในหลายข้อคำถามด้วยกัน โดยข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบไม่ถูกมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ ข้อที่ 6 “ในเม็ดยาหนึ่งเม็ดของยาจีพีไอเวิร์ (ยาสูตรที่ 1) มีตัวยาเพียงหนึ่งตัวเท่านั้น” 56 ราย (ร้อยละ 51.9) ข้อที่ 12 “อาการต่อไปนี้เป็นเช่น แก้มตอบ ไชมันสะสมตามลำตัวมากขึ้น ไชมันพอกที่ต้นคอหรือเต้านมโตผิดปกติในผู้ชาย เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา” 50 ราย (ร้อยละ 46.3) และข้อที่ 7 “ยาต้านไวรัสเอดส์ที่ต้องกินวันละ 2 ครั้ง คือ กินยาหลังอาหารเช้าและหลังอาหารเย็น” 27 ราย (ร้อยละ 25.0) ตามลำดับดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบไม่ถูกต้องสำหรับคำถามแต่ละข้อ (N = 108 ราย)

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)
<b>หมวดที่ 1 โรคเอดส์</b>	
1. โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต	0
2. โรคเอดส์เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีผ่านทางเพศสัมพันธ์หรือทางเลือด เช่น รับประทานที่ติดเชื้อ / ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับผู้อื่น / จากครรภ์ของมารดาที่ติดเชื้อ	3 (2.8)
3. หากติดเชื้อเอชไอวีแล้วไม่รักษา จะทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีเพิ่มจำนวนมากขึ้น	3 (2.8)
4. หากติดเชื้อเอชไอวีแล้วไม่รักษา จะทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย (เซลล์ซีดีโฟร์) ให้ลดลง	3 (2.8)
<b>หมวดที่ 2 ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์</b>	
5. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ คือการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงหลายตัวร่วมกันเพื่อช่วยยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวี เช่น ยาสูตรที่ 1 ยาสูตรที่ 2 ยาสูตรที่ 3	8 (7.4)
6. ในเม็ดยาหนึ่งเม็ดของยาอีฟิโอเวียร์ (ยาสูตรที่ 1) มีตัวยาเพียงหนึ่งตัวเท่านั้น	56 (51.9)
7. ยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ต้องกินวันละ 2 ครั้ง คือ กินยาหลังอาหารเช้าและหลังอาหารเย็น	27 (25.0)
8. ยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ต้องกินวันละ 2 ครั้ง คือ กินห่างกัน 12 ชั่วโมง เช่น เวลา 8.00 น. และ 20.00 น.	0
9. กรณีลืมกินยา เมื่อนึกขึ้นได้ให้กินแทนทันที แต่ถ้ามือถัดไปห่างจากมือที่กินแทนไม่เกิน 2 ชั่วโมงก็ไม่ต้องกินมือนั้น และให้เริ่มกินยามื้อต่อไปตามปกติ	23 (21.3)
10. อาการไม่พึงประสงค์จากยาอาจเกิดขึ้นได้ หากเกิดขึ้น ท่านสามารถหยุดกินยาได้ทันที โดยไม่ต้องปรึกษาผู้ให้การดูแลรักษา	16 (14.8)
11. อาการไม่พึงประสงค์จากยาอาจเกิดขึ้นได้ หากเกิดขึ้น ท่านไม่ควรหยุดกินยาด้วยตัวเองต้องถามผู้ให้การดูแลรักษาทุกครั้ง	2 (1.9)
12. อาการต่อไปนี้เช่น แก้มตบ ไขมันสะสมตามลำตัวมากขึ้น ไขมันพอกที่ต้นคอ หรือ เต้านมโตผิดปกติในผู้ชาย เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา	50 (46.3)
<b>หมวดที่ 3 ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์</b>	
13. การให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ต้องกินยาตรงเวลา (ไม่ควรกินเวลามากกว่าครึ่งชั่วโมง) และกินครบจำนวนตามที่ระบุไว้	2 (1.9)
14. การให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ต้องมาตามนัดหมายอย่างต่อเนื่อง และไม่ขาดการติดต่อกับผู้ให้การดูแลรักษาตลอดเวลาการรักษา	0
15. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ จะทำให้ความสามารถของยาในการกดเชื้อเอชไอวีลดลง	8 (7.4)
16. หากกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยา ทำให้เกิดเชื้อดื้อยา และต้องใช้ยาสูตรอื่นๆ ทำให้การรักษายากขึ้น	6 (5.6)



ตารางที่ 23 ร้อยละของผู้ป่วยที่ตอบไม่ถูกและคะแนนความรู้ของผู้ป่วย  
จำแนกตามหมวดความรู้ (N = 108 ราย)

หมวดความรู้	จำนวน <sup>a</sup> (ร้อยละ)	คะแนนความรู้		
		ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย $\pm$ SD
หมวดที่ 1 (เต็ม 4 คะแนน) โรคเอดส์	9 (8.3)	2	4	3.92 $\pm$ 0.31
หมวดที่ 2 (เต็ม 8 คะแนน) ยาและอาการไม่พึงประสงค์จาก ยาต้านไวรัสเอดส์	90 (83.3)	3	8	6.32 $\pm$ 1.12
หมวดที่ 3 (เต็ม 4 คะแนน) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์	14 (13.0)	2	4	3.85 $\pm$ 0.41
<b>รวมทั้ง 3 หมวด (เต็ม 16 คะแนน)</b>	<b>108 (100.0)</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>14.08 <math>\pm</math> 1.40</b>

หมายเหตุ a : ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจตอบไม่ถูกได้มากกว่า 1 หมวดความรู้

จากตารางที่ 23 ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 14.08  $\pm$  1.40 อยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง คะแนนต่ำสุดคือ 10 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือเต็ม 16 คะแนนพบในผู้ป่วย 15 ราย (ร้อยละ 13.9) เมื่อพิจารณาตามหมวดความรู้ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงในหมวดความรู้ที่ 1 เรื่องโรคเอดส์และหมวดความรู้ที่ 3 เรื่องความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์คือมีคะแนน 3.92  $\pm$  0.31 และ 3.85  $\pm$  0.41 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุทธิณี (33) และ จิตติมา (34) ที่รายงานว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยในหมวดที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและผลของการใช้ยาสูงมาตั้งแต่ก่อนเข้าการศึกษา ในการศึกษาในส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยมีความรู้ทั้ง 2 หมวดนี้ดี เพราะผู้ป่วยได้รับการสอนและอบรมความรู้แบบกลุ่มอย่างสม่ำเสมอในช่วงเริ่มแรกเข้าโครงการ NAPHA จากพยาบาลผู้ให้การปรึกษา และได้รับยามานานพอสมควร หมวดความรู้ที่ผู้ป่วยตอบไม่ถูกมากที่สุดคือ หมวดที่ 2 เรื่องยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ 90 ราย (ร้อยละ 83.3) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.32  $\pm$  1.12 ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยในระบบเดิมนั้น เกสัชกรยังไม่เข้ามามีส่วนในทีมมากนัก ทำหน้าที่ในการจ่ายยาและให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยรับยาที่ห้องยาเท่านั้น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์และอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่าความรู้ด้านอื่นๆที่ผู้ปฏิบัติงานในทีมเดิมได้ให้ความรู้กับผู้ป่วยแล้ว ดังนั้นในการศึกษานี้ ทีมจะเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์เป็นหลัก

สำหรับความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์เป็นสิ่งสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์นั้น

ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตลอดชีวิตและยาต้านไวรัสเอดส์ทุกชนิดทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งมีรายงานเกือบถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ (53-54) ดังนั้นการแนะนำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเข้าใจ เต็มใจใช้ยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องต่อไป พร้อมทั้งรู้จักสังเกตตนเองและวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาขึ้น แต่สิ่งสำคัญและผู้ใช้ความรู้ต้องตระหนักให้ดีในการให้ความรู้เรื่องนี้คือ ทักษะในการอธิบายให้ผู้ป่วยไม่กังวลต่อการใช้ยาต่อไปและความจำเป็นที่ต้องใช้ยาชนิดนั้นต่อไปเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์บางอย่างที่ไม่รุนแรงและไม่จำเป็นต้องปรับสูตรยาในการรักษา เพื่อผู้ป่วยจะไม่หยุดใช้ยาจากความกลัวอาการไม่พึงประสงค์

การศึกษานี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาจีพีโอเวียร์ในการรักษาพบถึง 80 ราย (ร้อยละ 74.1) เมื่อเริ่มการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.3) ที่ใช้ยาจีพีโอเวียร์เป็นยาประจำในการรักษาแต่ตอบไม่ถูกในข้อคำถามที่ 6 แม้จะมีความสำคัญไม่มากนักแต่ก็แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องยาที่ใช้ นอกจากนี้มีผู้ป่วย 27 ราย (ร้อยละ 25.0) ที่ตอบไม่ถูกในข้อคำถามที่ 7 ขณะที่ตอบถูกทั้ง 108 ราย (ร้อยละ 100) ในข้อคำถามที่ 8 ซึ่งเป็นเรื่องเดียวกันเกี่ยวกับเวลาที่รับประทานยา ทำให้เห็นว่าแม้เป็นยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่แต่หากไม่มีการทบทวนและอธิบายให้ความรู้อย่างชัดเจนในบางประเด็นอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการรับประทานยาได้

#### 4.1.2 ผู้ป่วยที่ประเมินความรู้ที่จำเป็นผ่าน

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้ป่วยแต่ละรายจะถูกประเมินความรู้ที่จำเป็นใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) เหตุผลที่ต้องรับประทาน HAART 2) อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่อาจเกิดขึ้น และ 3) ความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งประเมินโดยใช้ข้อคำถามจากแบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย (ภาคผนวก ฉ) ซึ่งเคยใช้คัดกรองประเด็นความรู้ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ/ไม่ทราบเมื่อเริ่มการศึกษา แต่การประเมินความรู้ที่จำเป็นจะสอบถามเฉพาะข้อคำถามที่ 5 ข้อที่ 12 และข้อที่ 16 ตามลำดับ

เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีผู้ป่วยที่ได้ทดสอบความรู้ที่จำเป็น 105 ราย โดยมีผู้ป่วย 3 รายมารับบริการเพียง 1 ครั้งตลอดการศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยสะดวกรับยาต้านไวรัสเอดส์ครั้งละ 2 เดือน จึงไม่สามารถประเมินความรู้ที่จำเป็นหลังจากได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติงานฯ ได้

ตารางที่ 24 ร้อยละของผู้ป่วยที่ประเมินความรู้ที่จำเป็นผ่าน

ความรู้ที่จำเป็น	เริ่มการศึกษา (N = 108)	สิ้นสุดการศึกษา (N = 105)
1) เหตุผลที่ต้องรับประทาน HAART	100 (92.6)	103 (98.1)
2) อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส เอ็ดส์ที่อาจเกิดขึ้น	58 (53.7)	100 (95.2)
3) ความสำคัญของการให้ความร่วมมือใน การใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์	102 (94.4)	103 (98.1)
ประเมินผ่านทั้ง 3 ประเด็น	56 (51.9) <sup>a</sup>	100 (95.2) <sup>a</sup>

หมายเหตุ a : ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจประเมินความรู้ไม่ผ่านได้มากกว่า 1 ประเด็น

จากตารางที่ 24 เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินซึ่งตอบผ่านความรู้ที่จำเป็นทั้ง 3 ประเด็นเพิ่มขึ้นเป็น 100 ราย (ร้อยละ 95.2) จากเมื่อเริ่มการศึกษาซึ่งมี 56 ราย (ร้อยละ 51.9) ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ป่วยประเมินความรู้ที่จำเป็นผ่านไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

เมื่อพิจารณาแยกตามประเด็นความรู้ที่จำเป็นพบว่า ประเด็นความรู้ที่ 1 และ 3 นั้นมีการเปลี่ยนแปลงร้อยละของผู้ป่วยที่ประเมินความรู้ที่จำเป็นผ่านเมื่อเริ่มและสิ้นสุดการศึกษาเพียงเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ของการศึกษานี้มีคะแนนความรู้ในโรคเอ็ดส์และความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ดีตั้งแต่ก่อนการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธี (33) ที่รายงานว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยในหมวดที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและผลของการใช้ยาทั้ง 3 ครั้งคือก่อนให้ความรู้ หลังให้ความรู้ครั้งที่ 1 และหลังให้ความรู้ครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน แต่ประเด็นความรู้ที่จำเป็นซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าประเด็นอื่นๆ คือ ประเด็นความรู้ที่ 2 เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอ็ดส์ที่อาจเกิดขึ้นคือจากผู้ป่วย 58 ราย (ร้อยละ 53.7) เมื่อเริ่มการศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 100 ราย (ร้อยละ 95.2) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการมีเกษตรกรเป็นสมาชิกในทีม ทำหน้าที่ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ และอาจส่งผลถึงความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ของผู้ป่วยต่อไป

## 4.2 ด้านความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

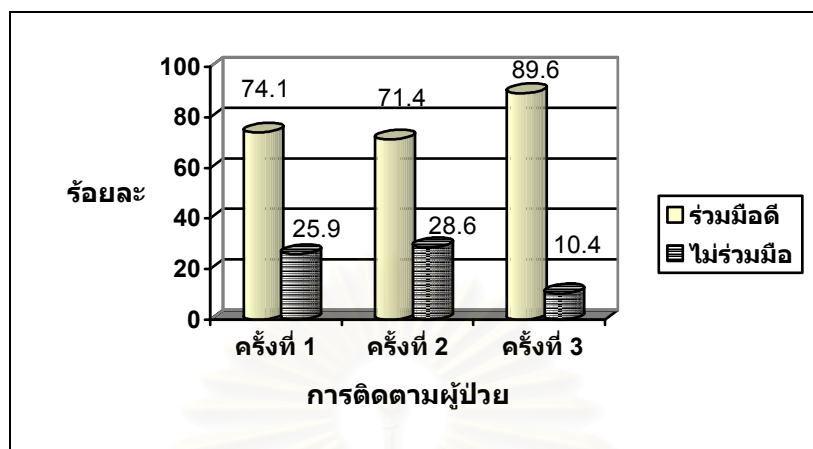
การศึกษานี้ได้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การใช้ยาครบตามสั่ง ใช้วิธีการวัดหลายวิธีร่วมกันโดยเลือกวิธีการวัดตามลำดับดังนี้ 1) วิธีวัดด้วยการนับเม็ดยาที่เหลือ 2) วิธีวัดการมาตามกำหนดรับยา และ 3) วิธีวัดการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ 2) การใช้ยาตรงเวลา ใช้วิธีการวัดโดยการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์

### 4.2.1 การใช้ยาครบตามสั่ง

เมื่อใช้การวัด 3 วิธีร่วมกัน พบว่า ในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 2 และ 3 มีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ด้านครบตามสั่งเท่ากับร้อยละ 74.1 71.4 และ 89.6 ตามลำดับ ดังรูปที่ 9 ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ มีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาด้านครบตามสั่งไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาด้านครบตามสั่งในครั้งที่ 3 มีร้อยละเพิ่มขึ้น คาดว่าเป็นผลมาจากการมีแนวทางปฏิบัติงาน เนื่องจากทั้งพยาบาลผู้ให้การศึกษาและเภสัชกรในทีมมีบทบาทในการเลือกใช้กลวิธีส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักต่อการร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องในทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยา

ในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 2 และ 3 อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีมาตรฐานที่ร้อยละ 100.00 99.32 และ 100.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 25 ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จากการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 อาจมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเป็นผลความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากวิธีวัดด้วยการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับวิธีวัดการมาตามกำหนดรับยา ไม่สามารถใช้วิธีวัดด้วยการนับเม็ดยาที่เหลือได้ และการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาเกินร้อยละ 100 ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยในด้านความร่วมมือในการใช้ยา จึงไม่ควรพิจารณาเฉพาะอัตราความร่วมมือในการใช้ยา แต่ควรรายงานผลในลักษณะร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาร่วมด้วย

รูปที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีด้านครบตามสั่ง เมื่อวัด 3 วิธีร่วมกัน



ตารางที่ 25 อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้านครบตามสั่ง เมื่อวัด 3 วิธีร่วมกัน

ค่าทางสถิติ	การติดตามครั้งที่ 1	การติดตามครั้งที่ 2	การติดตามครั้งที่ 3
	(N = 108)	(N = 105)	(N = 70)
<b>ด้านครบตามสั่ง</b>			
มัธยฐาน	100.00	99.32	100.00
ค่าน้อยที่สุด	79.59	53.33	76.92
ค่ามากที่สุด	100.00	153.95	127.50

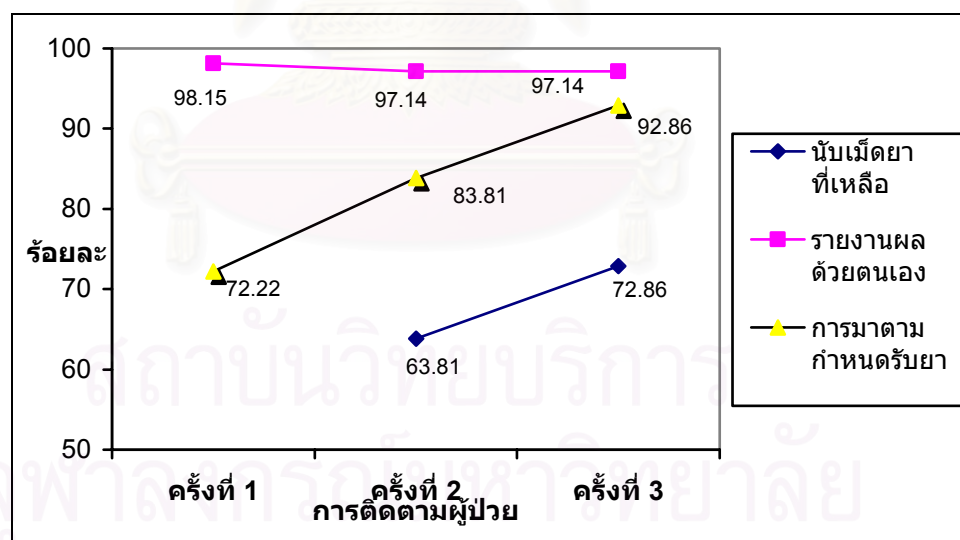
เมื่อนำข้อมูลที่มีมาวิเคราะห์แยกให้เห็นผลความร่วมมือในการใช้ยาจากการวัดแต่ละวิธี ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วนแตกต่างกันดังตารางที่ 26 ซึ่งพบว่า การวัดความร่วมมือในการใช้ยาในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 ไม่สามารถใช้วิธีวัดด้วยการนับเม็ดยาที่เหลือได้ เนื่องจากการคำนวณต้องอาศัยข้อมูลจำนวนเม็ดยาที่เหลือมาจากเดือนก่อนหน้า ซึ่งไม่มีข้อมูลก่อนเริ่มการศึกษาเก็บไว้ แต่สามารถวัดด้วยวิธีวัดการมาตามกำหนดรับยา และวิธีวัดการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ได้ ส่วนการวัดความร่วมมือในการใช้ยาในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 การวัดด้วยวิธีนับเม็ดยาที่เหลือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีวัดอีก 2 วิธี

ตารางที่ 26 ความครบถ้วนของข้อมูลการวัดความร่วมมือในการใช้ยาในการติดตามผู้ป่วย  
จำแนกตามวิธีการวัด

วิธีการวัด	การติดตามครั้งที่ 1 (N = 108)		การติดตามครั้งที่ 2 (N = 105)		การติดตามครั้งที่ 3 (N = 70)	
	วัดได้	วัดไม่ได้	วัดได้	วัดไม่ได้	วัดได้	วัดไม่ได้
การนับเม็ดยาที่เหลือ	-	-	84 (80.0)	21 (20.0) <sup>a</sup>	61 (87.1)	9 (12.9) <sup>a</sup>
การรายงานผลด้วยตนเอง	108 (100.0)	0	104 (99.0)	1 (0.1) <sup>b</sup>	69 (98.6)	1 (1.4) <sup>b</sup>
การมาตามกำหนดรับยา	108 (100.0)	0	105 (100.0)	0	70 (100.0)	0
ใช้ 3 วิธีร่วมกัน	108 (100.0)	0	105 (100.0)	0	70 (100.0)	0

หมายเหตุ a : ผู้ป่วยไม่นำยาที่เหลือกลับมา b : ญาติมารับแทน

รูปที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีด้านครบตามสั่ง จำแนกตามวิธีการวัด



เมื่อพิจารณาในแง่ของความน่าเชื่อถือของข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้ จากรูปที่ 10 พบว่า ข้อมูลจากวิธีวัดการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์จะให้ผลความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงกว่าการวัดด้วยวิธีอื่นอีก 2 วิธี ทั้งอัตราความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยและร้อยละของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา (34) ซึ่งระบุว่าร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยและสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความ

ร่วมมือในการใช้ยา จากวิธีวัดการรายงานผลด้วยตนเองแบบลงบันทึกการใช้ยาจะสูงกว่าเมื่อเทียบกับ การวัดด้วยการนับเม็ดยาที่เหลือ และการศึกษาของ Liu H และคณะ (90) ซึ่งระบุว่า ร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดด้วยวิธีการรายงานผลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามการใช้ยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 93) ให้ผลสูงกว่าการวัดด้วยวิธีอื่นทั้งการใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเปิดขวดยา (ร้อยละ 63) การนับเม็ดยา (ร้อยละ 83) และการใช้ทั้ง 3 วิธีร่วมกัน (ร้อยละ 76) ตามลำดับ ผลความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดได้มีค่าแปรปรวนสูง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Bangsberg D.R. และคณะ (12) ซึ่งระบุว่ามัธยฐานของความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดได้จาก 3 วิธีทั้งการรายงานผลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามการใช้ยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 89) การนับเม็ดยาที่เหลือ (ร้อยละ 73) และ การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์บันทึกการเปิดขวดยา (ร้อยละ 67) ตามลำดับ ให้ผลที่สัมพันธ์กัน และสัมพันธ์กับการกดระดับไวรัสในพลาสมา

การศึกษานี้ไม่ได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผลความร่วมมือในการใช้ยากับระดับเซลล์ซีดีโฟร์ เนื่องจากทำการศึกษาเพียง 4 เดือน ขณะที่ระดับเซลล์ซีดีโฟร์มีการวัดทุก 6 เดือน แต่พิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้

การวัดด้วยวิธีการรายงานผลด้วยตนเอง ผู้ป่วยมักตอบข้อมูลที่คิดว่าผู้ถามอยากได้ยินหรือข้อมูลที่ควรจะเป็น ทำให้ได้ผลความร่วมมือในการใช้ยาที่มากเกินไปจริง (62,63) ไม่มีประโยชน์ในการนำมาช่วยค้นหาผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งไม่ตอบตามจริง จะใช้ได้เฉพาะกับผู้ป่วยที่ยอมรับระบุว่าตนเองไม่ร่วมมือในการใช้ยาเท่านั้น (91) โดยเฉพาะหากจะเลือกใช้วิธีนี้เป็นวิธีเดียวในการวัดความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนั้นวิธีการรายงานผลด้วยตนเองมีหลายวิธีการในการวัด ซึ่งแต่ละวิธีให้ผลแตกต่างกันดังการศึกษาของ Gao X และคณะ (10) ซึ่งระบุว่า วิธีการรายงานผลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถาม 3 แบบนั้น ผลจากวิธีสอบถามการใช้ยาย้อนหลัง 2 วันและ 2 สัปดาห์ให้ผลไม่สอดคล้องกับผลจากวิธี Morisky score ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอรณพ (31) ซึ่งวัดความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีการรายงานผลด้วยตนเอง 2 แบบคือ แบบลงบันทึกการใช้ยา และแบบการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ ทั้ง 2 แบบให้ผลความร่วมมือในการใช้ยาที่สอดคล้องกัน

ส่วนวิธีวัดการมาตามกำหนดรับยามีความน่าเชื่อถือในผลของข้อมูลในระดับหนึ่งดังเห็นได้จากการศึกษาของ Sethi A.K. และคณะ (92) ระบุว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสและเกิดการดื้อยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยาสะสมที่ร้อยละ 70-89 CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มคล. และการไม่มาตามกำหนดรับยาในเดือนที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lucas G.M. และคณะ (93) ซึ่งระบุว่า การไม่มาตามกำหนดรับยาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อความล้มเหลวในการกดเชื้อไวรัส

คั้งนั้นการศึกษาที่ใช้การวัด 3 วิธีร่วมกันซึ่งจะให้ประโยชน์ต่อการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยมากที่สุดคือ ได้ผลข้อมูลครบถ้วน สามารถยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยพิจารณาแนวโน้มความสอดคล้องของวิธีต่างๆได้ และช่วยในการสืบค้นข้อมูลความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดีกว่าใช้วิธีวัดวิธีเดียว รวมถึงรู้สาเหตุของความไม่ร่วมมือนั้น เช่น ผู้ป่วยที่มารับยาช้ากว่ากำหนดรับยา แต่มีเม็ดยาที่เหลือกลับมาให้นับ และรายงานผลว่าใช้ยาครบทุกครั้ง อาจพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยรายนี้อาจจำไม่ได้ว่าลืมรับประทานยา แต่คิดว่ารับประทานยาแล้ว ทำให้มีเม็ดยาเหลืออยู่ทั้งที่ครบกำหนดต้องไม่มียาเหลือแล้ว เป็นต้น หรือ ผู้ป่วยบางรายมีความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนในการรับประทานยาเช่น หากเลยเวลาที่ต้องรับประทานไปแล้วจะไม่กล้ารับประทานเม็ดนั้นอีก แม้จะนึกได้ในภายหลัง หรือ แม้กระทั่งผู้ป่วยบางรายที่มารับยาก่อนกำหนดรับยา แต่ใช้ยาที่มีหมดแล้ว อาจเกิดได้จากผู้ป่วยให้ผู้อื่นยืมยาไปรับประทาน หรือ หลงลืมว่ารับประทานไปแล้วจึงรับประทานยาซ้ำอีก เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ดูแลรักษาพอจะทราบข้อมูลของสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ก็สามารถนำมาวางแผนเพื่อช่วยผู้ป่วยโดยหาวิธีส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไป

ตารางที่ 27 รูปแบบของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (N = 67 ราย)

ความร่วมมือในการใช้ยา			จำนวน (ร้อยละ)
ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มความร่วมมือในการใช้ยาดี			53 (79.1)
ร่วมมือดี	ร่วมมือดี	ร่วมมือดี	42 (62.7)
ไม่ร่วมมือ	ร่วมมือดี	ร่วมมือดี	9 (13.4)
ไม่ร่วมมือ	ไม่ร่วมมือ	ร่วมมือดี	2 (3.0)
ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการใช้ยา หรือ ความร่วมมือในการใช้ยาเปลี่ยนแปลงตลอด			14 (20.9)
ร่วมมือดี	ร่วมมือดี	ไม่ร่วมมือ	3 (4.5)
ร่วมมือดี	ไม่ร่วมมือ	ร่วมมือดี	7 (10.4)
ไม่ร่วมมือ	ร่วมมือดี	ไม่ร่วมมือ	2 (3.0)
ร่วมมือดี	ไม่ร่วมมือ	ไม่ร่วมมือ	2 (3.0)
รวม			67 (100.0)

จากตารางที่ 27 ซึ่งรวบรวมได้จากผู้ป่วย 67 ราย ที่สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาได้ทั้ง 3 ครั้ง พบว่ามีผู้ป่วย 14 ราย (ร้อยละ 20.9) ที่มีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือความร่วมมือในการใช้ยาเปลี่ยนแปลงตลอด เนื่องจากความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นเรื่อง



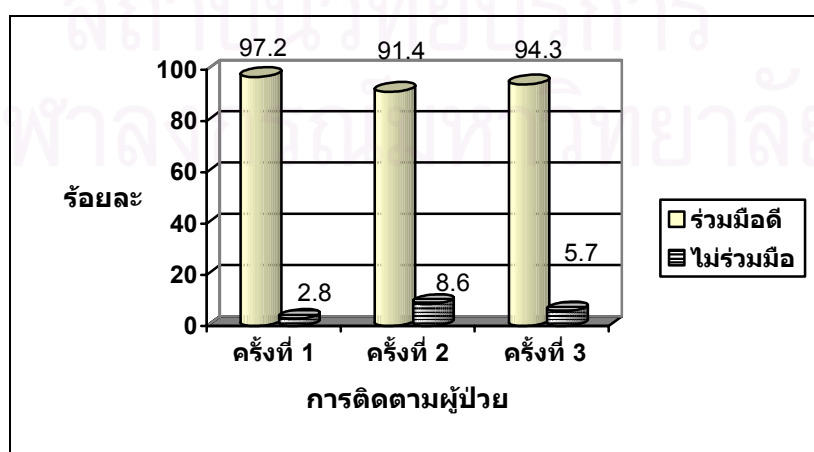
ซับซ้อน มีปัจจัยมากมายที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (11,22-29,39,58-61) ในการศึกษาเพื่อสรุปได้ว่า อาจเกิดจากติดพันจากการทำงานทำให้ลืมรับประทานยา/ไม่มีเวลารับประทานยา ต้องรับประทานยาหลายชนิด(โรคร่วมอื่น)ทำให้สับสน ลืมรับประทานยา และไม่มีเงินค่าเดินทาง เป็นต้น

ขณะเดียวกันมีผู้ป่วย 53 ราย (ร้อยละ 79.1) ที่มีแนวโน้มความร่วมมือในการใช้ยาดี โดยมีผู้ป่วยถึง 42 ราย (ร้อยละ 62.7) ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาดีตลอดทั้ง 3 ครั้ง แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจกลายมาเป็นผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้เช่นกัน หากมีอุปสรรคในการใช้ยาเกิดขึ้น จึงไม่สามารถรับรองว่าผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาดีได้ตลอดเวลาที่รับยา การศึกษาของ Bangsberg D.R. และคณะ (94) ระบุว่า แม้ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงถึงร้อยละ 92-100 ยังสามารถพบการดื้อยาได้ถึงร้อยละ 23 ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีกิจกรรมประเมินความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาต้านไวรัสเอดส์ และเลือกใช้วิธีส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีปัจจัยต่างกันไป และควรมีการติดตามผลด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตลอดการรักษาโดยการดูแลร่วมกันแบบทีม (28-29,64) เพื่อป้องกันความล้มเหลวในการรักษาและเฝ้าระวังการดื้อยาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

#### 4.2.2 การใช้ยาตรงเวลา

การศึกษานี้ต้องการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยในด้านการรับประทานยาตรงเวลาโดยคลาดเคลื่อนทั้งก่อนและหลังเวลาที่ต้องรับประทานไม่เกินครึ่งชั่วโมง โดยใช้วิธีการวัดการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์

รูปที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาด้านตรงเวลา



ตารางที่ 28 อัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้านตรงเวลา

ค่าทางสถิติ	การติดตามครั้งที่ 1 (N = 108)	การติดตามครั้งที่ 2 (N = 105)	การติดตามครั้งที่ 3 (N = 70)
ด้านตรงเวลา			
มีมาตรฐาน	100.00	100.00	100.00
ค่าน้อยที่สุด	92.86	53.57	87.50
ค่ามากที่สุด	100.00	100.00	100.00

จากรูปที่ 11 พบว่า ในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 2 และ 3 มีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ด้านตรงเวลาเท่ากับร้อยละ 97.2 91.4 และ 94.3 ตามลำดับ ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ มีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีด้านตรงเวลาไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และจากตารางที่ 28 พบว่าอัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีมาตรฐานที่ร้อยละ 100.00 ในทุกครั้งของการติดตามผู้ป่วย ผลความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้มาจากวิธีวัดด้วยการรายงานผลด้วยตนเอง จึงอาจให้ผลที่สูงกว่าความเป็นจริง แต่เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีนี้เนื่องจากต้องการสอบถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างเคร่งครัดต่อเวลามากขึ้น การศึกษาของ GEEMA (95) ระบุว่า ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามเวลาจะทำให้ประสบผลสำเร็จต่อการรักษาด้านไวรัสวิทยาเป็น 2.4 เท่าของผู้ป่วย เนื่องจากเชื้อไวรัสสามารถเพิ่มจำนวนได้รวดเร็วในร่างกายโดยเพิ่มมากถึง  $10^{10}$  อนุภาคต่อวันถ้าไม่ได้รับการรักษา (8) นอกจากนี้ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ใช้รักษาผู้ป่วยในโครงการ NAPHA มักทำในรูปแบบเม็ดยารับประทานที่รวมยาหลายชนิดอยู่ในเม็ดเดียวกันเพื่อความสะดวกของผู้ป่วยในการรับประทาน แต่ยาในหนึ่งเม็ดนั้นมีทั้งค่าครึ่งชีวิตสั้นและค่าครึ่งชีวิตยาวตั้งแต่ 1 - 30 ชั่วโมง (22) ดังนั้นหากลืมรับประทานยาบ่อยครั้งหรือรับประทานยาไม่ตรงเวลาจะทำให้ระดับยาในเลือดต่ำกว่าระดับที่สามารถลดปริมาณไวรัส เกิดการกลายพันธุ์และเกิดไวรัสดื้อยาได้ในที่สุด

#### 4.3 ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์

การศึกษานี้ได้ประเมินปัญหาในการรักษาด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์ด้วยแบบประเมินหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ข) จากผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ 108 ราย ผลการศึกษาพบว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์ทั้งสิ้น 15 ปัญหาในผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 8.3) ผู้ป่วยทุกรายที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านไวรัสเอดส์บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ได้รับการป้องกัน/แก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 29 ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์

อาการไม่พึงประสงค์	ยาที่สงสัย	Naranjo's algorithm	จำนวน (ร้อยละ)
ภาวะโลหิตจาง	AZT	possible	1 (0.9)
ปลายประสาทอักเสบ	d4T	possible	2 (1.9)
ภาวะไขมันฝ่อ	d4T	probable	1 (0.9)
ภาวะไขมันฝ่อร่วมกับไขมันสะสม	d4T / IDV/ RTV	probable/probable /probable	1 (0.9)
ผมร่วน	IDV / RTV	possible/possible	1 (0.9)
ภาวะแลคติกสูง/ ALT สูง / ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	AZT	probable/probable /probable	1 (0.9)
ภาวะไขมันฝ่อ / ภาวะแลคติกสูง / ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง	d4T	probable/probable /possible	1 (0.9)
ภาวะไขมันฝ่อร่วมกับไขมันสะสม / ภาวะแลคติกสูง / ระดับแอลดีแอล- คอเลสเตอรอลสูง	d4T	probable/ probable/possible	1 (0.9)
<b>รวม</b>			<b>9 (8.3)</b>

จากตารางที่ 29 เมื่อพิจารณาการจัดแบ่งประเภทของอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ตาม USDHHS (22) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 7 ราย (ร้อยละ 77.8) เกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและ/หรือความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้แก่ ปลายประสาทอักเสบ ภาวะไขมันฝ่อ ภาวะไขมันฝ่อร่วมกับไขมันสะสม ผมร่วน ซึ่งผู้ป่วย 2 รายในนั้นยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดรุนแรงหรือมีอันตรายต่อผู้ป่วยคือ ภาวะแลคติกสูงที่ยังไม่แสดงอาการทางคลินิกอีกด้วย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สูตร GPO-vir ซึ่งมี d4T เป็นส่วนประกอบมานาน 3 ปี และ 1 ปี 4 เดือน ซึ่งภาวะแลคติกสูงที่เกิดขึ้นสามารถพัฒนาต่อจนเกิดภาวะร่างกายเป็นกรดจากแลคติกได้ ส่วนผู้ป่วยอีก 2 รายเกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดรุนแรงหรือมีอันตรายต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วย 1 รายเกิดภาวะโลหิตจางหลังได้รับ AZT ประมาณ 7 สัปดาห์ ซึ่งขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับคือ 400 มก./วัน ผู้ป่วยรายนี้มีค่า Hgb 11.2 g/dL Hct 33% MCV 102 จัดได้ว่าเป็นภาวะโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดขนาดใหญ่ ซึ่งผลการศึกษามีรายงานร้อยละ 1.1-4 (22) การเกิด macrocytosis ไม่จำเป็นต้องมีภาวะโลหิตจาง ขาดวิตามินบี 12 หรือโฟเลต และพบได้

บ่อยอาจสูงถึงร้อยละ 96 ในผู้ป่วยที่ได้รับ AZT (89) และผู้ป่วยอีก 1 รายเกิดภาวะแลคติกสูง (lactate 2.6 mmol/L) ALT สูงกว่าปกติ (ALT 72) ร่วมกับปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หลังได้รับ AZT 4 เดือน ซึ่งก่อนนี้ผู้ป่วยมีประวัติเกิดอาการปลายประสาทอักเสบ มีปวดและชาขาทั้งสองข้างซึ่งได้รับการประเมินว่าเกิดจาก d4T ในสูตร GPO-vir จึงเปลี่ยนมารับยา AZT และอาการดีขึ้น ไม่ชาแต่ยังคงปวดกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างอยู่ ผู้ป่วยรายนี้คาดว่าเกิดพิษต่อไมโทคอนเดรีย ผลการศึกษา (82,85) รายงานว่าพิษต่อไมโทคอนเดรียมักเกิดกับ NRTI โดยเกิดจาก d4T และ ddC มากกว่า ddI และ AZT ตามลำดับ และมีผลการศึกษา (89) รายงานอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการได้รับ AZT ประมาณร้อยละ 8 ของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาในด้านชนิดยาที่สงสัยว่าทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส เอ็ดส์พบว่า เกิดจาก d4T มากที่สุด คือ 10 ปีญาหา (ร้อยละ 55.6) รองลงมาได้แก่ AZT 4 ปีญาหา (ร้อยละ 22.2) IDV และ RTV ชนิดละ 2 ปีญาหา (ร้อยละ 13.3) เกสซกรประเมินความน่าจะเป็นของอาการที่เกิดขึ้นด้วย Naranjo's algorithm ซึ่งผลที่ได้อยู่ในระดับเป็นไปได้ (possible) และน่าจะใช่ (probable)

ก่อนการศึกษาผู้ป่วยมีประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอ็ดส์ 20 ราย (ร้อยละ 18.5) จำแนกเป็นอาการแพ้ยา 15 ราย (ร้อยละ 13.9) ซึ่งทั้งหมดเกิดจากแพ้ NVP ในช่วง 2-4 สัปดาห์แรก ส่วนอาการข้างเคียงจากยา 5 ราย (ร้อยละ 4.6) เกิดจาก d4T 3 ราย จากอาการปลายประสาทอักเสบ EFV 1 ราย จากการมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูง และ ddI 1 ราย จากตับอ่อนอักเสบ ซึ่งเปรียบเทียบกับเมื่อเข้าสู่การศึกษาตามแนวทางปฏิบัติงานฯ พบว่า ทีมค้นพบอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอ็ดส์ที่เป็นอาการข้างเคียงจากยาในระยะยาวได้มากขึ้น เนื่องจากทีมเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงดำเนินงานในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอ็ดส์มากขึ้นจากหลายบุคคล

โอกาสของการค้นพบอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอ็ดส์มาจากหลายแหล่ง ผู้ที่ค้นพบมากที่สุดคือ เกสซกร โดยค้นพบ 9 ปีญาหาในผู้ป่วย 5 ราย เนื่องจากมีความชำนาญด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ แต่ยังมีผู้ที่ค้นพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ได้อีก 2 แหล่ง คือ พยาบาลและตัวผู้ป่วยเอง ดังตารางที่ 30

การที่มีเกสซกรเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้ว เกสซกรยังช่วยให้ความรู้กับบุคลากรอื่นในทีมในด้านความรู้เกี่ยวกับยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ได้อีกด้วย ซึ่งเป็นการช่วยกันทำงานเป็นทีมในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ได้อย่างดี รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยรู้จักสังเกตตนเองและไม่กลัวต่ออาการที่อาจเกิดขึ้นด้วย เนื่องจากมีความเข้าใจเรื่องยา

ตารางที่ 30 ผู้ที่ค้นพบอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์

แหล่งที่มา	อาการไม่พึงประสงค์	จำนวน (ร้อยละ)
เภสัชกร	ภาวะโลหิตจาง	1 (0.9)
	ภาวะไขมันฝ่อร่วมกับไขมันสะสม	1 (0.9)
	ภาวะแลคติกสูง/ ALT สูง / ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	1 (0.9)
	ผมร่วง	1 (0.9)
	ภาวะไขมันฝ่อ/ภาวะแลคติกสูง/ ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง	1 (0.9)
พยาบาล	ปลายประสาทอักเสบ	2 (1.9)
	ภาวะไขมันฝ่อร่วมกับไขมันสะสม/ภาวะแลคติก สูง/ระดับแอลดีแอล-คอเลสเตอรอลสูง	1 (0.9)
ผู้ป่วย	ภาวะไขมันฝ่อ	1 (0.9)
<b>รวม</b>		<b>9 (8.3)</b>

หมายเหตุ รายงานเฉพาะผู้ที่ค้นพบอาการไม่พึงประสงค์จากยาเป็นรายแรก

อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดอยู่นอกเหนือเกณฑ์ที่ต้องส่งต่อพบแพทย์ ซึ่ง  
แนวทางในการดูแลผู้ป่วยอาจต่างกันขึ้นกับทีมของแต่ละโรงพยาบาล ในการศึกษาี้เภสัชกรจัดการ  
ปัญหาเบื้องต้นตามวิธีดำเนินงานการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ (A3.3) ใน  
ผู้ป่วยทั้ง 9 ราย (ร้อยละ 100)

1. แก้ไขปัญหาด้วยการให้ยารักษาอาการเบื้องต้น 3 ราย ดังนี้
  - 1.1 ผู้ป่วยที่เกิดภาวะโลหิตจาง 1 ราย ได้รับ vitamin B1-6-12 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด  
วันละ 3 ครั้ง และ folic acid 5 มก. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง
  - 1.2 ผู้ป่วยที่เกิดปลายประสาทอักเสบ 2 ราย ได้รับ amitriptyline 10 มก. รับประทานครั้ง  
ละ 1 เม็ด ก่อนนอน และ vitamin B1-6-12 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง
2. ให้การปรึกษาและเฝ้าระวัง 7 ราย โดยแบ่งตามอาการที่เกิดขึ้นดังนี้
  - 2.1 ภาวะไขมันฝ่อ ภาวะไขมันฝ่อร่วมกับไขมันสะสม  
ให้การปรึกษาเรื่องอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากยาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบัน และ  
โอกาสคือยาเมื่อมีประวัติการเปลี่ยนยาหลายชนิด

## 2.2 ผมร่วง

ให้การปรึกษาเพื่อคลายกังวล ซึ่งอาจสาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดได้ และโอกาสคือยาเมื่อมีประวัติการเปลี่ยนยาหลายชนิด เฝ้าระวังโดยส่งพบแพทย์เฉพาะทางด้านผิวหนัง

## 2.3 ภาวะแลคติกสูง /ALT สูง / ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ให้การปรึกษาเพื่อหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนรับประทานยาชนิดอื่น การสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแลคติกสูง

## 2.4 ระดับแอลดีแอล-คอเลสเตอรอลสูง / ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง /

ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ให้การปรึกษาเพื่อลดอาหารไขมัน การออกกำลังกาย

## 4.4 ด้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

### 4.4.1 การประเมินหาและแก้ไขโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

การศึกษานี้ได้ประเมินปัญหาในการรักษาด้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาสด้วยแบบประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ภาคผนวก ฉ) เครื่องมือนี้นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 108 ราย ผลการศึกษาพบว่าเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างการรักษา 2 ราย (ร้อยละ 1.9) ผู้ป่วยทุกรายที่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ได้รับการรักษาตามวิธีดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (A3.2) โดยไม่หยุดการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ นอกจากนั้นได้ให้ความรู้และการปรึกษาผู้ป่วยเรื่องยาและระยะเวลาในการรักษา การใช้ยาป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและการปฏิบัติตัว แล้วทำการติดตามผลในครั้งต่อไป

ผู้ป่วยรายที่ 1 ประเมินว่ามีอาการสงสัยที่เกิดจากโรค Cryptococcosis พบในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 เมื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยจึงทราบว่าเกิดโรคนี้นี้ขึ้นระหว่างการนัดติดตามผล และได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้คาดว่าเกิด IRS (Immune reconstitution syndrome) เนื่องจากเริ่มรับยาต้านไวรัสเอดส์ได้ประมาณ 2 เดือนและมีระดับเซลล์ซีดีโฟร์เพียง 3 เซลล์/มคล. โดยในวันที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลียและมีไข้หลงเหลืออยู่

ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ประเมินว่ามีอาการสงสัยที่เกิดจากโรคปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystic jiroveci* พบในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 2 เมื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยจึงทราบว่าเกิดโรคนี้นี้ขึ้นระหว่างการนัดติดตามผลและได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นมาก่อน ผู้ป่วยรายนี้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดกลับเป็นซ้ำ ขณะที่เซลล์ซีดีโฟร์ประมาณ 7% และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มา 5 เดือน จึงติดตามการรักษาให้เป็นไปตามวิธีดำเนินงานในการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่กำหนด

ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และนัดผู้ป่วยเจาะเลือดวัดระดับเซลล์ซีดีโฟร์ซีห้า เพื่อส่งพบแพทย์ตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายนี้เกิดความเสี่ยงในการรักษาหรือไม่

แม้โรงพยาบาลที่การศึกษาจะมีกระบวนการในการคัดกรองผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สงสัยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากหอผู้ป่วยต่างๆ เพื่อรับการปรึกษาก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และจัดเข้าสู่ระบบทะเบียนทำให้ทราบจำนวนผู้ป่วยที่แท้จริงทั้งหมด แต่บางครั้งมีผู้ป่วยรายใหม่บางรายที่จำเป็นต้องเริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยยังไม่ได้จัดการปัญหาด้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาสให้หมดไป จึงทำให้ยังคงพบ IRS ในผู้ป่วยได้

แม้จะมีเครื่องมือช่วยในการประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในการติดตามผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับยา แต่โรคฉวยโอกาสเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นในระหว่างนัดได้ ดังนั้นการเฝ้าระวังจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการสังเกตอาการที่ผิดปกติซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสด้วยทุกครั้ง โดยเฉพาะในรายที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ช่วง 2-3 เดือนแรกจะมีโอกาสเกิด IRS ได้ง่าย ซึ่งเกิดจากการที่มีระบบภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้นในช่วงแรกแล้วตอบสนองต่อเชื้อจุลินทรีย์ที่หลงเหลืออยู่ในร่างกาย (8, 96)

#### 4.4.2 การใช้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 108 ราย ผลการศึกษาพบปัญหาจากการใช้และการหยุดยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 38 ปัญหา ในผู้ป่วย 35 ราย (ร้อยละ 32.40) โดยพบมากที่สุดในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 คือ 34 ปัญหา ในผู้ป่วย 31 ราย (ร้อยละ 28.7) ส่วนการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 2 และ 3 พบปัญหาลดลงเนื่องจากทีมได้ทำการแก้ไขปัญหาเดิมที่พบในครั้งที่ 1 ไปแล้ว โดยในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 2 พบ 2 ปัญหา ในผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 1.9) โดยเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่ติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 แต่ค้นหาไม่พบ ส่วนการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 3 พบปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ 2 ปัญหา ในผู้ป่วย 2 ราย (ร้อยละ 2.9)

ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันโดยไม่เป็นไปตามเกณฑ์เริ่มใช้ยาของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยพบมากที่สุดในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 คือ 20 ปัญหา (ร้อยละ 58.8) ส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากการใช้ยาป้องกันระดับปฐมภูมิสำหรับโรค Cryptococcosis ขณะที่ผู้ป่วยมีระดับเซลล์ซีดีโฟร์ซีห้ามากกว่า 100 เซลล์/มคล. ดังตารางที่ 31

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยทุกรายได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหา ซึ่งผลที่ได้เป็นไปตามดัชนีวัดผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยที่ประเมินว่า ผู้ป่วยทุกรายที่พบปัญหาจากการใช้ยาในโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้รับการป้องกัน/แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 31 ปัญหาจากการใช้และการหยุดยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ปัญหาในการรักษา	จำนวนปัญหา (ร้อยละ)		
	ครั้งที่ 1 (N=108)	ครั้งที่ 2 (N=105)	ครั้งที่ 3 (N=70)
ผู้ป่วยที่ไม่พบปัญหา (ราย)	77 (71.3)	103 (98.1)	68 (97.1)
ผู้ป่วยที่พบปัญหา (ราย)	31 (28.7)	2 (1.9)	2 (2.9)
<b>ปัญหาจากการใช้ยาป้องกันโรค<sup>a</sup></b>			
ไม่เป็นไปตามเกณฑ์เริ่มใช้ยา	20 (58.8)	1 (50.0)	2 (100.0)
Cryptococcosis	18 (52.9)	1(50.0)	1(50.0)
PCP	2 (5.9)	0	1(50.0)
<b>ปัญหาจากการหยุดยาป้องกันโรค<sup>a</sup></b>			
หยุดยาเร็วกว่าเกณฑ์	5 (14.7)	0	0
Cryptococcosis	0	0	0
PCP	5 (14.7)	0	0
ไม่หยุดยาตามเกณฑ์	9 (26.5)	1 (50.0)	0
Cryptococcosis	7 (20.6)	0	0
PCP	2 (5.9)	1(50.0)	0
<b>รวม (ปัญหา)</b>	<b>34 (100.0)</b>	<b>2 (100.0)</b>	<b>2 (100.0)</b>

หมายเหตุ a : ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดปัญหาในการรักษาได้มากกว่า 1 ชนิด

#### 4.5 ด้านความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

สำหรับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ ทำการประเมินหลังสิ้นสุดการศึกษาในเดือนกุมภาพันธ์ 2549 ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ (ภาคผนวก ๓)

ผลการประเมินได้จากผู้ป่วยทั้งหมด 101 ราย (ร้อยละ 93.5) ให้คะแนนเฉลี่ยหัวข้อความพึงพอใจทั้ง 3 ส่วนคือคุณภาพการให้บริการ ผู้ให้บริการดูแล และเวลา/สถานที่/ความสะดวกในการรับบริการมากกว่า 4 คะแนน โดยส่วนที่ 1 คุณภาพการให้บริการ หัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ เรื่องขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษาเท่ากับ  $4.76 \pm 0.43$  และเรื่องการให้ความรู้/การปรึกษาเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติดูแลตนเองเท่ากับ  $4.76 \pm 0.49$  ส่วนที่ 2 ผู้ให้บริการดูแล หัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ความใส่ใจต่อการให้ความรู้และคำปรึกษาเท่ากับ  $4.71 \pm 0.46$  ส่วนที่ 3



เวลา/สถานที่/ความสะดวกในการรับบริการ หัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ความสะดวกในขั้นตอนการรับยาเท่ากับ  $4.64 \pm 0.50$  ดังตารางที่ 32

ตารางที่ 32 ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ (N = 108)

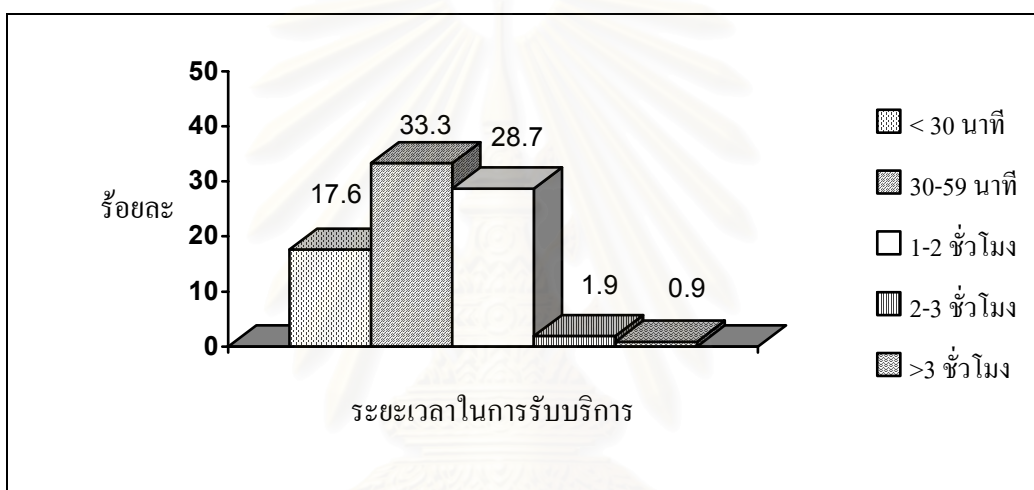
ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
	พอใจอย่างยิ่ง	พอใจ	ไม่แน่ใจ/เฉยๆ	
<b>ส่วนที่ 1 คุณภาพการให้บริการ</b>				
1. ขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษา	77 (71.3)	24 (22.2)	0	4.76 $\pm$ 0.43
2. ระบบการดูแลรักษา	53 (49.0)	33 (30.6)	15 (13.9)	4.34 $\pm$ 0.80
3. การให้ความรู้/การปรึกษาเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติดูแลตนเอง	79 (73.1)	22 (20.4)	0	4.76 $\pm$ 0.49
4. การช่วยเหลือและคำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาในการรักษา	73 (67.6)	27 (25.0)	1 (0.9)	4.69 $\pm$ 0.54
<b>ส่วนที่ 2 ผู้ให้บริการดูแล</b>				
5. การบริการด้วยท่าที่เป็นมิตรและรับฟังความคิดเห็น	65 (60.2)	32 (29.6)	4 (3.7)	4.60 $\pm$ 0.57
6. ความรู้ ความชำนาญต่อเรื่องที่ทำให้ความรู้และคำปรึกษา	70 (64.8)	30 (27.8)	1 (0.9)	4.68 $\pm$ 0.49
7. ความใส่ใจต่อการให้ความรู้และคำปรึกษา	72 (66.7)	29 (26.9)	0	4.71 $\pm$ 0.46
<b>ส่วนที่ 3 เวลา/สถานที่/ความสะดวกในการรับบริการ</b>				
8. เวลาในการให้คำแนะนำ/ปรึกษา	55 (50.9)	46 (42.6)	0	4.54 $\pm$ 0.50
9. สถานที่รับบริการในคลินิกเวชไอวี	47 (43.5)	38 (35.2)	16 (14.8)	4.31 $\pm$ 0.73
10. ความสะดวกในขั้นตอนการรับยา	66 (61.1)	34 (31.5)	1 (0.9)	4.64 $\pm$ 0.50

เมื่อพิจารณาด้านระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยให้คะแนนในระดับพอใจอย่างยิ่งและพอใจในทุกหัวข้อความพึงพอใจทั้ง 3 ส่วนคือ คุณภาพการให้บริการ ผู้ให้บริการดูแล และเวลา/สถานที่/ความสะดวกในการรับบริการ แต่ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ให้คะแนนระดับไม่แน่ใจ/เฉยๆต่อหัวข้อคุณภาพการให้บริการเรื่อง ระบบการดูแลรักษา 15 ราย (ร้อยละ 13.9) และเรื่อง การช่วยเหลือและคำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาในการรักษา 1 ราย (ร้อยละ 0.9) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยบางรายต้องการให้มีแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำในคลินิกเวชไอวี บางรายไม่สะดวกในการมาติดตามผลเนื่องจากอยู่ไกลหรือมีเวลาน้อย จึงได้รับการดูแลเรื่องปัญหาในการรักษาเป็นหลัก โดยยังไม่ได้รับความรู้หรือการปรึกษาอย่างเต็มที่และบางส่วนไม่มีความเห็น

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 74 ราย (ร้อยละ 68.5) มีความเห็นต่อรูปแบบการนัดติดตามผล/รับยาที่สะดวกมารับบริการมากที่สุดคือ มารับบริการในวันจันทร์ถึงศุกร์ในเวลาราชการ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการรับบริการ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 36 ราย (ร้อยละ 33.3) ใช้เวลาในการมารับบริการตั้งแต่เริ่มต้นที่ห้องบัตรจนรับยาเสร็จ 30 - 59 นาที รองลงมาเป็นผู้ป่วย 31 ราย (ร้อยละ 28.7) ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง และผู้ป่วย 19 ราย (ร้อยละ 17.6) ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที ดังรูปที่ 12

รูปที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระยะเวลาในการรับบริการ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงประเมิณผลมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพและนำไปทดลองปฏิบัติในผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทีมประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลผู้ให้การปรึกษาและตัวแทนชมรมผู้ป่วย โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ประสานงานหลักของทีม แนวทางปฏิบัติงานประกอบด้วย การประเมินปัญหาในการรักษา กำหนดแผนการรักษาและติดตามผล ประสานงานและสื่อสารในทีม แล้วประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงานในด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานฯ และความพึงพอใจและประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยในด้านความรู้ที่จำเป็น ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ศึกษาในผู้ป่วยโครงการ NAPHA ที่คลินิกเอชไอวีของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2549 มีผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการศึกษาทั้งสิ้น 108 ราย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

อัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1.84 : 1 ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพมากที่สุด 94 ราย (ร้อยละ 87.0) ส่วนใหญ่ไม่จบการศึกษามัธยมศึกษา 59 ราย (ร้อยละ 54.6) และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าค่าแรงงานขั้นต่ำ 64 ราย (ร้อยละ 59.3) มีประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากยา 34 ราย (ร้อยละ 31.5) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคประจำตัว 82 ราย (ร้อยละ 75.9) ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย  $38.75 \pm 7.77$  ปี ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานอายุตั้งแต่ 30-49 ปี พบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอายุ 30-34 ปีมากที่สุดคือ 38 ราย (ร้อยละ 25.9) สาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่ติดจากการมีเพศสัมพันธ์ 90 ราย (ร้อยละ 83.3) มีมาตรฐานระยะเวลาที่ทราบว่าจะติดเชื้อ 24 เดือน พบตั้งแต่ 4 เดือนถึง 11 ปี โดยพบมากในช่วงเวลา 1-5 ปี 74 ราย (ร้อยละ 68.5)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา/เบียร์และไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 69.4 ร้อยละ 77.8 และร้อยละ 100.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ยาอื่นหรือสมุนไพรที่รับนอกเหนือจากคลินิกเอชไอวี ร้อยละ 77.8 และร้อยละ 92.6 ตามลำดับ

เมื่อเริ่มการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับเข้าสู่ระยะไม่มีอาการถึง 105 ราย โดยมีระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ของ CDC ในระดับ A2 A3 A1 ร้อยละ 49.1 ร้อยละ 38.0 และร้อยละ 10.2 ตามลำดับ และมีมาตรฐานระดับเซลล์ซีดีโฟร์ที่ 209 เซลล์/มคล.

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 71 ราย (ร้อยละ 65.7) มีประวัติได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เพียง 1 สูตร ยาที่ใช้ในการรักษามากที่สุดคือ GPO-vir S30 80 ราย (ร้อยละ 74.1) สูตรที่พบการใช้มารองลงมา ได้แก่ สูตร d4T / 3TC / EFV 19 ราย (ร้อยละ 17.6) และสูตร AZT / 3TC / NVP 4 ราย (ร้อยละ 3.7) ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้ง 108 ราย (ร้อยละ 100) รับประทานยาวันละ 2 ครั้งคือทุก 12 ชั่วโมง มีระยะเวลาของการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์จนถึงก่อนเริ่มการศึกษามัธยมศึกษาที่ 15 เดือน กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มากกว่า 1 ปี 65 ราย (ร้อยละ 60.2)

ผลการทดสอบความรู้ในครั้งแรกที่พบผู้ป่วย มีคะแนนความรู้เฉลี่ย  $14.08 \pm 1.40$  คะแนน หมวดความรู้ที่ผู้ป่วยตอบไม่ถูกมากที่สุดคือ หมวดที่ 2 ความรู้เรื่องยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ 90 ราย (ร้อยละ 83.3) และมีผู้ป่วยที่ตอบไม่ถูกในหมวดความรู้ทั้ง 3 หมวด 4 ราย (ร้อยละ 3.7)

## 2. แนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

การศึกษานี้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวีซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยพยาบาลผู้ให้การปรึกษาและเภสัชกร มีบทบาทและทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการหลักสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วย เพื่อใช้ในการประเมินปัญหาในการรักษาและให้การป้องกัน/แก้ไขปัญหาตามแผนการรักษาและติดตามผลที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน และในรูปแบบที่กำหนดในการศึกษามีเภสัชกรเป็นผู้ประสานงานและสื่อสารข้อมูล/ข่าวสารภายในทีม โดยดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามวิธีดำเนินงานใน 6 ขั้นตอนหลักที่สร้างขึ้นได้แก่ 1) วิธีดำเนินงานทีมลักษณะสหสาขาวิชาชีพ 2) วิธีดำเนินงานการสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยของทีม 3) วิธีดำเนินงานการประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ 4) วิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ 5) วิธีดำเนินงานการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และ 6) วิธีดำเนินงานการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหา

### 2.1 การประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงาน

การประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงานใน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนด และด้านความทัศนคติและพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

### 2.1.1 ด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนด

ผลการศึกษาที่เป็นไปตามดัชนีวัดผลการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯ ได้แก่ ด้านการประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ และการยืนยันว่าผู้ป่วยผ่านเข้าสู่แนวทางปฏิบัติงานฯ

ผลการศึกษาที่ไม่เป็นไปตามดัชนีวัดผลการปฏิบัติงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯ ได้แก่ ด้านความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ และการอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วย

### 2.1.2 ด้านความทัศนคติและพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน

ผลการประเมินได้จากผู้ปฏิบัติงานในทีมทั้งสิ้น 4 ท่าน ผู้ปฏิบัติงานในทีมให้คะแนนเฉลี่ยทั้งด้านความเหมาะสมตามหลักฐานทางวิชาการและการปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ของโรงพยาบาลมากกว่า 4 คะแนนในทุกวิธีดำเนินงาน โดยวิธีดำเนินงานที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านความเหมาะสมตามหลักฐานทางวิชาการมากที่สุดเท่ากับ  $4.75 \pm 0.50$  มี 5 วิธีดำเนินงาน ได้แก่ วิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังโรคติดเชื้ออวกาศ วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ วิธีดำเนินงานการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และวิธีดำเนินงานการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ส่วนวิธีดำเนินงานที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ของโรงพยาบาลมากที่สุดเท่ากับ  $4.75 \pm 0.50$  มี 2 วิธีดำเนินงาน ได้แก่ วิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์และวิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังโรคติดเชื้ออวกาศ ผู้ปฏิบัติงานในทีมมีทัศนคติและความพึงพอใจต่อภาพรวมของแนวทางปฏิบัติงานฯ ดังนี้ ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่าการประสานงานของบุคลากรในทีมมีความเหมาะสม มีความพึงพอใจต่อบทบาทของบุคลากรในทีมในระดับพอใจขึ้นไป มีความเห็นต่อประโยชน์ที่คิดว่าผู้ป่วยได้รับจากแนวทางปฏิบัติงานฯ ในระดับเห็นด้วยขึ้นไปและมีความเห็นว่าควรมีการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานฯ ต่อไป ร้อยละ 100 ในทุกหัวข้อ

## 2.2 การประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานฯ ต่อผู้ป่วย

ประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานฯ ต่อผู้ป่วยใน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านความรู้ที่จำเป็น 2) ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ 3) อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ 4) โรคติดเชื้ออวกาศ และ 5) ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

### 2.2.1 ด้านความรู้ที่จำเป็น

เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีผู้ป่วยที่รับการประเมินซึ่งตอบผ่านความรู้ที่จำเป็นทั้ง 3 ประเด็นเพิ่มขึ้นเป็น 100 ราย (ร้อยละ 95.2) จากเมื่อเริ่มการศึกษาซึ่งมี 56 ราย (ร้อยละ 51.9) ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ป่วยประเมินความรู้ที่จำเป็นผ่าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

## 2.2.2 ด้านความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

### 2.2.2.1 ด้านครบตามสั่ง

การศึกษานี้ใช้การวัด 3 วิธีร่วมกันคือ การนับเม็ดยาที่เหลือ วัดการมาตามกำหนดรับยา และวิธีวัดการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 2 และ 3 มีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ด้านครบตามสั่งเท่ากับ ร้อยละ 74.1 71.4 และ 89.6 ตามลำดับ ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ มีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีด้านครบตามสั่งไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 2 และ 3 มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย มีมาตรฐานที่ร้อยละ 100.00 99.32 และ 100.00 ตามลำดับ ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ ผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

### 2.2.2.2 ด้านตรงเวลา

การศึกษานี้ใช้วิธีวัดการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 2 และ 3 มีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ด้านตรงเวลาเท่ากับร้อยละ 97.2 91.4 และ 94.3 ตามลำดับ ผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคือ มีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีด้านตรงเวลาไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

## 2.2.3 ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์

จากผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 108 ราย ผลการศึกษาพบว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งสิ้น 15 ปัญหา ในผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 8.3) ผู้ป่วยทุกรายที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดคือได้รับการป้องกัน/แก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น

## 2.2.4 ด้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

จากผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 108 ราย ผลการศึกษาพบว่าเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระหว่างการศึกษา 2 ราย (ร้อยละ 1.9) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการป้องกัน/แก้ไขโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้น และพบปัญหาจากการใช้และการหยุดยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 38 ปัญหา ในผู้ป่วย 35 ราย (ร้อยละ 32.40) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการป้องกัน/แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาเป็นไปตามดัชนีวัดผลของแนวทางปฏิบัติงานฯ

## 2.2.5 ด้านความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยให้คะแนนในระดับพอใจอย่างยิ่งและพอใจในทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ คุณภาพการให้บริการ ผู้ให้บริการดูแล และเวลา/สถานที่/ความสะดวกในการรับบริการ

ผลการศึกษาที่เป็นไปตามดัชนีวัดผลของแนวทางปฏิบัติงานฯ ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วยที่ประเมินความรู้ที่จำเป็นผ่าน ร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ด้านครบตามสั่งและตรงเวลา การป้องกัน/แก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น การป้องกัน/แก้ไขปัญหาจากโรคและการใช้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้น และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

## ข้อเสนอแนะในการวิจัย

แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

### 1. ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาวิธีดำเนินงาน

#### 1.1 วิธีดำเนินงานทีมลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

การศึกษานี้ไม่สามารถจัดอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วยได้ เนื่องจากแพทย์ที่อยู่ในทีมมีภาระงานในการตรวจผู้ป่วยโรคอายุรกรรมทั่วไปทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อีกทั้งในคลินิกเอชไอวีมีผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องทั้งวันเนื่องจากให้บริการทุกวันตลอดเวลาราชการ จึงใช้วิธีการสื่อสารผ่านทางผู้ประสานงานทีมแทน แต่แนวคิดเรื่องการจัดอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นกิจกรรมหนึ่งในการประสานงานและสื่อสารภายในทีมซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกันและมีประสิทธิภาพ อาจปฏิบัติได้ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม เช่น มีผู้ปฏิบัติงานแต่ละวิชาชีพในทีมมากกว่า 1 คน หรือ คลินิกเอชไอวีเปิดให้บริการเป็นบางวันของสัปดาห์ และอาจเลือกเฉพาะรายที่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อพบแพทย์ หรือ มีข้อเสนอแนะที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติงานฯ เป็นต้น การจัดอภิปรายกรณีศึกษาผู้ป่วยจะช่วยให้พัฒนาระบบการทำงานเป็นทีมที่ชัดเจนขึ้น

#### 1.2 วิธีดำเนินงานการสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยของทีม

การศึกษาพบปัญหาในการบันทึกข้อมูลที่สำคัญในการดูแลรักษาไม่ครบทุกประเด็น เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาทั้งจากผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานในทีม จึงเลือกดูแลผู้ป่วยและบันทึกในประเด็นที่จำเป็นที่สุดก่อนคือ ปัญหาในการรักษา เป็นหลัก แต่หากทีมมีความพร้อมควรบันทึกข้อมูลที่สำคัญซึ่งควรอยู่ในฐานข้อมูลของทีมสหสาขาวิชาชีพ 3 ประเด็นที่แนะนำไว้คือ ข้อมูลทางสังคมและจิตใจ ทักษะคิดต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ และปัญหาในการรักษา สามารถเพิ่มประเด็นข้อมูลเรื่องการใช้ยาอื่นหรือสมุนไพรด้วยเนื่องจากผู้ป่วยอาจใช้ยาอยู่แต่ไม่ได้บอกผู้ดูแลรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยากับยาต้านไวรัสเอดส์บางชนิดได้

### 1.3 วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

แม้จะมีการประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในการติดตามผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับยา แต่โรคฉวยโอกาสเหล่านี้อาจเกิดขึ้นในระหว่างนัดได้ ดังนั้นการเฝ้าระวังจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการสังเกตอาการที่ผิดปกติและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอย่างสม่ำเสมอ

ขณะที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวีไม่มีความชำนาญเพียงพอในการตัดสินใจว่าเป็นอาการที่เกิดจากเชื้อฉวยโอกาสหรือไม่ และการศึกษานี้ยังพบปัญหาในการใช้หรือหยุดยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากในการติดตามผู้ป่วยครั้งที่ 1 เนื่องจากการดูแลในระบบเดิมผู้ปฏิบัติงานไม่ได้ทบทวนเกณฑ์ในการใช้หรือหยุดยาป้องกันโรคที่เป็นปัจจุบัน จึงควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องโรคติดเชื้อฉวยโอกาสรวมทั้งการใช้หรือหยุดยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพราะเป็นแกนหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วย

### 1.4 วิธีดำเนินงานการประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์

ผู้ป่วยในโครงการ NAPHA มีข้อจำกัดที่ไม่มีผลทางห้องปฏิบัติการหลายอย่างที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งเกิดในระยะยาวหรือไม่มีอาการแสดงทางคลินิก ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่ต้องการทราบผลต้องตรวจจากภายนอกโรงพยาบาลและนำผลมาให้แทน จึงควรมีการกำหนดแนวทางการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยประเมินผลด้านความปลอดภัยในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยมีกำหนดระยะเวลาและรายการส่งตรวจสำหรับแต่ละสูตรยาที่ชัดเจนขึ้น

นอกจากนั้นในการศึกษานี้ ผู้ที่ค้นพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มาจากหลายแหล่งคือ เกสัชกร พยาบาลและตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นจึงควรจัดอบรมความรู้ด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับทั้งบุคลากรในทีมและผู้ป่วย จะทำให้การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์มีประสิทธิภาพขึ้น

### 1.5 วิธีดำเนินงานการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

การวัดความร่วมมือในการใช้ยาดังวิธีนับเม็ดยาที่เหลือจะได้ข้อมูลไม่ครบ ถ้าผู้ป่วยไม่นำยากลับมา ส่วนการวัดด้วยวิธีการรายงานผลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยมักให้ข้อมูลที่เกินจากความเป็นจริง ดังนั้นวิธีการวัดความร่วมมือในการใช้ยาควรใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของผลความร่วมมือในการใช้ยาที่ได้มา การศึกษานี้แนะนำว่าการวัดด้วยวิธีนับเม็ดยาที่เหลือร่วมกับวิธีวัดการมาตามกำหนดรับยา เป็นวิธีที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริงในการดูแลผู้ป่วยโครงการ NAPHA เนื่องจากสามารถค้นพบผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ดีกว่าการวัดด้วยวิธีการรายงานผลด้วยตนเอง และทราบถึงสภาพการเก็บยาของผู้ป่วย



## 1.6 วิธีดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์

เกณฑ์การส่งต่อแพทย์บางรายการยังไม่ชัดเจนต่อการปฏิบัติงานเช่น ปลายประสาทอักเสบซึ่งอาการไม่ทุเลาภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับยารักษา ในทางปฏิบัติบางครั้งผู้ป่วยมักบอกว่าอาการดีขึ้นมากแต่หลงเหลือเพียงเล็กน้อย ในกรณีเช่นนี้ใช้ลักษณะที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดหรือเจ็บเป็นเกณฑ์ตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ ดังนั้นทีมจึงควรกำหนดลักษณะอาการที่จัดว่าไม่ทุเลาให้ชัดเจนว่าพิจารณาจากลักษณะอาการใด จึงต้องส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์

ผู้ป่วยบางรายที่มีโรคร่วมอื่นๆและจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษา จะทำการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะด้านตามโรคและอาการที่เป็น ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เวลานานในการรอพบแพทย์อีกรอบจนผู้ป่วยบางรายไม่ยอมไปรับการรักษาที่แพทย์แต่ไปซื้อยาจากภายนอกโรงพยาบาลแทน จึงเป็นภาระต่อผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่ายและความไม่สะดวก ดังนั้นควรมีการกำหนดแนวทางในการให้การรักษาร่วมกันบางอาการและกำหนดกรอบรายการยาที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเวชไอวีสามารถส่งจ่ายให้ผู้ป่วยได้ โดยมีมติเห็นชอบจากสมาชิกในทีม แต่ในลำดับแรกผู้ปฏิบัติงานควรแนะนำผู้ป่วยให้พบแพทย์ก่อนเสมอ

## 1.7 วิธีดำเนินงานการให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหา

การให้ความรู้ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีการกำหนดหน้าที่ไว้ล่วงหน้าแล้วว่าใครเป็นผู้ให้ความรู้ในหัวข้อใด ในทางปฏิบัติอาจมีบางครั้งที่ผู้ปฏิบัติงานไม่มีเวลาในการให้ข้อมูลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานในทีมคนสุดท้ายที่เป็นผู้พบผู้ป่วยจะเป็นผู้ตรวจสอบและให้ความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจแทนผู้ปฏิบัติงานอื่นได้

โรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องต่างๆคืออยู่แล้ว อาจดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยในลักษณะการทบทวนปีละ 1-2 ครั้งได้ โดยไปเน้นกิจกรรมดูแลผู้ป่วยด้านอื่นแทน

นอกจากนั้นสถานที่ในการให้ความรู้ที่เป็นสัดส่วนและมีขีดเป็นสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยตั้งใจรับฟังและไม่ต้องกังวลกับสภาวะแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และเข้าใจข้อมูลโดยเฉพาะเมื่อเป็นการพบผู้ป่วยในครั้งแรก

## 2. ข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย

โรงพยาบาลที่ทำการวิจัยมีการคัดกรองผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สงสัยติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งชายและหญิง และจัดเข้าสู่ระบบทะเบียนผู้ป่วยเพื่อทำให้ทราบจำนวนผู้ป่วยที่ใกล้ความจริงที่สุด แต่ยังไม่ได้นำผลการเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาที่เป็นมาตรฐานนัก เนื่องจากแกนหลักของทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยคือ พยาบาลผู้ให้การรักษา 1

คน ซึ่งประจำอยู่ในคลินิกเอชไอวีรับผิดชอบทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจึงมีภาระงานมาก การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีมาตรฐานที่ไม่เท่ากัน ขณะที่โรงพยาบาลมีระบบบริการแบบเปิดบริการทุกวัน จันทร์ถึงวันศุกร์ทำให้ไม่สามารถจัดสรรเภสัชกรไปปฏิบัติงานที่คลินิกเอชไอวีได้ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ไม่มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และมีภาระงานในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกกลุ่มอื่น การส่งผู้ป่วยพบแพทย์ไม่สามารถดำเนินการได้ทุกวัน เพราะแพทย์ที่อยู่ในทีมมีเพียงหนึ่งคนและมีภาระงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แบบบันทึกข้อมูลที่มีหลายชุดทำให้ทีมอาจมีภาระงานที่ซ้ำซ้อนกับโครงการ NAPHA ได้ ข้อจำกัดเหล่านี้อาจแก้ไขโดย

## 2.1 ก่อนเข้าโครงการ NAPHA

2.1.1 ประชาสัมพันธ์ภายในหน่วยงานให้กำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละหอผู้ป่วย ทำหน้าที่ในการแจ้งผู้ป่วย และส่งตัวผู้ป่วยพร้อมแฟ้มประวัติผู้ป่วยในมายังผู้ให้การปรึกษาในคลินิกเอชไอวี

2.1.2 เพิ่มอัตรากำลังคนของพยาบาลในคลินิกเอชไอวี เพื่อรับผิดชอบผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนเข้าโครงการ NAPHA โดยทำหน้าที่

2.1.2.1 จัดทำระบบทะเบียนผู้ป่วย

2.1.2.2 ให้การปรึกษาผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในด้านสภาพจิตใจ การยอมรับผลเลือด และเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา

2.1.2.3 ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยเริ่มจากการให้รับประทานยา ป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

## 2.2 เมื่อเริ่มเข้าโครงการ NAPHA

2.2.1 เพิ่มอัตรากำลังคนของแพทย์ในการร่วมดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดให้แพทย์ใช้ทุนหรืออายุรแพทย์คนอื่น จัดตารางเวรลงตรวจผู้ป่วย โดยแพทย์ช่วยในการทำหน้าที่

2.2.1.1 เฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือ IRS ที่อาจเกิดขึ้น

2.2.1.2 ตรวจวินิจฉัยโรคร่วมอื่นๆในผู้ป่วย

2.2.1.3 ติดตามผลการรักษาและประเมินความล้มเหลวในการรักษาที่อาจเกิดขึ้น

2.2.2 จัดระบบนัดผู้ป่วยเพื่อมารับยาต่อ โดยกำหนดวันในการให้บริการในสัปดาห์เช่น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันจันทร์และวันพุธ และทำการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบและมาตามกำหนดอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ทั้งเภสัชกรและแพทย์มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง

2.2.3 จัดระบบบริการผู้ป่วยแบบครบวงจร ณ จุดรับบริการเดียว ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการสะดวกขึ้น

#### 2.2.4 เกษัครมีส่วนร่วมในทีม ในการทำหน้าที่

- 2.2.4.1 รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประวัติการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์และโรคร่วมอื่นๆ ให้ถูกต้องและเหมาะสมต่อการใช้งานร่วมกันของทีม
- 2.2.4.2 ให้การติดตามและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่เกิดขึ้นในระยะสั้น ในช่วงเริ่มแรกของการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และจากยาอื่นๆที่ผู้ป่วยใช้ร่วมด้วย
- 2.2.4.3 คัดกรองความรู้ที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ และให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ผลจากความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ
- 2.2.4.4 ประเมินทัศนคติต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วย

### 2.3 เมื่อรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มาประมาณ 1 เดือนขึ้นไป

2.3.1 ดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประสานงานผ่านทางเกษัครอย่างสม่ำเสมอ และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะทุก 3 เดือน

2.3.2 แบบบันทึกหลักสำหรับผู้ป่วยหนึ่งรายที่ใช้งานร่วมกันในทีม ได้ปรับปรุงใหม่ให้ลดจำนวนหน้าลงและแบ่งส่วนผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนขึ้น โดยหน้าที่ 2 มีให้เลือก 2 แบบขึ้นกับความชำนาญของเกษัครที่ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ และควรแนบคู่กับแบบสอบถามทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ (ภาคผนวก ๗) และแบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย (ภาคผนวก ๘) เพื่อใช้ประกอบในการให้ความรู้และประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

2.3.2.1 หน้าที่ 2.1 เหมาะกับผู้ที่ชำนาญและทราบข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ที่อาจเกิดขึ้นทั้งหมดในยาต้านไวรัสเอดส์ทุกสูตร

2.3.2.2 หน้าที่ 2.2 เหมาะกับผู้ที่ไม่ชำนาญหรือเพิ่งเริ่มต้นในการดูแลผู้ป่วย โดยหน้านี้จะมีรายการอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์เฉพาะสูตรที่ผู้ป่วยรายนั้นรับประทาน ซึ่งในที่นี้ยกตัวอย่างไว้คือสูตรยา GPO-vir

ดังมีลักษณะเป็นดังนี้

แบบบันทึกการติดตามผลการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ		TN
		ATC
ชื่อผู้ป่วย.....วัน/เดือน/ปีเกิด..... สถานภาพ..... ส่วนสูง..... BMI..... ที่อยู่.....HN.....		คลินิก <input type="radio"/> NAPHA <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> .....
การติดต่อที่สะดวก <input type="radio"/> บ้าน <input type="radio"/> โทรศัพท์ โทร.....	ประวัติอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา..... อาการ วันที่	(สำหรับติดสติ๊กเกอร์ पैยา)

PHARMACIST						
ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส						
ก่อนรับ ARV <input type="radio"/> ไม่เกิด <input type="radio"/> เกิด 1..... 2..... 3.....						
หลังรับ ARV <input type="radio"/> ไม่เกิด <input type="radio"/> เกิด 1..... 2..... 3.....						
ประวัติการสัมผัสสัตว์ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> แมว <input type="radio"/> นก <input type="radio"/> ไล่ <input type="radio"/> สุนัข <input type="radio"/> ปลา <input type="radio"/> อื่นๆ.....						
ประวัติรายการขาด้านไวรัส / ยาสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่เคยได้รับ						
เริ่ม	หยุด	สูตรยา	วิธีใช้	เหตุการณ์หยุด/เปลี่ยนยา	BW	CD4

วันที่	รายการ ARV / วิธีใช้	ลืม (ครั้ง)	เริ่ม	จ่าย	เหลือ	%adherence	TEAM NOTE

อุปกรณ์ช่วยเตือน  กล่องใส่ยา  แบบบันทึกเวลาการใช้ยา  ข้อความเตือนทางโทรศัพท์มือถือ  
 ปฏิทินรับประทานยา  อื่นๆ.....

## หน้า 2.1

PHARMACIST										
SAFETY										
	normal	baseline								
ADR										
ALT										
direct bilirubin										
CPK										
LDH										
Hgb										
Hct										
MCV										
CBC										
SCr /CrCl										
BS										
TC/ LDL										
TG										
lactate										
anion gap										
waist-hip ratio										

NURSE / COUNSELOR										
EFFICACY										
	normal	baseline								
CD4, (%)										
Weight										
BP										
OI										
ADHERENCE LEVEL										
ภาวะจิตใจ										
ข้อมูลทางสังคม							วันที่	wt	CD4	
สารเสพติด	<input type="radio"/> ไม่เสพ	<input type="radio"/> สุรา.....	<input type="radio"/> บุหรี่.....	<input type="radio"/> IVDU						
อาชีพ	<input type="radio"/> ไม่ทำงาน	<input type="radio"/> ทำงาน อาชีพ.....								
ความเป็นอยู่	<input type="radio"/> อยู่คนเดียว	<input type="radio"/> อยู่กับครอบครัว	<input type="radio"/> อยู่กับคนอื่น/เพื่อน							
การเปิดเผยผลเลือด	<input type="radio"/> ไม่เปิดเผย	<input type="radio"/> เปิดเผยกับครอบครัว	<input type="radio"/> เปิดเผยกับที่ทำงาน							
การเข้ากลุ่มชมรม	<input type="radio"/> ไม่เข้า	<input type="radio"/> เข้าสม่ำเสมอ	<input type="radio"/> เข้าครั้งคราว							
กุ่นอนทราบบผลเลือด	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ทราบ							
การใช้ถุงยางอนามัย	<input type="radio"/> ไม่ใช้	<input type="radio"/> 100%	<input type="radio"/> 75%	<input type="radio"/> 50%	<input type="radio"/> 25%					

ATC

## หน้าที 2.2

PHARMACIST										
สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาที่เกิด			อาการไม่พึงประสงค์						
<b>I. GPO-vir S.....</b>										
NVP	wk to mo			<input type="radio"/> rash	<input type="radio"/> SJS / TEN	<input type="radio"/> hepatotoxicity				
d4T	wk to mo			<input type="radio"/> hypertriglyceridemia	<input type="radio"/> hypercholesterolemia					
	wk to mo			<input type="radio"/> peripheral neuropathy	<input type="radio"/> pancreatitis					
	mo to y			<input type="radio"/> lipoatrophy	<input type="radio"/> fat accumu.					
				<input type="radio"/> hyperlactatemia	<input type="radio"/> lactic acidosis					
SAFETY										
	normal	baseline								
ADR										
BS										
Eos										
ALT										
direct bilirubin										
TG										
TC/ LDL										
waist-hip ratio										
lactate										
anion gap										

NURSE / COUNSELOR										
EFFICACY										
	normal	baseline								
CD4, (%)										
Weight										
BP										
OI										
ADHERENCE LEVEL										
ภาวะจิตใจ										
ข้อมูลทางสังคม							วันที่	wt	CD4	
สารเสพติด	<input type="radio"/> ไม่เสพ	<input type="radio"/> สุรา.....	<input type="radio"/> บุหรี่.....	<input type="radio"/> IVDU						
อาชีพ	<input type="radio"/> ไม่ทำงาน	<input type="radio"/> ทำงาน อาชีพ.....								
ความเป็นอยู่	<input type="radio"/> อยู่คนเดียว	<input type="radio"/> อยู่กับครอบครัว	<input type="radio"/> อยู่กับคนอื่น/เพื่อน							
การเปิดเผยผลเลือด	<input type="radio"/> ไม่เปิดเผย	<input type="radio"/> เปิดเผยกับครอบครัว	<input type="radio"/> เปิดเผยกับที่ทำงาน							
การเข้ากลุ่มชมรม	<input type="radio"/> ไม่เข้า	<input type="radio"/> เข้าสม่ำเสมอ	<input type="radio"/> เข้าครั้งคราว							
คู่นอนทราบผลเลือด	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> ทราบ							
การใช้ถุงยางอนามัย	<input type="radio"/> ไม่ใช้	<input type="radio"/> 100%	<input type="radio"/> 75%	<input type="radio"/> 50%	<input type="radio"/> 25%					



### 3. ข้อเสนอแนะต่อบทบาทเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นเรื่องของการใช้ยา ฉะนั้นจึงจำเป็นที่ทีมต้องมีเภสัชกรเป็นผู้ดูแลรักษาไปด้วย บทบาทที่เภสัชกรสามารถทำได้มีดังนี้

1. ตรวจสอบและสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ชัดเจนถูกต้อง
2. เป็นผู้ประสานงานในทีม
3. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ส่งตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการ)
4. เฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
5. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (อาจเริ่มที่ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส)
6. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
  - ควรใช้หลายวิธีร่วมกัน ตัวอย่างที่แนะนำได้แก่
    - 6.1 วิธีการนับเม็ดยาที่เหลือร่วมกับวิธีวัดการมาตามกำหนดรับยา
    - 6.2 วิธีวัดการมาตามกำหนดรับยาร่วมกับวิธีการรายงานผลด้วยตนเอง
7. คัดกรองความรู้ผู้ป่วย และให้ความรู้แบบเฉพาะราย
8. ให้การปรึกษาปัญหาทางยา
9. ดำเนินงานระบบรับยาต่อเนื่อง ในผู้ป่วยที่อาการคงที่หรือโรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ตรวจ โดยส่งยาต้านไวรัสเอดส์รายการเดิมและยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เมื่อเกิดปัญหาตามเกณฑ์ที่กำหนด
10. รับมอบอำนาจจากแพทย์ในการสั่งยารักษาอาการหรือโรคร่วมอื่นที่เกิดกับผู้ป่วย
11. คัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อหรือมีความล้มเหลวในการรักษา
12. เป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้ผู้ป่วยแบบกลุ่ม
13. เป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้ด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาแก่บุคลากรในทีม

โดยการทำงานของเภสัชกรอาจพบได้ใน 3 ตำแหน่งได้แก่ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ห้องให้การปรึกษาทางยา และที่คลินิกเอชไอวี ข้อเสนอแนะที่ให้ไว้เป็นรูปแบบการปฏิบัติงานของเภสัชกรซึ่งลำดับตามความสำคัญของกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วย โดยพิจารณาร่วมกับกำลังความสามารถ ภาระงาน สถานการณ์/รูปแบบการให้บริการของแต่ละโรงพยาบาล การมีฐานข้อมูลผู้ป่วย และการร่วมทีม ดังตัวอย่างต่อไปนี้ (ตัวอักษรเอน หมายถึง กิจกรรมที่ต้องทำ)



### 3.1 เกสัชกรอยู่ที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก

เกสัชกรต้องให้บริการจ่ายยาผู้ป่วยโรคอื่นร่วมด้วย จึงต้องกำหนดเกสัชกร 1 คนในการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับยา เพื่อให้เกสัชกรที่เหลือสามารถจ่ายยาได้ตามปกติ โดยเกสัชกรที่ดูแลต้องจ่ายยาพร้อมคำแนะนำ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยทุกครั้ง

#### 3.1.1 มีแพทย์ตรวจ

บทบาทเกสัชกร

1. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
2. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (อาจเริ่มที่ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส)
3. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยวิธีการรายงานผลด้วยตนเองโดยสัมภาษณ์การใช้ยย้อนหลัง 1 เดือน ร่วมกับวิถีชีวิตการมาตามกำหนดรับยา
4. ให้แผ่นพับความรู้

#### 3.1.2 ไม่มีแพทย์ตรวจ

บทบาทเกสัชกร

1. ตรวจสอบความถูกต้องของยาต้านไวรัสเอดส์และยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
2. ประเมินผลการรักษาด้าน CD4 และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
3. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
4. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (อาจเริ่มที่ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส)
5. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยวิธีการรายงานผลด้วยตนเองโดยสัมภาษณ์การใช้ยย้อนหลัง 1 เดือน ร่วมกับวิถีชีวิตการมาตามกำหนดรับยา
6. ให้แผ่นพับความรู้

### 3.2 เกสัชกรอยู่ที่ห้องให้การปรึกษาทางยา

เกสัชกรประจำอยู่ที่ห้องให้การปรึกษาทางยา แต่ถ้าผู้ป่วยมีจำนวนมากต่อวันให้เกสัชกรห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกหรือพยาบาล เป็นผู้คัดกรองเพื่อส่งต่อให้เกสัชกรห้องให้การปรึกษาทางยาดูแลต่อ โดยกำหนดเกณฑ์ได้แก่

- CD4 ต่ำกว่าค่าเดิมครั้งหลังสุด
- ผู้ป่วยมีอาการอื่นร่วมด้วยเช่น ไข้ หรือปวดศีรษะ
- ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา
- ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา
- ผู้ป่วยที่ขาดความรู้ด้านยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น

### 3.2.1 มีแพทย์ตรวจ

บทบาทเภสัชกร

1. เฝ้าระวังอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
2. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (อาจเริ่มที่ยาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส)
3. ให้การปรึกษาปัญหาในการรักษา
4. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือร่วมกับวิธีวัดการมาตามกำหนดครีบยา
5. คัดกรองความรู้ผู้ป่วย และให้ความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ/ไม่ทราบ

### 3.2.2 ไม่มีแพทย์ตรวจ

บทบาทเภสัชกร

1. ตรวจสอบความถูกต้องของยาต้านไวรัสเอดส์และยาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส
2. ประเมินผลการรักษาด้าน CD4 และ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส
3. เฝ้าระวังอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
4. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (อาจเริ่มที่ยาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส)
5. ให้การปรึกษาปัญหาในการรักษา
6. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือร่วมกับวิธีวัดการมาตามกำหนดครีบยา
7. คัดกรองความรู้ผู้ป่วย และให้ความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ/ไม่ทราบ

### 3.3 เภสัชกรอยู่ที่คลินิกเอชไอวี

เภสัชกรสามารถเตรียมมาให้บริการจ่ายยาได้ที่คลินิกเอชไอวีเป็นบริการแบบครบวงจร ณ จุดบริการเดียว หรือให้ผู้ป่วยไปรับยาต่อที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก

#### 3.3.1 มีแพทย์ตรวจ โดยให้บริการทุกวันหรือสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

บทบาทเภสัชกร

1. เฝ้าระวังอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
2. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (อาจเริ่มที่ยาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส)
3. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือร่วมกับวิธีวัดการมาตามกำหนดครีบยา
4. ให้การปรึกษาปัญหาในการรักษา
5. คัดกรองความรู้ผู้ป่วย และให้ความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ/ไม่ทราบ

### 3.3.2 มีแพทย์ตรวจ โดยให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง

บทบาทเภสัชกร

1. เฝ้าระวังอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
2. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (อาจเริ่มที่ยาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส)
3. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือร่วมกับวิธีวัดการมาตามกำหนดครีบยา
4. ให้การปรึกษาปัญหาในการรักษา
5. คัดกรองความรู้ผู้ป่วย และให้ความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ/ไม่ทราบ

### 3.3.3 ไม่มีแพทย์ตรวจ โดยให้บริการทุกวัน

กรณีที่ไม่มีแพทย์ตรวจ ควรจัดระบบรับยาต่อเนื่องโดยเภสัชกรเพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่เหมาะสม และพยาบาลผู้ให้การปรึกษาได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทางสภาพสังคมและจิตใจอย่างเต็มที่

แต่หากคลินิกเอชไอวีเปิดให้บริการทุกวัน โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะไม่มีอัตรากำลังเภสัชกรเพียงพอที่จะทำงานประจำที่คลินิกเอชไอวี ให้กำหนดพยาบาลเป็นผู้จ่ายยาต่อเนื่อง โดยมีเภสัชกรทำหน้าที่ช่วยตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมในการใช้ยา ซึ่งบทบาทที่แนะนำจะเหมือนกับเภสัชกรอยู่ที่ห้องให้การปรึกษาทางยา และการบริการไม่มีแพทย์ตรวจ (3.2.2)

### 3.3.4 ไม่มีแพทย์ตรวจ โดยให้บริการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

บทบาทเภสัชกร

1. สังเกตอาการ และยาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส
2. ประเมินผลการรักษาค่า CD4 และ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส
3. เฝ้าระวังอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
4. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (อาจเริ่มที่ยาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส)
5. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือร่วมกับวิธีวัดการมาตามกำหนดครีบยา
6. ให้การปรึกษาปัญหาในการรักษา
7. คัดกรองความรู้ผู้ป่วย และให้ความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ/ไม่ทราบ

### 3.3.5 ไม่มีแพทย์ตรวจ โดยให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง

บทบาทเภสัชกร

1. สังเกตอาการ และยาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส
2. ประเมินผลการรักษาค่า CD4 และ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส
3. เฝ้าระวังอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
4. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (อาจเริ่มที่ยาป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส)

5. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือร่วมกับวิธีวัดการมาตามกำหนดรับยา
6. ให้การปรึกษาปัญหาในการรักษา
7. คัดกรองความรู้ผู้ป่วย และให้ความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ/ไม่ทราบ

เภสัชกรส่วนใหญ่ที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม จะทำหน้าที่ในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เภสัชกรบางท่านอาจยังไม่มี ความชำนาญในการค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ในการศึกษาจึงขอเสนอแนะเครื่องมือในการช่วยค้นหาปัญหาจากการใช้ยา โดยใช้แบบประเมินปัญหาจากการใช้ยา และตัวอย่างปัญหาที่ผู้วิจัยพบในการศึกษานี้ไว้ ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบประเมินปัญหาจากการใช้ยา

ข้อบ่งชี้	วันที่ / รายละเอียด / การป้องกัน-แก้ไข
<b>1. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น</b> [1] ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ [2] ได้รับยาซ้ำซ้อน [3] สามารถรักษาด้วยวิธีที่ไม่ต้องใช้ยา [4] ได้ยาเพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์ที่หลีกเลี่ยงได้	เช่น - CD4 > 100 ไม่ต้องเริ่มให้ primary prophylaxis for Cryptococcosis - CD4 > 100 นานเกิน 3-6 เดือน เคยหยุดใช้แต่กลับได้รับยา fluconazole อีกครั้ง (primary prophylaxis) - CD4 > 200 นานเกิน 3 เดือน เคยหยุดใช้แต่กลับได้รับยา cotrimoxazole อีกครั้ง (primary prophylaxis)
<b>2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม</b> [1] ภาวะหรืออาการของโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษา [2] ควรได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะหรืออาการของโรค [3] ควรได้รับยาที่เสริมฤทธิ์ในการรักษา	เช่น - พบความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 มากกว่า 2 ครั้ง ส่งต่อแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยา รักษา - พิจารณาปรับยา รักษา
ประสิทธิผล	วันที่ / รายละเอียด / การป้องกัน-แก้ไข
<b>3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม</b> [1] มียาตัวเล็กรอื่นที่มีประสิทธิภาพกว่า [2] ยามีข้อห้ามใช้ต่อภาวะ/โรคของผู้ป่วย [3] รูปแบบยาไม่เหมาะสม [4] ยาที่ใช้ไม่มีประสิทธิภาพต่อโรค/ภาวะของผู้ป่วยในขณะนี้	เช่น - สั่งยาด้านไวรัสเอดส์ผิดจากสูตรเดิม (เขียนสั่งผิด)
<b>4. ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องในขนาดที่น้อยเกินไป</b> [1] ขนาดยาผิดพลาด [2] ความถี่ในการใช้ยาไม่เหมาะสม [3] อันตรกิริยาของยากับยา/ยากับอาหาร [4] ระยะเวลาในการรักษาไม่เหมาะสม	เช่น - หยุดยาสำหรับป้องกัน โรคติดเชื้อฉวยโอกาสเร็วกว่าเกณฑ์ - ได้รับ fluconazole 400 มก. สัปดาห์ละครั้งในการป้องกันแบบทุติยภูมิสำหรับ Cryptococcosis

ความปลอดภัย	วันที่ / รายละเอียด / การป้องกัน-แก้ไข
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	เช่น - พบภาวะไขมันฝ่อร่วมกับไขมันสะสม ในผู้ป่วยที่ได้รับ d4T/3TC/IDV/RTV
[1] มีผลไม่พึงประสงค์จากยาต่อผู้ป่วย	- พบ hyperlactatemia ในผู้ป่วยที่ได้รับ d4T หรือ AZT
[2] ยาไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	- ได้รับ ketoconazole ร่วมกับ nevirapine
[3] อันตรกิริยาของยากับยา/ยากับอาหาร	- ได้รับ ketoconazole ร่วมกับ nevirapine - รับประทานอาหารไขมันสูงมื้อค่ำ แล้วรับประทาน EFV ก่อนนอน
[4] บริหารยา/ปรับยาเร็วเกินไป	
[5] แพ้ยา	
[6] ยามีข้อห้ามใช้จากปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย	
ความปลอดภัย	วันที่ / รายละเอียด / การป้องกัน-แก้ไข
6. ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องในขนาดที่มากเกินไป	เช่น - ครอบคลุมหัวข้อให้ยาสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ยังไม่ให้ต่อ
[1] ขนาดยาผิดพลาด	
[2] ความถี่ในการใช้ยาไม่เหมาะสม	
[3] ระยะเวลาในการรักษาไม่เหมาะสม	
[4] อันตรกิริยาของยากับยา/ยากับอาหาร	
[5] บริหารยาไม่เหมาะสม	
ความร่วมมือในการใช้ยา	วันที่ / รายละเอียด / การป้องกัน-แก้ไข
7. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา	เช่น - รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเกินหรือก่อนเวลา มากกว่าครึ่งชั่วโมง - ถ้าเลยเวลา ยา ผู้ป่วยจะไม่รับประทานยาตามไป รอมือถัดไป - ผู้ป่วยหลงลืมว่ายังไม่รับประทานยาจึงใช้ยาซ้ำ ยาหมดก่อนกำหนด
[1] ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำสั่งใช้ยา	
[2] ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา	
[3] ผู้ป่วยลืมรับประทานยา	
[4] ผู้ป่วยไม่มีเงินซื้อยา	
[5] ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนหรือใช้ยาได้ด้วยตัวเองอย่างเหมาะสม	
[6] ผู้ป่วยขาดยา	
[7] ผู้ป่วยรับประทานยาเกิน/ ซ้ำ	

○ 8. ไม่มีปัญหาการใช้ยาในครั้งนี้

หมายเหตุ      ดัดแปลงจาก Cipolle, R.J., Strand, L.M., and Morley, P.C. Pharmaceutical care practice : the clinician's guide. MN: McGraw-Hill, 2004.

#### 4. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในอนาคต

4.1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงผลด้านความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ตลอดระยะเวลาที่ใช้ยา

4.2 นำเสนอแนวทางปฏิบัติงานในรูปแบบอื่น เช่น แผนภูมิการดูแลรักษา (care map) การกำหนดเกณฑ์ในการดูแลรักษา (algorithm) หรือการกำหนดเชิงนโยบาย (policy)

4.3 พัฒนาหน้าที่และบทบาทของสมาชิกในทีม เพิ่มสมาชิกในทีมจากผู้ดูแลรักษาในสาขาอื่น เพื่อสร้างเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแบบทีมได้อีกต่อไปในอนาคต

4.4 การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของผลความร่วมมือในการใช้ยากับระดับเซลล์ซีดีโฟร์ เนื่องจากทำการศึกษา 4 เดือน ดังนั้นอาจมีการศึกษาต่อไปในระยะยาว 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอัตราความร่วมมือในการใช้ยาจากวิธีวัดต่างๆกับระดับเซลล์ซีดีโฟร์

4.5 การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงประเมินผลในกลุ่มผู้ป่วยหนึ่งกลุ่ม โดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่มีการเปรียบเทียบทางสถิติถึงผลของการดูแลรักษาในระบบเดิมกับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติงานฯ ดังนั้นอาจมีการศึกษาต่อไปในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม

4.6 การศึกษานี้ทำในผู้ป่วยรายเดิมที่เคยรับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างน้อย 1 เดือน จึงไม่ได้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ดังนั้นอาจมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยรายใหม่ที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

4.7 พัฒนาแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เพื่อรับการปรึกษาและติดตามก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

## รายการอ้างอิง

1. WHO. AIDS epidemic update: December, 2005. Geneva : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization, 2005.
2. ควบคุมโรค, กรม. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สถานการณ์โรคเอดส์ : วิเคราะห์สถานการณ์. [บทความ]. กรุงเทพมหานคร: The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection, กระทรวงสาธารณสุข, 2548. แหล่งที่มา: <http://www.aidsthai.org>. [อ้างอิง 29 มีนาคม 2549]
3. Bartlett, J.A., DeMasi, R., Quinn, J., Moxham, C., and Rousseau, F. Overview of the effectiveness of triple combination therapy in antiretroviral-naïve HIV-1 infected adults. AIDS 15 (2001): 1369-1377.
4. Nuesch, R., Gelgy, N., Schaedler, E., and Battegay, M. Effect of Highly Active Antiretroviral Therapy on hospitalization characteristics of HIV-infected patients. Eur J Clin Microbial Infect Dis 21 (2002): 684-687.
5. Burgoyne, R., and Renwick, R. Social support and quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era. Social Science & Medicine [serial on the internet]. 2004. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science> [2005, Apr 11]
6. Egger M, May M, Chène G, Phillips AN, Ledergerber B, Dabis F, et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. Lancet 360 (2002): 119-129.
7. สิริขวัญ ลุ่มบ้าน. ความแตกต่างของต้นทุนการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการได้รับยา จีพีโอวีเออร์ในจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชา เกษษศาสตร์สังคมและบริหาร บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
8. สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติงานโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2547.
9. Bangsberg, D.R., et al. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. AIDS 15 (2001): 1181-1183.
10. Gao, X., and Nau, D.P. Congruence of three self-report measures of medication adherence among HIV patients. Ann Pharmacother 34 (2000): 1117-1122.



11. Chesney, M.A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 30 (2000): S171-176.
12. Bangsberg, D.R., et al. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. AIDS 14 (2000): 357-366.
13. Marazzi, M.C., et al. Improving adherence to highly active anti-retroviral therapy in Africa: the DREAM programme in Mozambique. Health Education Research [abstract on the internet]. 2005. Available from: <http://her.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/> [2005, Sep 2]
14. Wood, E., Hogg, R.S., Yip, B., Harrigan, P.R., O'Shaughnessy, M.V., and Montaner, J. The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV patients. J Acquir Immune Defic Syndr 35 (2004): 261-268.
15. Mannheimer, S., Friedland, G., Matts, J., Child, C., and Chesney M. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. Clin Infect Dis 34 (2002): 1115-1121.
16. Ickovics, J., and Chesney, M. Issues regarding antiretroviral treatment for patients with HIV-1 infection. JAMA 278 (1997): 1233-1234.
17. Sethi, A.K., Celentano, D.D., Gange, S.J., Moore, R.D., and Gallant, J.E. Association between adherence to Antiretroviral Therapy and Human Immunodeficiency Virus Drug Resistance. Clin Infect Dis 37 (2003): 1112-1118.
18. Tang, J.W., and Deenan, P. Transmission of HIV-1 drug resistance. Journal of Clinical Virology 30 (2004): 1-10.
19. Maggiolo, F., et al. Similar adherence rates favor different different virologic outcomes for patients treated with nonnucleoside analogues or protease inhibitors. Clin Infect Dis 40 (2005): 158-163.
20. McNabb, J., Ross, J.W., Abriola, K., Turley, C., Nightingale, C.H., and Nicolau, D.P. Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy predicts virologic outcome at an inner-city human immunodeficiency virus clinic. Clin Infect Dis 33 (2001): 700-705.

21. Paterson, D.L., et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 133 (2000): 21-30.
22. Department of Health and Human Service (DHHS). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-infected Adults and Adolescents. DHHS [serial on the internet]. 2005. Available from: <http://AIDSinfo.nih.gov>. [2005, Oct 7]
23. Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J., and Levy, R. Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. Patient Edu Couns 46(2002): 93-108.
24. Cinti, S.K. Adherence to antiretrovirals in HIV disease. AIDS Read 10 (2000): 709-717.
25. Proctor, V.E., Tesfa, A., and Tompkins, D.C. Barriers to adherence to highly active antiretroviral therapy as expressed by people living with HIV/AIDS. AIDS Patient Care STDS [abstract on the internet]. 1999;13(9):535-544. Available from: <http://highwire.stanford.edu/> [2005, Aug 27]
26. Stone, V.E., Jordan, J., Tolson, J., Miller, R., and Pilon, T. Perspectives on adherence and simplicity for HIV-infected patients on antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defic Syndr [serial on the internet]. 2004;36(3):808-816. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/481073> [2005, Aug 27]
27. Escobar, I., Campo, M., Martin, J., Fernandez-Shaw, C., Pulido, F., and Rubio, R. Factors affecting patient adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. Ann Pharmacother 37 (2003): 775-781.
28. Ostrop, N.J., Hallett, K.A., and Gill, M.A. Long-term patient adherence to antiretroviral therapy. Ann Pharmacother 34 (2000): 703-709.
29. Spire, B., et al. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. Social Science & Medicine 54 (2002): 1481-1496.
30. Sukanya Avihingsanon. Pharmaceutical care service in the pediatric HIV clinic at Queen Sirikit National Institute of Child health. Master's Thesis, Department of Pharmacy, Graduate Studies, Mahidol University, 2000.
31. Annop Hirandit. Pharmaceutical care in HIV clinic at Phramongkutkloao hospital. Master's Thesis, Department of Pharmacy, Graduate Studies, Mahidol University, 2001.

32. Achariya Chouycharoen. The clinical outcomes of providing pharmaceutical care to HIV-infected children at the HIV clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health. Master's Thesis, Department of Pharmacy, Graduate Studies, Mahidol University, 2001.
33. ศุทธิณี ตันพงศ์เจริญ. การให้ความรู้โดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
34. จิตติมา โกลาประกรณ์. ระบบรับยาต่อเนื่องโดยเภสัชกรในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลเสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
35. พงษ์พันธ์ บุญชู, สามารถ เอื้อมเก็บ และอภิสิทธิ์ เทียนชัยโรจน์. การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกโรคเอดส์. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 15 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2548): 117-123.
36. อรวดี บุรณะกุล. การสำรวจการให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้โครงการ NAPHA. รายงานวิชาปัญหาพิเศษทางเภสัชกรรม [เอกสารไม่ตีพิมพ์]. กรุงเทพมหานคร: โครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
37. Poppa, A., et al. BHIVA guidelines on provision of adherence support [online]. 2004 Available from: <http://www.bhiva.org/guidelines/2004/adherence/index.html> [2005, Sep 15]
38. AIDS institute New York State Department of Health. Adherence to antiretroviral therapy among substance users [online]. (n.d.). Available from: <http://www.hivguidelines.org/> [2005, Sep 12]
39. Jani, A.A., Steward, A., Nolen, R.D., and Tavel, L. Medication adherence and patient education HIV/AIDS primary care guide [online]. Florida AIDS education and training center, University of Florida, 2002. Available from: [http://www.faetc.org/pdf/primary\\_care\\_guide/08\\_Medication-adherence-and-patient-education.pdf](http://www.faetc.org/pdf/primary_care_guide/08_Medication-adherence-and-patient-education.pdf) [2005, Sep 15]
40. Stephenson, J. AIDS researchers target poor adherence. JAMA 281 (1999): 1069.

41. Safran, S.A., et al. Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-steps and medication monitoring. Behav Res Ther [serial on the internet]. 2001. Available from: <http://www.elsevier.com/locate/brat> [2005, Aug 10]
42. nam. Interventions to improve adherence [online]. (n.d.). nam. Available from: <http://www.aidsmap.com> [2005, Sep 17]
43. เฉลิมศรี ภูมิมางกูร. โอสถกรรมมานุบาล. ใน เฉลิมศรี ภูมิมางกูร, บุษบา จินดาวิจักษณ์, สุวีพัฒนา จุฬารัตนทล และเนติ สุขสมบุรณ์ (บรรณาธิการ), A Practice Guide to Pharmacovigilance, หน้า 2-21. กรุงเทพมหานคร: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
44. ศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ. คู่มือการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
45. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ [บทความ]. กรุงเทพมหานคร: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549. แหล่งที่มา: <http://www.aidsthai.org>. [อ้างอิง 29 มีนาคม 2549]
46. ควบคุมโรค, กรม. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ยาด้านไวรัสเอดส์ [บทความ]. กรุงเทพมหานคร: The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection, กระทรวงสาธารณสุข, 2548. แหล่งที่มา: <http://www.aidsthai.org/chart3.htm> [อ้างอิง 29 มีนาคม 2549].
47. Fauci, A.S., and Lane, H.C. Human immunodeficiency virus disease: AIDS and related disorders. In D.L. Kasper, et al. (eds.), Harrison's Principles of Internal Medicine, p.1076, pp.1083-6. New York: McGraw-Hill, 2005.
48. Palella, F.J., et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 338 (1998): 853-860.
49. Sutthent, R., et al. HIV-1 drug resistance in Thailand: before and after National Access to Antiretroviral Program. Journal of Clinical Virology 34 (2005): 272-276.
50. Clavel, F., and Hance, A.J. HIV drug resistance. N Engl J Med 350 (March 2004): 1023-1035.
51. Mugavero, M.J., and Hicks, C.B. HIV resistance and the effectiveness of combination antiretroviral treatment [online]. Elsevier, 2004. Available from: [www.drugdiscoverytoday.com](http://www.drugdiscoverytoday.com) [2006, February 28]

52. Fellay, J., et al. Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV Cohort Study. Lancet 358 (2001): 1322-1327.
53. Dieleman, J.P., et al. Determinants of recurrent toxicity-driven switches of highly active antiretroviral therapy. AIDS 16 (2002): 737-745.
54. O'Brien, M.E., et al. Patterns and correlates of discontinuation of the initial HAART regimen in an urban outpatient cohort. J Acquir Immune Defic Syndr 34 (2003): 407-414.
55. Burman, W.J., Gallicano, K., and Peloquin, C. Therapeutic implications of drug interactions in the treatment of human immunodeficiency virus-related tuberculosis. Clin Infect Dis 28 (1999): 419-430.
56. Orrick, J.J. Antiretroviral drug interactions. HIV/AIDS primary care guide [online]. Florida AIDS education and training center, University of Florida, 2002. Available from: [http://www.faetc.org/pdf/primary\\_care\\_guide/07\\_Antiretroviral\\_drug\\_interactions.pdf](http://www.faetc.org/pdf/primary_care_guide/07_Antiretroviral_drug_interactions.pdf) [2005, Sep 15].
57. Howard, A.A., et al. A prospective study of adherence and viral load in a large multi center cohort of HIV-infected women. AIDS 16 (2002): 2175-2182.
58. Ammassari, A., et al. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. J Acquir Immune Defic Syndr 31 (2002): suppl 3. [abstract]
59. Schönnesson, L.N., Ross, M.W., and Bergbrant, I.M. Coping models with HIV diseases predict loss from HIV study cohort. International Journal of STD and AIDS 16 (2005): 479-481. [abstract]
60. Gordillo, V., et al. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. AIDS 13 (1999): 1763-1769. [abstract]
61. nam. Predicting the non-adherent patient [homepage on the internet]. (n.d.). nam. Available from: <http://www.aidsmap.com> [2005, Sep 17]
62. AIDS Institute New York state department of health. Promoting adherence to HIV antiretroviral therapy [online]. (n.d.). Available from: <http://www.hivguidelines.org> [2005 Sep 19]

63. สาธารณสุข, กระทรวง. สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2547.
64. Slama, L., et al. Adherence to antiretroviral therapy during HIV infection, a multidisciplinary approach of the literature. Med Mal Infect 36 (2006): 16-26. [abstract]
65. Walsh, J.C. Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. AIDS 16 (2002): 269-277.
66. Bartlett, J.G., and Dunning, R.W. Pocket guide to adult HIV/AIDS treatment 2006 [online]. The John Hopkins AIDS service, (n.d.). [cited 2006 Mar 14]. Available from: <http://www.hopkins-aids.org>
67. Kent, D.M., McGrath, D., Loannidis, J.P.A., and Bennis, M.L. Suitable Monitoring Approaches to Antiretroviral Therapy in Resource-Poor Setting: Setting the Research Agenda. Clin Infect Dis 37 (2003): Suppl 1: S13-24.
68. ชาญกิจ พุทธิเลอพงศ์. การดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ: ประสบการณ์จากโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. ใน บุญบา จินดาวิจักษ์ณ์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, เนติสุขสมบุรณ์, วิมล อนันต์สกุลวัฒน์, สุรกิจ นาทีสุวรรณ และปรีชา มณฑกานติกุล (บรรณาธิการ), การบริหารจัดการทางเภสัชกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย, หน้า 30-40. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), 2547.
69. Cipolle, R.J., Strand, L.M., and Morley, P.C. Pharmaceutical care practice : the clinician's guide. MN: McGraw-Hill, 2004.
70. Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., and Findlay, B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. BMC Health Services Research [serial on the internet]. 2004. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/4/15> [2004 Oct 18]
71. Shapiro, M.F., et al. Variations in the care of HIV-infected adults in the United States. JAMA 281 (1999): 2305-2315.
72. Soto, T.A., Bell, J., and Pillen, M.B. Literature on integrated HIV care: a review. AIDS Care 16 (2004): suppl 1: S43-55. [abstract]

73. Sherer, R., et al. HIV multidisciplinary teams work: support services improve access to and retention in HIV primary care. AIDS Care 14 (2002): suppl 1: S31-44. [abstract]
74. Manen, L.V., et al. The nature of multidisciplinary HIV care in the ambulatory setting: a synthesis of the literature. JANAC 16 (2005): 49-57.
75. Cantwell-Mcnelis, K., and Jame, C.W. Role of clinical pharmacists in outpatient HIV clinics. Am J Health-Syst Pharm [serial on the internet]. 2002. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/429911> [2005, Aug 27]
76. Foisy, M.M., and Akai, P.S. Pharmaceutical care for HIV patients on directly observed therapy. Ann Pharmacother [serial on the internet]. 2004. Available from: <http://www.theannals.com> [2005, Sep 2]
77. Levy, R.W., et al. Multidisciplinary HIV adherence intervention: a randomized study. AIDS Patient Care STDS 18 (2004): 728-735. [abstract]
78. Rathbun, R.C., Kevin, C., Stephens, J.R., and Loci, S.M. Impact of an Adherence Clinic on behavioral Outcomes and virologic response in the treatment of infection. Clin Ther 27 (2005): 199-209.
79. Hyde, J., Appleby, P.R., Weiss, G., Bailey, J., and Morgan, X. Group-Level Interventions for Persons Living With HIV. AIDS Education and Prevention [serial on the internet]. 2005. Available from: ProQuest Medical Library: 53-65. [2005, Apr 26]
80. Kent, D.M., McGrath, D., Loannidis, J.P.A., and Bennish, M.L. Suitable Monitoring Approaches to Antiretroviral Therapy in Resource-Poor Setting: Setting the Research Agenda. Clin Infect Dis 37 (2003): Suppl 1: S13-24.
81. BHIVA. British HIV Association guidelines on provision of adherence support [online]. 2004. Available from: <http://www.bhiva.org/guidelines/2004/adherence/navleft.html> [2005, Sep 15]
82. Bartlett, J.G., and Gallant, J.E. Medical Management of HIV infection. Baltimore (MD): Johns Hopkins Medicine Health Publishing Business Group, 2004.
83. สาธารณสุข, กระทรวง. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.), 2547.

84. ปราโมทย์ ชีรพงษ์. เอดส์ การรักษา ยา และวัคซีน. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2546.
85. Schiller, D.S. Identification, management, and prevention of adverse effects associated with highly active antiretroviral therapy. Am J Health-Syst Pharm 61 (2004): 2507-2522.
86. Kent, D.M., McGrath, D., Ioannidis, JP.A., and Bennish, M.L. Suitable monitoring approaches to antiretroviral therapy in resource-poor settings: setting the research agenda. Clin Infect Dis. 37 (2003): Suppl 1: S13-24.
87. จุริรัตน์ บวรวัฒนวงศ์. Complications of anti-retroviral therapy in Thailand. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเครือข่ายเภสัชกรรมบริการด้านเอดส์ ประจำปี 2548; 28 มิถุนายน-1 กรกฎาคม 2548; โรงแรมริเจนท์ ชะอำ. เพชรบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
88. ปวีณา สนธิสมบัติ. Antiretroviral therapy in adult: review & update. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ งานเภสัชกรรมคลินิก ครั้งที่ 5/2548 เรื่อง Trends in Infectious Disease Pharmacotherapy; 14-18 มีนาคม 2548; โรงแรมเจบี หาดใหญ่. สงขลา: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2548.
89. Max, B., and Sherer, R. Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence. Clin Infect Dis 30 (2000): suppl 2:S96-116.
90. Liu, H., et al. A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. Ann Intern Med 134 (2001): 968-977.
91. Paterson, D.L., Potoski, B., and Capitano, B. Measurement of adherence to antiretroviral medications. J Acquir Immune Defic Syndr 31 (2002): suppl 3. [abstract]
92. Sethi, A.K., et al. Association between adherence to antiretroviral therapy and human immunodeficiency virus drug resistance. Clin Infect Dis 37 (2003): 1112-1118.
93. Lucas, G.M., Chaisson, R.E., and Moore, R.D. Highly active antiretroviral therapy in a large urban clinic: risk factors for virologic failure and adverse drug reactions. Ann Intern Med 131 (1999): 81-87.
94. Bangsberg, D.R., et al. High levels of adherence do not prevent accumulation of HIV drug resistance. AIDS 17 (2003): 1925-1932.



95. Knoble, H., et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA study. AIDS 16 (2002): 605-613.
96. วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์. กลุ่มอาการที่เกิดจาก Immune restoration ภายหลังจากได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (Immune restoration syndrome after antiretroviral therapy). ใน พรรณพิศ สุวรรณกุลและคณะ (บรรณาธิการ), An update on infectious diseases, หน้า 569-576. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2548



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาคผนวก ก**  
**ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี**

ระดับความรุนแรงอ้างอิงตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อและป้องกัน ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ในปีค.ศ. 1993 แบ่งออกเป็น 9 ประเภท ตามอาการแสดงทางคลินิก และระดับเซลล์ซีดีโฟร์ ดังตาราง

CD4 cell categories (absolute number and percentage)	Clinical categories		
	(A) Asymptomatic	(B) Symptomatic	(C) AIDS
$\geq 500$ cell/ $\mu$ l or $\geq 29\%$	A1	B1	C1
200-499 cell/ $\mu$ l or 14-28%	A2	B2	C2
$< 200$ cell/ $\mu$ l or $< 14\%$	A3	B3	C3

**A: Asymptomatic HIV** หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ หรือ อาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

**B: Symptomatic HIV** หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการหรืออาการแสดง 1 ใน 11 ดังนี้

1. ติดเชื้อรา candida ในปาก (oral candidiasis) หรือมีแผ่นฝ้าขาวในปาก (hairy leukoplakia)
2. เป็นโรคงูสวัด (Herpes zoster) อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ตำแหน่ง
3. มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง \*
4. ท้องเสีย (diarrhea) นานมากกว่า 1 เดือน \*
5. มีไข้ (fever) นานมากกว่า 1 เดือน \*
6. ภาวะไม่สบายเนื่องจากขาดสารอาหาร (cachexia) หรือน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละ 10 \*
7. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (asthenia) มากกว่า 1 เดือน \*
8. ผื่นหนังอักเสบ (dermatitis) นานมากกว่า 1 เดือน \*
9. ภาวะโลหิตจาง (anemia), ลิมโฟไซต์ต่ำ (lymphopenia), เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) \*
10. ไอเรื้อรัง (persistent cough) หรือปอดอักเสบ (pneumonia) มากกว่า 2 เดือน ยกเว้นวัณโรคปอด \*
11. ต่อมน้ำเหลืองโต (lymphadenopathy) มากกว่า 1 ซม. อย่างน้อย 2 ตำแหน่ง มากกว่า 1 เดือน \*

หมายเหตุ \* : ได้ทำการสืบค้นแล้ว ไม่พบสาเหตุอื่นๆที่สามารถอธิบายอาการดังกล่าวได้

C: AIDS หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็ง 1 ใน 25 โรค ดังนี้

1. เป็นโรคเชื้อราจาก candida บริเวณหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด
2. มะเร็งปากมดลูกชนิดรุกราม (invasive cervical cancer)
3. ติดเชื้อรา Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆนอกเหนือจากปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือขั้วปอด
4. ติดเชื้อรา Cryptococcosis นอกปอด
5. ท้องเสียเรื้อรังจาก Cryptosporidiosis มากกว่า 1 เดือน
6. โรคติดเชื้อ cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับม้ามและต่อมน้ำเหลือง
7. จอตาอักเสบจากเชื้อ cytomegalovirus (cytomegalovirus retinitis)
8. เนื้อเยื่อสมองเสื่อมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV (HIV encephalopathy) เรียก HIV dementia, AIDS dementia หรือ subacute encephalitis จากเชื้อ HIV
9. เริม (Herpes simplex) นานเกิน 1 เดือน
10. การติดเชื้อ Histoplasma capsulatum (Histoplasmosis) ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆ
11. Isosporiasis และมีการอุจจาระร่วงนานเกิน 1 เดือน
12. Kaposi sarcoma
13. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma), Burkitts
14. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma), immunoblastic
15. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่สมอง
16. ติดเชื้อ Mycobacterium avium complex หรือ M. kansasii แพร่กระจายหรือนอกปอด
17. ติดเชื้อ Mycobacterium spp. อื่นๆ หรือไม่ทราบ species อย่างแพร่กระจายหรือนอกปอด
18. เป็นวัณโรคปอดหรือนอกปอด
19. การกลับเป็นซ้ำของปอดอักเสบ (pneumonia) จากเชื้อแบคทีเรียมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี
20. โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystic carinii
21. ติดเชื้อ Penicillium marneffei
22. Progressive multifocal leukoencephalopathy
23. Salmonella septicemia ซ้ำๆ
24. Toxoplasmosis ในสมอง
25. Wasting syndrome จากไวรัส HIV

## ภาคผนวก ข

## ข้อบ่งชี้ต่อการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยรายใหม่ของโครงการ NAPHA

## สำหรับผู้ใหญ่

1. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์เนื่องจากมีโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ (AIDS-defining illness)
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ร่วมกับมีค่า CD4 น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 250 เซลล์/มคล.
  - ติดเชื้อรา candida ในปาก (oral candidiasis) หรือมีแผ่นฝ้าขาวในปาก (hairy leukoplakia)
  - เป็นโรคงูสวัด (Herpes zoster) อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ตำแหน่ง
  - มีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง \*
  - ท้องเสีย (diarrhea) นานมากกว่า 1 เดือน \*
  - มีไข้ (fever) นานมากกว่า 1 เดือน \*
  - ภาวะไม่สบายเนื่องจากขาดสารอาหาร (cachexia) หรือน้ำหนักตัวลดมากกว่าร้อยละ 10 \*
  - อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (asthenia) มากกว่า 1 เดือน \*
  - ผื่นหนังอักเสบ (dermatitis) นานมากกว่า 1 เดือน \*
  - ภาวะโลหิตจาง (anemia), ลิมโฟไซต์ต่ำ (lymphopenia), เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) \*
  - ไอเรื้อรัง (persistent cough) หรือปอดอักเสบ (pneumonia) มากกว่า 2 เดือน ยกเว้น วัณโรคปอด \*
  - ต่อมน้ำเหลืองโต (lymphadenopathy) มากกว่า 1 ซม. อย่างน้อย 2 ตำแหน่ง มากกว่า 1 เดือน \*

หมายเหตุ \* : ได้ทำการสืบค้นแล้ว ไม่พบสาเหตุอื่นๆที่สามารถอธิบายอาการดังกล่าวได้
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการแต่มีค่า CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มคล.

## ภาคผนวก ก แผ่นพับให้ความรู้

### รู้จักเชื้อเอชไอวี ( HIV )

(Human Immunodeficiency Virus)

เอชไอวีเป็นเชื้อไวรัส ซึ่งสามารถแบ่งตัวในเซลล์ของคน เช่น เม็ดเลือดขาว เซลล์สมอง

### เอชไอวีเข้าร่างกายแล้วเป็นอย่างไร

เมื่อติดเชื้อ ร่างกายจะสร้างภูมิต้านทานต่อต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี แต่ไม่สามารถกำจัดได้หมด เชื้อยังคงอยู่ในเม็ดเลือดและแพร่ต่อไปได้ เชื้อจะทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการควบคุมระบบภูมิต้านทานของร่างกาย เมื่อเม็ดเลือดขาวถูกทำลาย จะทำให้ภูมิต้านทาน (เซลล์ซีดีโฟร์) ลดลง

### รู้จัก CD4 หรือ ซีดี 4

หมายถึง เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่เป็นตัวหลักในการกำจัดและควบคุมเชื้อโรคต่างๆ อีกทั้งเป็นตัวหลักในการสร้างสารภูมิคุ้มกันให้ร่างกายใช้เป็นอาวุธต่อสู้กับเชื้อโรคด้วย

การตรวจซีดี 4 คือ การตรวจเลือดเพื่อนับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ในเลือดประมาณ 1 หยด ถ้าหากผลการตรวจซีดี 4 มีค่าน้อยกว่า 500 เซลล์ต่อซีซี ก็ถือว่าภูมิคุ้มกันเริ่มบกพร่องแล้ว

### เอดส์ ( AIDS ) (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสต่างๆ เช่น วัณโรค ปอดอักเสบพีซีพี ปอดบวม หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ

### ช่องทางการติดต่อที่สำคัญมี 3 ทาง คือ

1. การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ได้รับการป้องกันที่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัย
2. การรับเชื้อทางเลือด พบได้ 2 กรณี คือ
  - 2.1 ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักพบในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น
  - 2.2 รับเลือดในขณะผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือด
3. การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

### เอดส์มีอาการอย่างไร

ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวี จะเกิดอาการต่างๆ ของโรค 3 ระยะ ดังนี้

1. **ระยะไม่ปรากฏอาการ** ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆเลย สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะ

นี้ และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีต่อไปได้

2. **ระยะเริ่มปรากฏอาการ** ในระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้ว ยังอาจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างต่อไปนี้

- มีเชื้อราในปากหรือลำคอ
- ตอมน้ำเหลืองโตที่บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ
- เป็นงูสวัด หรือแผลเริ่มชนิดลูกกลม
- มีอาการเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นหนังอักเสบ น้ำหนักลด

3. **ระยะโรคเอดส์** ภูมิต้านทานของผู้ป่วยถูกทำลายมากทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่มักไม่เป็นในคนปกติ ที่เรียกว่า “ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ” ซึ่งมีหลายชนิด ขึ้นอยู่กับการติดเชื้อนั้นเกิดที่ส่วนใดของร่างกาย เช่น

- วัณโรคที่ปอด จะมีอาการไข้เรื้อรัง ไอเป็นเลือด หอบ น้ำหนักลด
- ปอดบวม หรือ ปอดอักเสบจากเชื้อพีซีพี
- เชื้อราในทางเดินอาหาร จะมีอาการ เจ็บคอ กลืนลำบาก

- เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตค็อกคัส จะมีอาการปวดศีรษะ คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน

### เอดส์รักษาได้อย่างไร

ขณะนี้ยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ มีเพียงยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งช่วยยับยั้งไม่ให้ไวรัสเพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกาย จึงต้องกินยาเพื่อควบคุมเชื้อตลอดไปอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษา

### เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มีเป้าหมาย คือ ต้องควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายให้**น้อยที่สุด** และ**นานที่สุด** เป็นการเปิดโอกาสให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันหรือซีดี 4 ขึ้นมาใหม่จนอยู่ในระดับปกติ

### ทำไมต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในการรักษา

ไวรัสเอชไอวีมีลักษณะพิเศษ ที่แม้จะให้การรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพสูงก็ยังสามารถตรวจพบเชื้อในกระแสเลือดและในต่อมน้ำเหลืองได้ ถ้าหากร่างกายไม่สามารถกดเชื้อไวรัสเอชไอวีให้มีจำนวนน้อยลงได้ เชื้ออาจเกิดพัฒนาการดื้อยาขึ้น

วิธีที่ดีที่สุดของการรักษาในปัจจุบัน คือ การใช้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูงหลายชนิดร่วมกัน (highly active antiretroviral treatment, HAART) เพื่อช่วยกันยับยั้งเชื้อเอชไอวีให้มีจำนวนน้อยลง ซึ่งมักเลือกใช้ยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ไม่เหมือนกัน พิษน้อยและไม่เสริมความเป็นพิษต่อกัน ซึ่งพบว่าการใช้ยาหลายตัวร่วมกันได้ผลดีกว่าใช้ยาเพียงลำพังตัวเดียว

### รู้ได้อย่างไรว่าใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ได้ผลดี

1. น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นจนเข้าสู่ปกติหรือเกือบปกติ
2. มีจำนวนซีดี 4 เพิ่มขึ้น
3. ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นซ้ำ
4. ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีลดลงจนตรวจไม่พบ (ต่ำกว่า 50 ตัวต่อเลือด 1 ซีซี) หลังจากกินยา 6 เดือน

# รู้เท่าทันเอชไอวี

แผ่นพับความรู้ชุดที่ 1

จัดทำโดย ทีมดูแลผู้ป่วยคลินิกทันตกรรม  
โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

**ยาด้านไวรัสเอดส์ หรือ ยาด้านเรโทรไวรัส (Antiretroviral drug)**

ปัจจุบันยาที่นำมาใช้รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ในโครงการ NAPHA มี 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

**1. กลุ่มที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ reverse transcriptase (RTI) ของไวรัส**

ยาออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่ไวรัสใช้สร้างสายพันธุกรรม (proviral dsDNA) ในระยะที่เข้าติดเชื้อเซลล์ จึงไม่มีผลกับเซลล์ที่ติดเชื้อ เรียบร้อยและไวรัสได้เพิ่มจำนวนแล้ว ยกกลุ่มนี้แบ่งเป็น

**ก. เอ็นอาร์ทีไอ ยกกลุ่มนี้ได้แก่**

- AZT เอแซดที (ซีโดวูดีน)
- D4T ดีโฟร์ที (สตาร์วูดีน)
- 3TC ทรีทีซี (ลามิวูดีน)
- ddl ดีดีไอ (ติดาโนซีน)
- ddC ดีดีซี (ซาลซิตาบีน) เป็นต้น

**ข. เอ็นเอ็นอาร์ทีไอ ยกกลุ่มนี้ได้แก่**

NVP เนวีราพีน (nevirapine) และ EFV เอฟฟาไวเรนซ์ (efavirenz) เป็นต้น

**2. กลุ่มที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ protease ของไวรัส (Protease Inhibitor, PI) หรือ ยกกลุ่มพีไอ**

ยาออกฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส (replication หรือ expression phase) ในเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัสแล้ว ทำให้ได้ไวรัสที่ไม่

สมบูรณ์แตกออกมาและไม่สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ยกกลุ่มนี้ได้แก่ SQV ซาคควินาเวียร์ (saquinavir)

- IDV อินดินาเวียร์ (indinavir)
- RTV ริโทนาเวียร์ (ritonavir)
- LPV โลปีนาเวียร์ (lopinavir)
- NFV เนลฟินาเวียร์ (nelfinavir) เป็นต้น

**วิธีที่ดีที่สุดของการรักษาในปัจจุบัน**

คือ การให้ยาด้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูงหลายชนิดร่วมกัน (highly active antiretroviral treatment, HAART) เพื่อลดให้จำนวนไวรัสอยู่ต่ำกว่าระดับที่วัดได้จากการวัด HIV RNA ในพลาสมา จำนวนไวรัสที่เหลือน้อยจะลดการเกิดการกลายพันธุ์ อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ยาใช้ไม่ได้ผล

**ทำความเข้าใจสูตรยาในโครงการ NAPHA**

ปัจจุบันยาด้านไวรัสเอดส์ที่ใช้ในโครงการนพามีหลายสูตรด้วยกัน อาจแบ่งง่ายๆ ได้ 3 สูตรยา โดยแต่ละสูตรยาต้องมีตัวยาตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป

**สูตรที่ 1 : จีพีไอเวียร์ (เอส 30 หรือ เอส 40)**

ในหนึ่งเม็ดประกอบด้วยตัวยา 3 ชนิด คือ d4T (30 มก.หรือ 40 มก.) + 3TC (150 มก.) + NVP (200 มก.)

**วิธีการกินยา**

สองสัปดาห์แรก จะให้ตัวยา 3 ชนิด แยกเม็ดกัน เช่น ให้กิน จีพีไอเวียร์ 1 เม็ด เวลา 8.00 น. ร่วมกับ d4T และ 3TC อย่างละ 1 เม็ด เวลา 20.00น.

ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไปจะให้รวมกันเป็นหนึ่งเม็ดคือ จีพีไอเวียร์ โดยกินยาเป็นเวลาห่างกันทุก 12 ชั่วโมง เช่น 8.00 น. และ 20.00 น. ทุกวัน

**อาการข้างเคียงที่พบได้**

**ระยะสั้น :** ผื่นแดงตามผิวหนัง อาจคัน ปากลอก

ตาแฉะ ตับอักเสบ

**ระยะยาว :**

- ภาวะไขมันกระจายตัวผิดปกติ เช่น แก้มตอป เส้นเลือดที่แขน ขาชัดขึ้น พุงป่อง ไขมันในเลือดสูง
- ภาวะเลือดเป็นกรดสูงขึ้น อาจมีอาการต่อไปนี้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง น้ำหนักลด หายใจเหนื่อย
- ปลายประสาทอักเสบ มีอาการชาร่วมกับเจ็บที่ปลายมือ ปลายเท้า

**สูตรที่ 2 : d4T + 3TC + EFV (เอฟฟาไวเรนซ์)**

ประกอบด้วยตัวยา 3 ชนิด แยกเม็ดกัน สูตรนี้มักใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยที่แพ้ NVP จากสูตรที่ 1 หรือขณะนั้นรักษาวัณโรคร่วมด้วย



**วิธีกินยา** กิน d4T และ 3TC อย่างละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง คือ เวลา 8.00 น. และ 20.00 น. ร่วมกับ EFV เวลาที่นอนนอน

**อาการข้างเคียงที่พบได้** **ระยะสั้น** : ผื่นแดงตามผิวหนัง อาจคัน ตับอักเสบ เวียนศีรษะ ง่วงนอนหรือนอนไม่หลับ ผื่นร้าย กระวนกระวาย ซึมเศร้า สมาธิสั้น

**ระยะยาว** : เหมือนสูตรที่ 1

**สูตรที่ 3 : d4T + 3TC + IDV + RTV**

ประกอบด้วยตัวยา 4 ชนิด แยกเม็ดกัน สูตรนี้ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่พบภาวะการดื้อยา (ล้มเหลวในการรักษา) จากยาสูตรที่ 1 หรือ 2

**วิธีกินยา** กินยาทั้ง 4 ชนิด อย่างละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง คือ เวลา 8.00 น. และ 20.00 น.

**คำแนะนำพิเศษ** ตัวยา RTV (ริโทนาเวียร์) ต้องเก็บในตู้เย็น ช่องธรรมดา ส่วน IDV (อินดีนาเวียร์) ต้องมีสารกันความชื้นอยู่ในขวดยาเสมอ และให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2.5-3 ลิตร

**อาการข้างเคียงที่พบได้**

**ระยะสั้น** : ผื่นแดงตามผิวหนัง ตับอักเสบ เกิดนิ่วในไตได้ โดยเฉพาะเมื่อดื่มน้ำน้อย

**ระยะยาว** : เหมือนสูตรที่ 1 นอกนั้นยังพบ ผม่วง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกระดูกเสื่อมสภาพ

การใช้ยาสูตรใดนั้นขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเป็นหลัก นั่นคือ หากผู้ป่วยเกิดการแพ้ยาหรือทอนอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยาไม่ได้ แพทย์จึงพิจารณาปรับเปลี่ยนตัวยาตามความเหมาะสมในแต่ละราย ดังนั้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติใดๆ ควรปรึกษาผู้ให้การดูแลรักษาก่อน ทุกครั้งไม่ควรหยุดกินยาด้านไวรัสเอง

**กรณีลืมกินยา หรือ กินคลาดเคลื่อนเวลาปกติ**

กินยาเม็ดที่ลืมทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าเม็ดยาที่ลืมห่างจากมือถัดไปไม่เกิน 2 ชั่วโมง ให้กินยาเม็ดที่ลืมนั้นในเวลาปกติของมือที่ถึงต่อไป เช่น ลืมกินยาเวลา 8 โมงเช้า ถ้านึกได้เวลาใดก็ตามก่อน 6 โมงเย็น ยังกินยามือเช้าที่ลืมได้ แต่ถ้าหลัง 6 โมงเย็นไปแล้วให้รอกินยาเวลา 2 ทุ่ม แล้วเริ่มกินตามเวลาปกติต่อไป

**ยาด้านไวรัสเอชไอวี**

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวีอย่างเหมาะสม ทั้งสูตรยาที่ได้รับ ความสม่ำเสมอในการกินยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะมึนงงมึนงงกันต่ำแค่ไหน ก็สามารถทำให้ภูมิคุ้มกันสูงขึ้น และลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีลงได้

แผ่นพับความรู้ชุดที่ 2

จัดทำโดย ทีมดูแลผู้ป่วยคลินิกทันตกรรม  
โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

## ความร่วมมือในการใช้ยาคืออะไร

พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่มีอย่าง ต่อเนื่องทั้งการใช้ยาตามสั่ง การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่อง อาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต ซึ่ง เกิดจากความตกลงยินยอมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับ บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

## ความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์หมายถึง อะไรบ้าง

สิ่งที่สำคัญที่สุดในการรักษาด้วยยาด้านไวรัส เอดส์ให้ได้ผลคือ ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทั้งในด้าน

- กินครบจำนวนเม็ดยาตามสั่ง
- กินยาอย่างถูกเวลา ไม่คลาดเคลื่อนเกินครึ่ง ชั่วโมง
- รับประทานและติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทุกเดือน ไม่ขาดการติดต่อโดยไม่มีสาเหตุ
- มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มรักษา

## ความสำคัญต่อการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์

เหตุผลหลักที่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการใช้ยาด้าน ไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มี 2 ข้อ ดังนี้

1. **ความร่วมมือในการใช้ยา สะท้อนถึงการออกฤทธิ์ของยาด้านไวรัสเอดส์ในการลดจำนวนไวรัสในร่างกาย** ซึ่งแม้เพียงลิ้มกินยาหนึ่งครั้ง ไวรัสก็มีโอกาสที่จะเพิ่มจำนวนได้อย่างรวดเร็ว จนไม่สามารถป้องกันการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์ได้
2. **ความร่วมมือในการใช้ยา ช่วยป้องกันการดื้อยาด้านไวรัสเอดส์ในอนาคต** เมื่อลิ้มกินยาบ่อยๆ อาจทำให้เชื้อไวรัสพัฒนาสายพันธุ์ใหม่และเกิดการดื้อยาต่อยาด้านไวรัสเอดส์ทั้งที่กินอยู่ในปัจจุบันหรือยังไม่เคยกินเลยก็ได้ ทำให้ลดทางเลือกของการรักษาในอนาคตเมื่อจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนสูตรยา นอกจากนั้นไวรัสสายพันธุ์ที่ดื้อยายังสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่นได้อีกด้วย หากมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์

## การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์สูตรแรก

คือโอกาสดีที่สุดในการรักษาให้มีประสิทธิภาพดี เป็นระยะเวลานาน ซึ่งเมื่อให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีเยี่ยม ยิ่งทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีขึ้น

## อุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา

มีหลายประการด้วยกันขึ้นกับแต่ละบุคคล ตัวอย่างเช่น

- สูตรยาที่ได้รับมียาหลายเม็ด
- ได้สูตรยาที่มีวิธีกินยุ่งยาก เช่น บางชนิดกินเวลาท้องว่าง ขณะที่ยาตัวอื่นต้องกินพร้อมอาหาร
- เคยมีประสบการณ์อาการข้างเคียงจากยามาก่อน เช่น กินแล้วคลื่นไส้
- นอนหลับในช่วงเวลาที่ต้องกินยา
- เดินทางอยู่นอกบ้าน แต่ไม่ได้พกยาติดตัว
- ทำงานติดพัน
- ลิ้มกินยา
- รู้สึกไม่สบายใจ หรือซึมเศร้า เป็นต้น

### ทำอย่างไรจึงจะเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้

สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ต้องทำตั้งแต่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ คือ การพูดคุยกับผู้ให้การดูแลในเรื่องชีวิตประจำวัน ซึ่งจะทำได้แผนการรักษาและสูตรยาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

### หัวข้อที่คุณควรบอก ได้แก่

- เวลาการตื่น เวลาเข้านอน
- ตารางการเดินทาง และเวลากินอาหาร
- อาการข้างเคียงจากยาที่สงสัยว่าอาจเกิดขึ้น
- ประเมินความตั้งใจของคุณต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

### กลวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่

- ฝึกกินยาให้ตรงเวลาเดิมทุกวัน
- แบ่งยาสำหรับกินหนึ่งวัน หรือ หนึ่งสัปดาห์ไว้ในตลับแบ่งยา
- ใช้นาฬิกาปลุก หรือโทรศัพท์มือถือตั้งเตือนเวลากินยา

- หากอยู่คนเดียว อาจตั้งยาไว้ในบริเวณที่คุณต้องเห็นแน่นอน เช่น วางคู่กับกระเป๋าเงิน หรือโทรศัพท์มือถือ
- สำรองยาไว้ในที่ทำงาน หรือใส่ในกระเป๋าถือ
- เตือนเวลากินยาจากรายการโทรทัศน์/วิทยุ เช่น ฟังเพลงชาติเวลาเช้า หรือ ข่าวในพระราชสำนัก หรือ รายการเกมส์
- ใช้ปฏิทินบันทึกการกินยา โดยทำสัญลักษณ์ให้รู้ว่ากินยาเม็ดใดหรือเวลาใดไปแล้ว
- หากต้องเดินทางควรจัดเตรียมแบ่งยาให้พร้อม และสำรองยาไว้เกินสัก 1-2 วัน
- หากเปิดเผยผลเลือดกับคนในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด ควรให้มีคนคอยเตือนเวลากินยา
- หมั่นตรวจสอบวันที่ยาจะหมด ควรไปรับยาก่อนยาที่รับครั้งก่อนจะหมดสัก 2-3 วัน
- ฯลฯ

# ความร่วมมือ ในการใช้ ยาต้านไวรัสเอดส์

แผ่นพับความรู้ชุดที่ 3

จัดทำโดย ทีมดูแลผู้ป่วยคลินิกทานตะวัน  
โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

ภาคผนวก ง  
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ATC

## ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

1. ชื่อ-สกุล[1].....HN[2].....TN[3].....
2. เพศ [1] ชาย [2] หญิง
3. สถานภาพ [1] โสด [2] สมรส [3] หม้าย [4] หย่าร้าง [5] แยก
4. วัน/เดือน/ปีเกิด[1]...../...../..... อายุ[2].....ปี
5. สิทธิการรักษา [1] ประกันสุขภาพ [2] เบิกได้ [3] ประกันสังคม  
[4] ชำระเงิน [5] อื่นๆ(ระบุ).....
6. ระดับการศึกษา [1] ไม่ได้เรียนหนังสือ [2] ประถมศึกษา [3] มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า  
[4] มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า [5] ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า [6] สูงกว่าปริญญาตรี
7. รายได้ต่อเดือน  
[1] น้อยกว่า 1,000 บาท [2] 1,000 – 1,999 บาท [3] 2,000 – 3,999 บาท  
[4] 4,000 – 5,999 บาท [5] 6,000 – 9,999 บาท [6] ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป
8. ทราบประวัติการติดเชื้อครั้งแรก พ.ศ.[1] .....ระยะเวลาที่เป็น[2].....ปี.....เดือน
9. สาเหตุของการติดเชื้อ  
[1] เพศสัมพันธ์ [2] รับเลือดที่มีเชื้อ [3] ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น  
[4] ติดจากมารดา [5] ไม่ทราบ [6] อื่นๆ(ระบุ).....
10. ประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากยา  
[1] ไม่มี [2] แพ้ยา [3] อาการข้างเคียง  
ชื่อยา/วันที่[3].....อาการ[4].....
11. ประวัติโรคประจำตัว  
[1] เบาหวาน [2] ความดันโลหิตสูง [3] โรคทางหลอดเลือดและหัวใจ  
[4] ไ้ไขมันในเลือดสูง [5] โรคไต [6] อื่นๆ(ระบุ).....  
ยาที่ใช้ประจำได้แก่.....

## ข้อมูลทางสังคม

12. ประวัติการสูบบุหรี่  
[1] ไม่สูบบุหรี่ [3] สูบนานๆครั้ง ปริมาณ.....ซอง.....มวน ต่อ เดือน  
[2] เคยสูบแต่เลิกแล้ว.....ปี [4] สูบประจำ ปริมาณ.....ซอง.....มวน ต่อ สัปดาห์ / วัน
13. ประวัติการดื่มสุรา/เบียร์  
[1] ไม่ดื่ม [3] ดื่มนานๆครั้ง ปริมาณ.....ขวด.....แก้ว ต่อ เดือน  
[2] เคยดื่มแต่เลิกแล้ว.....ปี [4] ดื่มประจำ ปริมาณ.....ขวด.....แก้ว ต่อ สัปดาห์ / วัน
14. ประวัติการใช้สารเสพติด [1] ไม่เคยใช้ [2] เคยใช้แต่เลิกแล้ว [3] ยังใช้อยู่

## ข้อมูลการใช้ยาอื่น / สมุนไพร ที่รับนอกเหนือจากคลินิกของโรงพยาบาล

## 15. ประวัติการใช้ยาอื่น

- [1] ไม่มีการใช้ยาอื่น                      [2] มีการใช้ยาอื่น แพทย์ทราบ                      [3] มีการใช้ยาอื่น แพทย์ไม่ทราบ  
[4] ได้แก่.....

## 16. ประวัติการใช้สมุนไพร

- [1] ไม่มีการใช้                      [2] มีการใช้ แพทย์ทราบ                      [3] มีการใช้ แพทย์ไม่ทราบ  
[4] ได้แก่.....

## 17. แหล่งที่มาของยาอื่น / สมุนไพร ที่รับนอกเหนือจากคลินิกของโรงพยาบาล

- [1] ไม่มีการใช้                      [2] โรงพยาบาล                      [3] ร้านยา                      [4] คลินิก  
[5] ร้านค้าทั่วไป                      [6] ไม่ทราบ                      [7] อื่นๆ(ระบุ).....

## ข้อมูลประวัติการรักษาและการใช้ยาต้านไวรัส

## 18. ระดับความรุนแรงของโรค (เมื่อเริ่มเข้า NAPHA)                      [1] A..... [2] B..... [3] C..... CD4.....

ระดับความรุนแรงของโรค (ครั้งล่าสุดก่อนเริ่มการศึกษา) [1] A..... [2] B..... [3] C..... CD4.....

## 19. ประวัติการรักษาตัวในโรงพยาบาล

- [1] ไม่เคยนอน                      [2] เคยนอนรพ. [3].....ครั้ง/ปี จาก[4].....

## 20. ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนได้รับยาต้านไวรัสเอคส์

[1] ไม่เคย		[2] เคย			
[1] MTB	[2] PCP	[3]Cryptococ.	[4] Toxo Enceph	[5] Eso. Candidiasis	[6]fungal infect.
[7] MAC	[8] CMV	[9]Bact. Pneumo.	[10] HZV	[11] oral Candidiasis	[12].....

## 21. ประวัติรายการยาต้านไวรัส / ยาสำหรับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่เคยได้รับ

เริ่ม	หยุด	สูตรยา	วิธีใช้	เหตุการณ์หยุด/เปลี่ยนยา	BW	CD4
		[1] GPO-VIR S 30 / S40 [2].....				

ระยะเวลาการใช้ยาต้านไวรัสจนถึงก่อนเริ่มการศึกษา.....ปี.....เดือน

## 22. จำนวนครั้งในการรับประทานยาต่อวัน [1] 2 ครั้ง                      [2] 3 ครั้ง                      [3] มากกว่า 3 ครั้ง

## 23. จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน.....เม็ด จำนวนขนานยา.....ขนาน

## 24. ประวัติการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลังได้รับยาต้านไวรัสเอคส์

[1] ไม่เคย		[2] เคย			
[1] MTB	[2] PCP	[3] Cryptococ.	[4] Toxo Enceph	[5] Eso. Candidiasis	[6] fungal infect.
[7] MAC	[8] CMV	[9]Bact. Pneumo.	[10] HZV	[11] oral Candidiasis	[12].....
ประวัติการสัมผัสสัตว์ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> แมว <input type="radio"/> นก <input type="radio"/> ไก่ <input type="radio"/> สุนัข <input type="radio"/> ปลา <input type="radio"/> อื่นๆ.....					



รายการยา/วิธีใช้	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ
1. GPO-VIR <input type="radio"/> S30 <input type="radio"/> S40 ครั้งละ 1 เม็ด เวลา.....และ.....														
2.														
3.														
4.														
5.														
Adherence rate (%)														

รายการยา/วิธีใช้	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ	รับ	เหลือ
1. GPO-VIR <input type="radio"/> S30 <input type="radio"/> S40 ครั้งละ 1 เม็ด เวลา.....และ.....														
2.														
3.														
4.														
5.														
Adherence rate (%)														

**Monitoring Parameter**

Parameter	Normal	baseline	DATE									
<b>EFFICACY</b>												
CD4 count ,(%)												
Weight												
OI												
<b>SAFETY</b>												
ADR												
BP												
ALT												
Hgb												
Hct												
MCV												
SCr / CrCr												
BS												
lipid												
lactate												
direct bilirubin												
waist-hip ratio												



**ภาคผนวก ฉ**  
**แบบประเมินหาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส**

ATC
-----

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ที่	อาการและอาการแสดง	วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน											
1	ไข้ (body temp. > 37.6 C)												
2	หอบเหนื่อย												
3	หัวใจเต้นเร็ว / ชีพจรเต้นเร็ว												
4	หายใจไม่สะดวก / หายใจเร็ว												
5	ไธ (เสมหะ / แห้ง)												
6	เจ็บหน้าอก (โดยเฉพาะหายใจเข้า)												
7	น้ำหนักลด												
8	เบื่ออาหาร												
9	อ่อนเพลีย / ไม่มีแรง												
10	เหงื่อออกกลางคืน												
11	ต่อมน้ำเหลืองโต												
12	ปวดท้อง / ท้องเสีย												
13	ปวดศีรษะ												
14	คอแข็ง												
15	เดินเซ												
16	ชัก												
17	หูตึง / สับสน												
18	คลื่นไส้ / อาเจียน												
19	รู้สึกไม่สบาย												
20	ฝ้าขาวในลิ้น / ปาก / คอ												
21	กลิ่นเจ็บ / กลิ่นลำบาก/ กลิ่นอาหารติด												
<b>คาดว่าติดเชื้อฉวยโอกาส</b>													

หมายเหตุ

A (PCP) : 1-6

D (Toxoplasmosis) : 1, 13-17

B (TB) : 1, 4-10

E (Cryptococcosis) : 9, 13-15, 17-19

C (MAC) : 1, 7, 11-12

F (Mucocutaneous Candidiasis) : 20-21

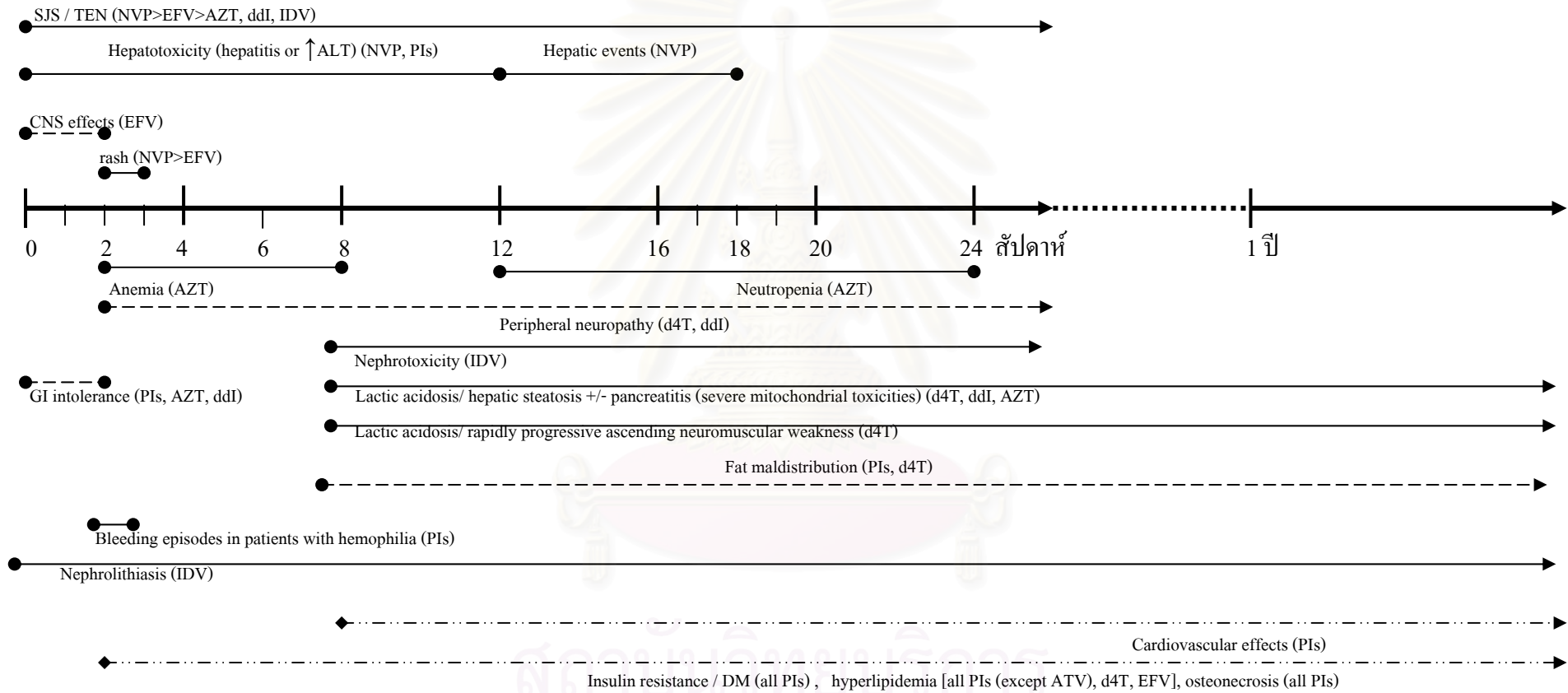
ATC

ภาคผนวก ข

## แบบประเมินหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส

สูตรยาที่ได้รับ	อาการไม่พึงประสงค์	lab	
<b>1. GPO-vir</b>			
NVP	wk to mo	<input type="radio"/> rash <input type="radio"/> SJS / TEN <input type="radio"/> hepatotoxicity	Eos.....ALT..... billi.....
d4T	wk to mo	<input type="radio"/> hypertriglyceridemia <input type="radio"/> hypercholesterolemia	TG.....TC.....
	wk to mo	<input type="radio"/> peripheral neuropathy <input type="radio"/> pancreatitis	W/H.....
	mo to y	<input type="radio"/> lipoatrophy <input type="radio"/> fat accumu.	Lactate.....
		<input type="radio"/> hyperlactatemia <input type="radio"/> lactic acidosis	Anion gap.....
<b>2. d4T/3TC/EFV</b>			
EFV	wk 2-4	<input type="radio"/> sleep problem <input type="radio"/> CNS	
		<input type="radio"/> psychological distress	
D4T/EFV	wk to mo	<input type="radio"/> hypertriglyceridemia <input type="radio"/> hypercholesterolemia	TG.....TC.....
d4T/3TC/EFV	wk to mo	<input type="radio"/> hepatotoxicity <input type="radio"/> pancreatitis	ALT.....
d4T	wk to mo	<input type="radio"/> peripheral neuropathy	W/H.....
	mo to y	<input type="radio"/> lipoatrophy <input type="radio"/> fat accumu.	Lactate.....
		<input type="radio"/> hyperlactatemia <input type="radio"/> lactic acidosis	Anion gap.....
<b>3.d4T/3TC/IDV/RTV</b>			
IDV	anytime	<input type="radio"/> nephrolithiasis <input type="radio"/> dry skin	U/A.....SCr.....
IDV / RTV		<input type="radio"/> hair loss <input type="radio"/> bleeding in hemophilia patient	.....
	wk to mo	<input type="radio"/> insulin resistance / DM <input type="radio"/> osteonecrosis	BS.....
IDV/RTV/d4T	wk to mo	<input type="radio"/> hypertriglyceridemia <input type="radio"/> hypercholesterolemia	TG.....TC.....LDL.....
	mo to y	<input type="radio"/> lipoatrophy <input type="radio"/> fat accumu. <input type="radio"/> hepatotoxicity	W/H.....ALT.....
RTV/d4T	wk to mo	<input type="radio"/> peripheral neuropathy (lip / extremities)	Lactate.....
d4T	mo to y	<input type="radio"/> lipoatrophy <input type="radio"/> fat accumu.	Anion gap.....
		<input type="radio"/> hyperlactatemia <input type="radio"/> lactic acidosis	
<b>4. AZT/3TC/NVP</b>			
			Hgb.....Hct.....
AZT	early, 2-8 wk	<input type="radio"/> GI intolerance <input type="radio"/> anemia	MCV.....MCH.....
	3-6 mo	<input type="radio"/> neutropenia	Neu.....ANC.....
	unknown	<input type="radio"/> myopathy <input type="radio"/> myalgia <input type="radio"/> เล็บ / ผิวมีสีคล้ำ	CPK.....LDH.....
	mo to y	<input type="radio"/> hyperlactatemia <input type="radio"/> lactic acidosis	Lactate.....Anion gap.....
NVP	wk to mo	<input type="radio"/> rash <input type="radio"/> SJS / TEN <input type="radio"/> hepatotoxicity	Eos.....ALT..... billi.....
<b>5. AZT/3TC/EFV</b>			
			Hgb.....Hct.....
AZT	early, 2-8 wk	<input type="radio"/> GI intolerance <input type="radio"/> anemia	MCV.....MCH.....
	3-6 mo	<input type="radio"/> neutropenia	Neu.....ANC.....
	unknown	<input type="radio"/> myopathy <input type="radio"/> myalgia <input type="radio"/> เล็บ / ผิวมีสีคล้ำ	CPK.....LDH.....
	mo to y	<input type="radio"/> hyperlactatemia <input type="radio"/> lactic acidosis	Lactate.....Anion gap.....
EFV	wk 2-4	<input type="radio"/> sleep problem <input type="radio"/> CNS	TG.....TC.....
		<input type="radio"/> psychological distress	ALT.....
	wk to mo	<input type="radio"/> hyperTG <input type="radio"/> hyperchol <input type="radio"/> hepatotoxicity	

ช่วงเวลาที่มักพบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์



หมายเหตุ ดัดแปลงจาก DHHS

- เส้น - - - - หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และ/หรือ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
- เส้น \_\_\_\_\_ หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและอันตรายต่อชีวิต
- เส้น - . . . . . หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่มีผลในระยะยาว

## ภาคผนวก ข

## แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรับประทานยาต้านไวรัส

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ใกล้เคียงกับความเห็นของตัวเองที่สุด

เมื่อคะแนน 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ/เฉยๆ 2 = ไม่เห็นด้วย และ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	5	4	3	2	1
1. ท่านมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และภาวะแทรกซ้อน					
2. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส					
3. ท่านมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง					
4. ท่านเคยลืมรับประทานยา หรือ ลืมเวลารับประทานยา					
5. ท่านจะรับประทานยาต่อไป แม้มีปัญหาการเจ็บคอ หรือคลื่นไส้อาเจียน					
6. ท่านหมดกำลังใจเมื่อรับประทานยาเป็นเวลานาน แต่ยังไม่เห็นผลการรักษาหรืออาการไม่ดีขึ้น					
7. ท่านสะดวกใจในการบอกความจริงแก่ผู้ให้การรักษา เมื่อเกิดปัญหาการรับประทานยา					
8. ท่านสะดวกใจในการเปิดเผยผลเลือดแก่คนรอบข้างหรือครอบครัว เพื่อจะได้รับประทานยาตรงตามเวลา					
9. ท่านเชื่อว่าการรักษาวิธีอื่นที่ดีกว่าการรับประทานยาต้านไวรัส					
10. ท่านพร้อมที่จะลด ละ เลิก การดื่มสุรา/สูบบุหรี่/การใช้ยาเสพติด					
11. ท่านจะรับประทานยาต่อไป แม้ยามีรสชาดไม่ดี					
12. ท่านจะรับประทานยาต่อไป แม้จำนวนยาในแต่ละมื้อมีมาก และบางชนิดมี ขนาดใหญ่					
13. ท่านจะรับประทานยาต่อไป แม้มีวิธีการรับประทานที่ยุ่งยาก เช่น ต้องทานก่อนอาหาร หลังอาหาร หรือก่อนนอน					
14. ท่านจะรับประทานยาต่อไปแม้เกิดการแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงจากยาที่แพทย์ระบุว่าไม่อันตราย					
15. ท่านสะดวกในการมาตามนัดตรวจสุขภาพ นัดรับยา แม้เป็นช่วงเวลาที่ ต้องทำงาน					
16. ท่านสะดวกใจในการรับคำปรึกษาแม้จะมีการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ					
17. ท่านสะดวกใจในการรับคำปรึกษาแม้สถานที่ให้การรักษาไม่เป็นสัดส่วนมีดชีวิต					
18. ท่านขาดความเชื่อมั่น เมื่อทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลไม่ตรงกัน					
19. ท่านคิดว่า ปัญหาด้านการเงิน มีผลต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัส					
20. ท่านคิดว่า การสนับสนุนและช่วยเหลือจากครอบครัวมีผลต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัส					

**ภาคผนวก ก**  
**แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย**

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ใกล้เคียงกับความเห็นของตัวเองที่สุด

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต			
2. โรคเอดส์เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีผ่านทางเพศสัมพันธ์ หรือทางเลือด เช่น รับประทานที่ติดเชื้อ หรือ ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับผู้อื่น หรือ จากครรภ์ของมารดาที่ติดเชื้อ			
3. หากติดเชื้อเอชไอวีแล้วไม่รักษา จะทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีเพิ่มจำนวนมากขึ้น			
4. หากติดเชื้อเอชไอวีแล้วไม่รักษา จะทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย (เซลล์ซีดีโฟร์) ให้ลดลง			
5. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ คือการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงหลายตัวร่วมกันเพื่อช่วยยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวี เช่น ยาสูตรที่ 1, ยาสูตรที่ 2, ยาสูตรที่ 3			
6. ในเม็ดยาหนึ่งเม็ดของยาอีทีโอเวียร์ (ยาสูตรที่ 1) มีตัวยาเพียงหนึ่งตัวเท่านั้น			
7. ยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ต้องกินวันละ 2 ครั้ง คือ กินยาหลังอาหารเช้าและหลังอาหารเย็น			
8. ยาต้านไวรัสเอดส์ ที่ต้องกินวันละ 2 ครั้ง คือ กินห่างกัน 12 ชั่วโมง เช่น เวลา 8.00 น. และ 20.00 น.			
9. กรณีลืมกินยา เมื่อนึกขึ้นได้ให้กินแทนทันที แต่ถ้ามือถัดไปห่างจากมือที่กินแทนไม่เกิน 2 ชั่วโมง ก็ไม่ต้องกินมือนั้น และให้เริ่มกินยามื้อต่อไปตามปกติ			
10. อาการไม่พึงประสงค์จากยาอาจเกิดขึ้นได้ หากเกิดขึ้น ท่านสามารถหยุดกินยาได้ทันที โดยไม่ต้องปรึกษาผู้ให้การดูแลรักษา			
11. อาการไม่พึงประสงค์จากยาอาจเกิดขึ้นได้ หากเกิดขึ้น ท่านไม่ควรหยุดกินยาด้วยตัวเอง ต้องถามผู้ให้การดูแลรักษาก่อนทุกครั้ง			
12. อาการต่อไปนี้เช่น แก้มคอบ ไขมันสะสมตามลำตัวมากขึ้น ไขมันพอกที่ต้นคอ หรือ เต้านมโตผิดปกติในผู้ชาย เป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัส			
13. การให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ต้องกินยาตรงเวลา (ไม่ควรกินเวลามากกว่าครึ่งชั่วโมง) และกินครบจำนวนตามที่ระบุไว้			
14. การให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเอดส์ หมายถึง ต้องมาตามนัดหมายอย่างต่อเนื่อง และไม่ขาดการติดต่อกับผู้ให้การดูแลรักษา ตลอดเวลาการรักษา			
15. การกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอ จะทำให้ความสามารถของยาในการกดเชื้อเอชไอวีลดลง			
16. หากกินยาต้านไวรัสเอดส์ไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยา ทำให้เกิดเชื้อดื้อยา และต้องใช้ยาสูตรอื่นๆ ทำให้การรักษายากขึ้น			

สำหรับเจ้าหน้าที่

สรุป

โรค

ยา / อาการไม่พึงประสงค์จากยา

ความร่วมมือในการใช้ยา



## ภาคผนวก ก

## แบบประเมินความน่าจะเป็นของอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้วย Naranjo's algorithm

ชื่อ.....HN.....TN.....

วันที่ติดตาม.....ชื่อยาที่สงสัย.....

อาการผิดปกติที่พบ.....

วันที่ใช้ยา.....  วันที่หยุดใช้ยา.....  ใช้ยาต่อ

ยาอื่นๆ ที่ใช้ร่วม.....

Treatment of ADRs : .....

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ			
1. เคยมีสรุปหรือรายงานการปฏิกิริยานี้มาแล้วหรือไม่	+1	0	0			
2. อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาที่คิดว่าเป็นสาเหตุหรือไม่	+2	-1	0			
3. อาการไม่พึงประสงค์นี้ดีขึ้นเมื่อหยุดยาดังกล่าว หรือเมื่อให้ยาค้นที่จำเพาะเจาะจง (specific antagonist) หรือไม่	+1	0	0			
4. อาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นอีกเมื่อเริ่มให้ยาใหม่หรือไม่	+2	-1	0			
5. ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นสามารถเกิดจากสาเหตุอื่น (นอกเหนือจากยา) ของผู้ป่วยได้หรือไม่	-1	+2	0			
6. ปฏิกิริยาดังกล่าวเกิดขึ้นอีก เมื่อให้ยาหลอกหรือไม่	-1	+1	0			
7. สามารถตรวจวัดปริมาณยาได้ในเลือด (หรือของเหลวอื่น) ในปริมาณความเข้มข้นที่เป็นพิษหรือไม่	+1	0	0			
8. ปฏิกิริยารุนแรงขึ้น เมื่อเพิ่มขนาดยาหรือลดความรุนแรงลงเมื่อลดขนาดยาหรือไม่	+1	0	0			
9. ผู้ป่วยเคยมีปฏิกิริยาที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกันนี้มาก่อน ในการได้รับยารั้งก่อน ๆ หรือไม่	+1	0	0			
10. อาการไม่พึงประสงค์นี้ได้รับการยืนยันโดยหลักฐานที่เป็นรูปธรรม (objective evidence) หรือไม่	+1	0	0			
รวมคะแนน						

การประเมินความเป็นไปได้ตามคะแนนรวม จากตารางข้างต้น สรุปได้ดังนี้

≥ 9 หมายถึง ใ้แน่ (Definite) 1-4 หมายถึง อาจจะใช่ (Possible)

5-8 หมายถึง ใ้ (Probable) ≤ 0 หมายถึง น่าสงสัย (Doubtful)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน วันที่...../...../..... โทร.....

ATC

ภาคผนวก ก  
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

สอบถามผู้ป่วยว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยให้ตอบคำถามในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้ครบทุกข้อ

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือไม่ (เกือบตลอดทั้งวัน)		
2. รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้		
3. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก		
4. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ		
5. รู้สึกผิดหวังในตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น		
6. รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง		
7. รู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่อยากยุ่งกับใคร		
8. รู้สึกว่าตนเอง ไม่มีคุณค่า		
9. คิดอะไรไม่ออก		
10. หลงลืมง่าย		
11. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ		
12. ทำอะไรก็ผิดพลาด เชื่องช้ากว่าปกติ		
13. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง		
14. รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าเดิม		
15. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท		

การแปลผล      ตอบ มี ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการบริการการศึกษา หรือส่งพบแพทย์

## สรุปผล

- มีภาวะซึมเศร้า แนะนำผู้ป่วยรับการปรึกษาที่หน่วยงานจิตเวช
- ปกติ

## การแก้ไขปัญหา

- ส่งต่อผู้ป่วยรับการปรึกษาที่หน่วยงานจิตเวช
- ให้การปรึกษาในคลินิกเอชไอวี







## ภาคผนวก ข

## แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงข้อเดียว

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ/ เฉยๆ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
<b>ส่วนที่ 1 คุณภาพการให้บริการ</b>					
1. ท่านพอใจต่อขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษาที่ได้รับ					
2. ท่านไม่มั่นใจต่อระบบการดูแลรักษาที่ได้รับ					
3. สิ่งที่ท่านได้รับจากการให้ความรู้/การปรึกษา เป็นประโยชน์ต่อ ท่านในการปฏิบัติดูแลตนเอง					
4. เมื่อเกิดปัญหาในการรักษา ท่านได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำ จากผู้ดูแล					
<b>ส่วนที่ 2 ผู้ให้บริการดูแล</b>					
5. ผู้ดูแลให้บริการด้วยท่าทีไม่เป็นมิตรและไม่รับฟังความคิดเห็นของ ท่าน					
6. ผู้ดูแลมีความรู้ ความชำนาญต่อเรื่องที่ทำให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ ท่าน และทำให้ท่านเข้าใจได้เป็นอย่างดี					
7. ผู้ดูแลใส่ใจต่อการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ท่าน					
<b>ส่วนที่ 3 เวลา/ สถานที่/ ความสะดวกในการรับบริการ</b>					
8. ผู้ดูแลใช้เวลาในการให้คำแนะนำ/ปรึกษากับท่านอย่างเหมาะสม					
9. ท่านลำบากใจต่อสถานที่รับบริการในห้องที่คลินิกได้จัดไว้					
10. ท่านได้รับความสะดวกในขั้นตอนการรับยา					

คำถามด้านการนัดติดตามผล / รับยา (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในคำตอบที่ท่านเห็นด้วยมากที่สุด เพียงหนึ่งคำตอบ)

- ท่านสะดวกมารับบริการในวันและเวลาใดของสัปดาห์ มากที่สุด  
วัน : จันทร์ / อังคาร / พุธ / พฤหัสบดี / ศุกร์ เวลา :  8.30-12.00 น.  13.30-16.30 น.
- การนัดติดตามผลรูปแบบใดที่ท่านสะดวกมารับบริการมากที่สุด  
 วันใดวันหนึ่งของสัปดาห์ เช่น ทุกวันพุธ  ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ในเวลาราชการ (8.30 – 16.30 น.)  
 ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ นอกเวลาราชการ (16.30 – 20.30 น.)
- ระยะเวลาในการมารับบริการตั้งแต่เริ่มต้นจนรับยาเสร็จ  
 < 30 นาที  30 นาที- 59 นาที  1-2 ชั่วโมง  2-3 ชั่วโมง  > 3 ชั่วโมง
- ความเห็นของท่านต่อการบริการที่ควรปรับปรุง.....  
.....  
.....

## ภาคผนวก ค

## แบบประเมินทัศนคติและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางปฏิบัติงานฯ

ตามที่คุณวิจัยซึ่งเป็นนิสิตปริญญาโท ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้ดำเนินงานตามโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาและนำแนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพไปปฏิบัติในผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลเมืองจะเข็งเทรา” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ปฏิบัติงานในด้านการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติงานที่กำหนดและความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติงานฯ และประเมินผลของแนวทางปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยในด้านความรู้ที่จำเป็น ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ดังนั้นคุณวิจัยจึงใคร่ประเมินความคิดเห็นของท่านต่อแนวทางปฏิบัติงานฯที่ผ่านมา (ดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2549) เพื่อนำมาปรับปรุงระบบการดำเนินงานที่เหมาะสมต่อไป

## 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ประเมิน

อายุ ..... ปี

เพศ  ชาย  หญิง

ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.....ปี

## 2. ความพึงพอใจของท่านต่อวิธีดำเนินงานในขั้นตอนต่อไปนี้

	พอใจ อย่างยิ่ง (5)	พอใจ (4)	ไม่ พอใจ/ เฉยๆ (3)	ไม่ พอใจ (2)	ไม่ พอใจ อย่างยิ่ง (1)
<b>ด้านความเหมาะสมตามหลักฐานทางวิชาการ</b> 1. การส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์ 2. การประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ 3. การประเมินและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 4. การประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา 5. การประเมินและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา 6. การให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัว เมื่อเกิดปัญหา					

ความพึงพอใจของท่านต่อวิธีดำเนินงานในขั้นตอนต่อไปนี้

	พอใจ อย่างยิ่ง (5)	พอใจ (4)	ไม่ แน่ใจ/ เฉยๆ (3)	ไม่ พอใจ (2)	ไม่ พอใจ อย่างยิ่ง (1)
<p><b>ด้านความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ของโรงพยาบาล</b></p> <p>1. การดำเนินงานที่มัลักษณะสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>2. การสร้างฐานข้อมูลผู้ป่วยของทีม</p> <p>3. การส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์</p> <p>4. การประเมินผลการรักษาก่อนจ่ายยาต่อ</p> <p>5. การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาส</p> <p>6. การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา</p> <p>7. การประเมินและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา</p> <p>8. การให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหา</p>					

3. ท่านคิดว่าการประสานงานของบุคลากรในทีมตามแนวทางปฏิบัติงานฯ มีความเหมาะสมหรือไม่
- เหมาะสม เพราะ.....
- ไม่เหมาะสม เพราะ.....
4. ความพึงพอใจของท่านต่อบทบาทของบุคลากรในทีมตามแนวทางปฏิบัติงานฯ
- พอใจอย่างยิ่ง    พอใจ    ไม่แน่ใจ/เฉยๆ    ไม่พอใจ    ไม่พอใจอย่างยิ่ง
5. ความเห็นของท่านต่อ ประโยชน์ที่คิดว่าผู้ป่วยได้รับจากแนวทางปฏิบัติงานฯ
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ไม่แน่ใจ/เฉยๆ    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- เพราะ.....
6. ท่านคิดว่า ควรมีการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติงานฯ ต่อไปหรือไม่
- ควร เพราะ.....
- ไม่ควร เพราะ.....
7. ข้อเสนอแนะ ปัญหา สิ่งที่คาดหวังของท่านจากการดำเนินงานครั้งนี้
- .....
- .....
- .....

## ภาคผนวก ณ

คำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและนำแนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพไปปฏิบัติในผู้ป่วยนอกคิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

**ความเป็นมา/ปัญหา** โรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ทำให้จำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายอยู่ในปริมาณที่ต่ำมากและนานที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตเช่นคนปกติมากที่สุดเพราะร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันดีขึ้นเป็นระยะเวลานาน หากการใช้ยาไม่ครบหรือไม่สม่ำเสมอจะทำให้ผลของยาค่อยลง มีระดับไวรัสสูงขึ้นมากและเกิดปัญหาเชื้อไวรัสคือยาตามมาภายหลัง ทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยาในการรักษาทำให้ต้องรับประทานยาจำนวนมากขึ้นหรือรับประทานยาบ่อยขึ้นและมีค่ารักษาที่แพงขึ้นด้วย ที่สำคัญคืออาจเกิดโรคติดเชื้อที่ไม่พึงประสงค์ง่ายและผู้ป่วยต้องรับทุกข์ทรมาน

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงสร้างแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมจากทั้ง แพทย์พยาบาล เภสัชกร และผู้ให้การปรึกษา โดยเสริมและสร้างระบบบริการเดิมให้เข้มแข็งในด้านการส่งต่อข้อมูล การประเมินผลการรักษา การปรึกษาและสื่อสารกันในทีมดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย รวมทั้งค้นหา ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม

### ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยนี้

ท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ข้อมูลเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา และได้รับการค้นหา ป้องกันและแก้ไข ปัญหาจากการใช้ยา และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาน้อยลงและมีสุขภาพทั่วไปคงสภาพที่ดี

**การรักษาความลับ** ข้อมูลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับท่านและผู้เข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยรายบุคคลต่อสาธารณชน แต่อาจเป็นข้อสรุปและบทความทางด้านวิชาการในรูปแบบการบรรยายหรือตีพิมพ์เผยแพร่

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด โปรดติดต่อที่

ผู้ดำเนินการวิจัย

นางสาวอรวิดี บุรณะกุล โทรศัพท์ 0-1805-3800

นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ชั้นปีที่ 2 สาขาเภสัชกรรมคลินิก

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เขียนที่ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... ยินยอม  
เข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาและนำแนวทางปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทิมสหสาขา  
วิชาชีพไปปฏิบัติในผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา” โดยทราบ  
ว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับ เหตุผลและที่มาของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย  
ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะใช้ยาต้านไวรัส และประโยชน์ที่จะได้รับ จากผู้ทำการวิจัยเป็นอย่างดีแล้ว  
ข้าพเจ้ามีความเข้าใจทุกประการและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ข้าพเจ้ามีสิทธิที่  
จะขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการ โดยยังมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจาก  
แพทย์ได้ตามปกติ

ลงชื่อ ..... ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการวิจัย  
(.....)

### หมายเหตุ

ในกรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อได้ที่

นพ. พิทักษ์ ไชยกุล      กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

โทร. 0-3881-4378

\* ภญ.อรวดี บุรณะกุล      กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

โทร. 0-1805-3800

**ภาคผนวก ค คู่มือการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส**

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	S & S	การรักษา		การตอบสนอง / ข้อสังเกต
		ทางเลือกที่แนะนำ	ทางเลือกอื่นๆ	
Aspergillosis	ไอ ไข้ หายใจหอบ เหนื่อย เสียง wheeze เสียงแหบระหว่าง หายใจ สับสน		* Amphotericin B 1.0 มก./กก./วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือ lipid formulation (Ambisome) 5 มก./กก. ฉีดเข้า หลอดเลือดดำ	
Candida spp. / Thrush	ฝ้าขาวในช่องปากที่ ลิ้น กระพุ้งแก้ม	* Clotrimazole อมครั้งละ 1 เม็ด (10 มก.) 5 ครั้งต่อวัน หรือ * Nystatin 500,000 ยูนิต (4-6 มล.) อมกลืนในปากและคอ วันละ 4-5 ครั้ง * Fluconazole 100 มก. รับประทานวันละครั้ง	* Itraconazole 200 มก./วัน	รักษาจนกระทั่งรอยโรคหาย ประมาณ 7-14 วัน
Candida spp. / Esophagitis	กลืนลำบากหรือกลืน เจ็บ ร่วมกับฝ้าขาวใน ช่องปากที่ลิ้น กระพุ้ง แก้ม เชื้อราหลอด อาหาร	* fluconazole 200 มก./วัน รับประทาน (ให้ได้มากถึง 800 มก./วัน) เป็นเวลา 14-21 วัน หรือ * Itraconazole 200 มก./วัน รับประทานเป็นเวลา 14-21 วัน	* Amphotericin B 0.3-0.7 มก./กก./วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เป็นเวลานาน 10-14 วัน * Amphotericin lipid formulation 3-5 มก./กก./วัน	ส่วนใหญ่ตอบสนองภายใน 7-14 วัน ถ้าไม่ตอบสนองอาจเพิ่มขนาดยา fluconazole
Candida spp. / Vaginitis	ตกขาว คันในช่อง คลอด	* Clotrimazole 1% cream วันละ 5 กรัม นาน 7-14 วัน หรือ * Clotrimazole 100 มก. เหน็บช่องคลอดวันละครั้ง นาน 7- 14 วัน หรือวันละ 2 ครั้ง นาน 3 วัน * fluconazole 150 มก. รับประทานวันละครั้ง		* นิยมใช้ยาทาเฉพาะที่หรือยาเหน็บ ช่องคลอด * ยารับประทานใช้เฉพาะกรณีที่เป็น รุนแรงหรือใช้ยาเฉพาะที่แล้วไม่ได้ผล เช่น fluconazole 150 มก. รับประทาน อีกครั้งเมื่อห่างกัน 3 วัน * หลีกเลี่ยงการทำให้ใช้ยาเฉพาะที่ เท่านั้น

**ภาคผนวก ค คู่มือการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส**

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	S & S	การรักษา		การตอบสนอง / ข้อสังเกต
		ทางเลือกที่แนะนำ	ทางเลือกอื่นๆ	
Cryptococcosis	อาการกึ่งเฉียบพลัน (3-4 วัน) ไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน คอแข็ง การมองเห็นลดลง ความรู้สึกเปลี่ยนไป พบตั้งแต่สับสนจนถึงโคม่า หรือมาด้วยอาการหลงลืมง่าย	<b>ระยะแรก (induction therapy)</b> * Amphotericin B 0.7-1.0 มก./กก./วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน  <b>การรักษาตามระยะที่ 2 (consolidation therapy)</b> * fluconazole 400 มก./วัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ หรือจนกระทั่ง CSF ปราศจากเชื้อ (ในผู้ป่วยที่อาการทางคลินิกยังไม่ดีขึ้นใน 2 สัปดาห์)	* Fluconazole 400-800 มก./วัน รับประทาน (+ 5-FC 100 มก./กก./วัน) รับประทานเป็นเวลา 6-10 สัปดาห์ * Ambisome 4 มก./กก./วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 14 วัน จากนั้นให้ fluconazole 400 มก./วัน นาน 8-10 สัปดาห์	* หากมี intracranial pressure สูงขึ้น พบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ * ผู้ป่วยที่ทนยา fluconazole ไม่ได้ อาจให้ยา itraconazole 200 มก. วันละ 2 ครั้งแทน แต่ผลการรักษาดีน้อยกว่า * ผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของไต ผิดปกติ อาจให้สารน้ำเพิ่ม(hydration) ก่อนการให้ Amphotericin B
Herpes Simplex	ตุ่มน้ำใส คัน เจ็บ ปวดแสบปวดร้อน	* Acyclovir 400 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7-10 วัน หรือ 200 มก. วันละ 5 ครั้ง (ถ้าเป็นครั้งแรกให้นาน 10 วัน กรณีเป็นซ้ำให้นาน 5 วัน ) * ถ้ารุนแรงให้ Acyclovir 5 มก./กก. (250 มก./vial) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง จนกระทั่งรอยโรคลดลงและให้ acyclovir cream ทาต่ออีกรวมเป็นเวลา 10 วัน		
Herpes Zoster	ตุ่มน้ำใส คัน เจ็บ ปวดแสบปวดร้อน แล้วลามต่อเป็นแนว	* Acyclovir 10 มก./กก./ครั้ง ทุก 8 ชม. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือรับประทาน 800 มก. วันละ 5 ครั้ง นาน 7-10 วัน		



ภาคผนวก ค คู่มือการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	S & S	การรักษา		การตอบสนอง / ข้อสังเกต
		ทางเลือกที่แนะนำ	ทางเลือกอื่นๆ	
disseminated MAC, Mycobacterium Avium Complex (MAC)	ไข้ เหงื่อออกกลางคืน น้ำหนักลด ท้องเสีย ปวดท้อง	* Clarithromycin 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง + ethambutol 15 มก./กก./วัน รับประทานและเริ่มให้ HAART ไปพร้อมกันภายใน 1-2 สัปดาห์	* Azithromycin 500-600 มก./วัน + ethambutol 15 มก./ กก./วัน รับประทาน	ใช้ลดลง และผลเพาะเชื้อลดลงใน 2-4 สัปดาห์ ถ้าอาการทางคลินิกไม่ดีขึ้นใน 4-8 สัปดาห์ให้เพาะเชื้อในเลือดอีกครั้ง
Mycobacterium tuberculosis (MTB)	ไข้ ไอ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เจ็บ หน้าอก เหงื่อออก กลางคืน	* HRZE 2 เดือน / HR 7 เดือน * CD4 <200 เซลล์/ลบ.มม.: เริ่มให้ HAART ที่ 2-8 สัปดาห์ หลังรักษา TB ด้วยสูตร EFV-based HAART * CD4 200-350 เซลล์/ลบ.มม. : พิจารณาการให้ HAART ถ้าให้หลังรักษา TB ควรใช้สูตร EFV-based HAART * CD4 >350 เซลล์/ลบ.มม. : ยังไม่ควรเริ่ม HAART		Monitoring : LFT, hepatotoxicity
Pneumocystis carinii (P.jirovecii) Pneumonia (PCP)	ไข้ ไอ (ส่วนมากไม่มี เสมหะ) หายใจหอบ เหนื่อย หายใจเร็ว หรือ ซ้ำพรตื้นเร็ว อ่อนเพลีย น้ำหนักลด	* TMP 15 มก./กก./วัน + SMZ 75 มก./กก./วัน รับประทาน หรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 21 วัน โดยแบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง (อาจรักษาเพียง 14 วันถ้าโรคไม่รุนแรงหรือ ตอบสนองเร็ว) * hypoxemia (PaO <sub>2</sub> <70 มม.ปรอท หรือ A-a gradient >35 มม.ปรอท หรือ oxygen saturation <90% ขณะหายใจอากาศ ปกติ) ให้ prednisolone 40 มก. รับประทานเช้า-เย็น นาน 5 วันแล้วลดเหลือ 40 มก. วันละครั้ง นาน 5 วัน ต่อด้วย 20 มก. วันละครั้งอีก 11 วัน	* Clindamycin 600 มก.ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชม. หรือ 300-450 มก. รับประทานทุก 6 ชม.+ primaquine 30 มก./วัน รับประทานนาน 21 วัน	- สูตร TMP+SMZ (อาจรักษาเพียง 14 วันถ้าโรคไม่รุนแรงหรือตอบสนองเร็ว) - การให้ prednisolone อาจให้อีกวิธี ดังนี้ รับประทาน ครั้งละ 4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง 5 วัน ต่อมาครั้งละ 3 เม็ด วันละ 2 ครั้ง 5 วัน ต่อมาครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง 11 วัน

ภาคผนวก ค คู่มือการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	S & S	การรักษา		การตอบสนอง / ข้อสังเกต
		ทางเลือกที่แนะนำ	ทางเลือกอื่นๆ	
Penicilliosis ( <i>P. marneffei</i> )	ตุ่มนูนตามใบหน้า ลำตัว และแขนขา	อาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก/รับประทานยาไม่ได้ * amphotericin B 0.6 มก./กก./วัน หยดเข้าทางหลอดเลือด ดำ เป็นเวลานาน 2 สัปดาห์ ต่อจากนั้นรับประทาน itraconazole 200 มก. วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์	อาการไม่รุนแรง/รับประทานยาได้ * itraconazole 200 มก. วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 8-12 สัปดาห์	
Histoplasmosis ( <i>H. capsulatum</i> )	ตุ่มนูนตามใบหน้า ลำตัว และแขนขา (พบน้อยกว่า Penicilliosis)	อาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก/รับประทานยาไม่ได้ * amphotericin B 0.7 มก./กก./วัน หยดเข้าทางหลอดเลือด ดำ นาน 7-10 วัน หรือ อาจให้จนครบขนาดยารวม 30-35 มก./กก. ต่อจากนั้นรับประทาน itraconazole 200 มก. วัน ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน ต่อด้วย 200 มก. วันละ 2 ครั้ง เป็น เวลา 12 สัปดาห์	อาการไม่รุนแรง/รับประทานยาได้ * itraconazole 200 มก. วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน ต่อ ด้วย 200 มก. วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หรือ * fluconazole 800มก./วัน (ได้ผลไม่ดีเท่า itraconazole)	
Toxoplasmosis, Toxoplasmic encephalitis (TE) ( <i>Toxoplasma gondii</i> )	ไข้ ปวดศีรษะ ชัก ซึม สับสน อัมพาตหรือชา ครึ่งซีกของร่างกาย คอ แข็ง	โรงพยาบาลไม่มียา sulfadiazine และ pyrimethamine (ซึ่งเป็นยาในการรักษาที่แนะนำ) <u>การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute infection)</u> * TMP 10 มก./กก./วัน + SMZ 50 มก./กก./วัน รับประทาน หรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชม. เป็นเวลา 4 สัปดาห์ + folinic acid 10-25 มก./วัน รับประทาน [TMP/SMX (80/400) 4 amp.ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง หรือ รับประทานครั้งละ 4 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หรือ	กรณีผู้ป่วยแพ้ยาในกลุ่ม sulfonamides * clindamycin 300-450 มก. รับประทาน หรือ 600-1200 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชม. หรือ * azithromycin 900-1200 มก./วัน รับประทาน หรือ clarithromycin 500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็น เวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์	- ถ้าให้การรักษาได้ทันที่ 91% ของผู้ป่วย TE จะมีอาการทางคลินิกดี ขึ้นภายใน 14 วัน (โดยทั่วไปมักดีขึ้น ก่อน 1 สัปดาห์)

**ภาคผนวก ต คู่มือการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบปฐมภูมิ**

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	ข้อบ่งชี้การใช้ยาป้องกัน	ยาที่ใช้ป้องกัน (primary prophylaxis)	การหยุดยาป้องกัน (discontinuation primary prophylaxis)	การเริ่มใช้ยาป้องกันใหม่ (restarting primary prophylaxis)
Pneumocystis carinii ( <i>P. jirovecii</i> ) Pneumonia (PCP)	1. ระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/มคล. 2. มีประวัติเป็น โรคติดเชื้อรา Candida ในปาก และหลอดอาหาร 3. CD4 lymphocyte น้อยกว่าร้อยละ 14 4. ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีระดับ CD4 อยู่ระหว่าง 200-250 เซลล์/มคล.และไม่สามารถติดตามตรวจระดับ CD4 ภายในเวลา 3 เดือนหรือนานกว่าได้	* TMP-SMZ (80/400 มก.) 1-2 เม็ด รับประทานวันละครั้ง (ควรเลือกใช้เป็นยาตัวแรก) หรือ * Dapsone 100 มก./วัน รับประทานวันละครั้ง หรือ * Dapsone 50 มก./วัน+pyrimethamine 50 มก. รับประทานทุกสัปดาห์ + folic acid 25 มก. รับประทาน ทุกสัปดาห์ หรือ * Dapsone 200 มก.+pyrimethamine 75 มก.+ folic acid 25 มก. รับประทานทุกสัปดาห์	CD4 มากกว่า 200 เซลล์/มคล. เป็นเวลานานอย่างน้อย 3 เดือน ขึ้นไป	CD4 ลดลงเหลือน้อยกว่า 200 เซลล์/มคล.
disseminated MAC, Mycobacterium Avium Complex (MAC)	CD4 น้อยกว่า 50 เซลล์/มคล. (การป้องกันแบบปฐมภูมิในประเทศไทยเป็นเพียงทางเลือก ไม่จำเป็นต้องได้รับยาป้องกันทุกราย)	* Azithromycin 1,250 มก. สัปดาห์ละครั้ง (ในผู้ป่วย น้ำหนัก >60 กก.) หรือ 1,000 มก. สัปดาห์ละครั้ง (ในผู้ป่วย น้ำหนัก <60 กก.) * Clarithromycin 500 มก. วันละ 2 ครั้ง	ผู้ป่วยที่ได้รับยา HAART จน CD4 เพิ่มขึ้นมากกว่า 100 เซลล์/มคล.เป็นเวลาตั้งแต่ 3 เดือน	CD4ลดลงเหลือน้อยกว่า 50-100 เซลล์/มคล.
Cryptococcosis ( <i>C. neoformans</i> )	CD4 น้อยกว่า 100 เซลล์/มคล.	* fluconazole 400 มก. สัปดาห์ละครั้ง หรือ * fluconazole 200 มก. วันละครั้ง	ผู้ป่วยที่ได้รับยา HAART จน CD4เพิ่มขึ้นมากกว่า 100 เซลล์/มคล.เป็นเวลาตั้งแต่ 3-6 เดือน	CD4ลดลงเหลือน้อยกว่า 100 เซลล์/มคล.
Penicilliosis ( <i>P. marneffei</i> )	ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ทางภาคเหนือ และ CD4 น้อยกว่า 100 เซลล์/มคล.	* itraconazole 200 มก. วันละครั้ง	ตลอดชีวิต	-
Histoplasmosis ( <i>H. capsulatum</i> )	CD4 น้อยกว่า 100 เซลล์/มคล.	* itraconazole 200 มก. วันละครั้ง	ตลอดชีวิต	-

หมายเหตุ - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

ภาคผนวก ต คู่มือการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบปฐมภูมิ

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	ข้อบ่งชี้การใช้ยาป้องกัน	ยาที่ใช้ป้องกัน (primary prophylaxis)	การหยุดยาป้องกัน (discontinuation primary prophylaxis)	การเริ่มใช้ยาป้องกันใหม่ (restarting primary prophylaxis)
Toxoplasmosis, Toxoplasmic encephalitis (TE) ( <i>Toxoplasma gondii</i> )	CD4 น้อยกว่า 100 เซลล์/มคล.	* TMP/SMZ 80/400 มก. 2 เม็ดต่อวัน หรือ 1 เม็ดต่อวัน  ทางเลือกอื่นเช่น  * dapsone 50 มก./วัน รับประทาน + pyrimethamine 50 มก. รับประทานสัปดาห์ละครั้ง + folic acid 25 มก. รับประทานสัปดาห์ละครั้ง หรือ  * dapsone 200 มก. + pyrimethamine 75 มก. + folic acid 25 มก. รับประทานสัปดาห์ละครั้ง	CD4 เพิ่มขึ้นมากกว่า 200 เซลล์/ มคล.เป็นเวลานานอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป	CD4 ลดลงเหลือน้อยกว่า 100-200 เซลล์/มคล.

ภาคผนวก ๓ คู่มือการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบทุติยภูมิ

หมายเหตุ - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	ข้อบ่งชี้การใช้ยาป้องกัน (indication)	ยาที่ใช้ป้องกัน (secondary prophylaxis)	การหยุดยาป้องกัน (discontinuation secondary prophylaxis)	การเริ่มใช้ยาป้องกันใหม่ (restarting secondary prophylaxis)
Pneumocystis carinii (P.jiroveci) Pneumonia (PCP)	มีประวัติเป็น PCP มาก่อน	* TMP-SMZ (80/400 มก.) 1-2 เม็ด รับประทานวันละครั้ง (ควรเลือกใช้เป็นยาตัวแรก) หรือ * Dapsone 100 มก./วัน รับประทานวันละครั้ง หรือ * Dapsone 50 มก./วัน + pyrimethamine 50 มก. รับประทานทุกสัปดาห์ + folic acid 25 มก. รับประทาน ทุกสัปดาห์ หรือ * Dapsone 200 มก.+pyrimethamine 75 มก.+ folic acid 25 มก. รับประทาน ทุกสัปดาห์	CD4 มากกว่า 200 เซลล์/มค.เป็น เวลานานอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป	CD4 ลดลงเหลือน้อยกว่า 200 เซลล์/มค.
disseminated MAC, Mycobacterium Avium Complex (MAC)	มีประวัติเป็น MAC มาก่อน	* Clarithromycin 500 มก. วันละ 2 ครั้ง หรือ * Azithromycin 500 มก. วันละ 1 ครั้ง ร่วมกับ ethambutol 15-25 มก./กก./วัน	ผู้ป่วยที่ได้รับยา HAART จน CD4 เพิ่มขึ้นมากกว่า 100 เซลล์/มค.เป็น เวลานานตั้งแต่ 6 เดือนและได้รับการ รักษา MAC มากกว่า 1 ปีขึ้นไป ไม่มี อาการที่บ่งถึงการ ติดเชื้อ	CD4 ลดลงเหลือน้อยกว่า 100 เซลล์/มค.
Cryptococcosis ( <i>C. neoformans</i> )	มีประวัติเป็น Cryptococcosis มาก่อน	* fluconazole 200 มก./วัน หรือ * itraconazole 400 มก./วัน (กรณีทนยา fluconazole ไม่ได้) * amphotericin B 1 มก./กก./วัน นาน 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (กรณีทนยากลุ่ม azole ไม่ได้)	ผู้ป่วยที่ได้รับยา HAART จน CD4 เพิ่มขึ้นมากกว่า 100 เซลล์/มค.เป็น เวลานานตั้งแต่ 3-6 เดือน	CD4 ลดลงเหลือน้อยกว่า 100 เซลล์/มค.
Penicilliosis ( <i>P. marneffei</i> )	มีประวัติติดเชื้อ <i>P. marneffei</i> มาก่อน	* itraconazole 200 มก. วันละครั้ง	ตลอดชีวิต	-
Histoplasmosis ( <i>H. capsulatum</i> )	มีประวัติเป็น Histoplasmosis มาก่อน	* itraconazole 200 มก. วันละ 2 ครั้ง	ตลอดชีวิต	-

**ภาคผนวก ๓ คู่มือการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแบบทุติยภูมิ**

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	ข้อบ่งชี้การใช้ยาป้องกัน (indication)	ยาที่ใช้ป้องกัน (secondary prophylaxis)	การหยุดยาป้องกัน (discontinuation secondary prophylaxis)	การเริ่มใช้ยาป้องกันใหม่ (restarting secondary prophylaxis)
Candida spp. / Trush	ปกติไม่ป้องกัน ยกเว้นกรณีเกิดโรคบ่อยๆ หรือมีอาการรุนแรง	* Clotrimazole เม็ดอม 10 มก. 5 ครั้งต่อวัน หรือ * Nystatin 500,000 ยูนิต (4-6 มล.) อมกลั้วในปากและคอ วันละ 4-5 ครั้ง * ทางเลือกอื่นเช่น fluconazole รับประทานวันละ 100 มก. หรือ 200 มก. สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือ itraconazole 200 มก./วัน หรือ ketoconazole 200 มก./วัน	-	-
Candida spp. / Esophagitis	มีประวัติหกลดอาหาร อิ่มเสบายจากเชื้อ Candida มาก่อน	* fluconazole 100-200 มก. วันละครั้ง * ทางเลือกอื่นเช่น itraconazole 200 มก. วันละครั้ง	ตลอดชีวิต	-
Candida spp. / Vaginitis	ปกติไม่ป้องกัน ยกเว้นกรณีเกิดโรคบ่อยๆ(>4 ครั้งต่อปี) หรือมีอาการรุนแรง	* clotrimazole 500 มก. ชนิดเหน็บช่องคลอด สัปดาห์ละครั้ง * fluconazole 100-150 มก. สัปดาห์ละครั้ง * ketoconazole 200 มก. สัปดาห์ละครั้ง * itraconazole 400 มก. เดือนละครั้ง หรือ 100 มก. สัปดาห์ละครั้ง	ให้ระยะยาว เป็นเวลานาน 6 เดือน	-
Toxoplasmosis, Toxoplasmic encephalitis (TE) ( <i>Toxoplasma gondii</i> )	มีประวัติรักษาการติดเชื้อ <i>Toxoplasma gondii</i> ระยะเฉียบพลันมาก่อน	ยาหลัก คือ sulfadiazine 0.5-1 กรัม วันละ 4 ครั้ง + pyrimethamine 25-75 มก./วัน + folic acid 10 มก./วัน รับประทาน ทางเลือกอื่นเช่น * clindamycin 300-450 มก. รับประทานทุก 6-8 ชม. + pyrimethamine 25-75 มก. รับประทานวันละครั้ง + folic acid 10-25 มก./วัน รับประทาน หรือ * TMP 5 มก./กก. + SMZ 25 มก./กก. รับประทานหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ วันละ 2 ครั้ง	CD4 เพิ่มขึ้นมากกว่า 200 เซลล์/มค. เป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และให้การรักษา TE ในระยะแรกครบถ้วนแล้วและผู้ป่วยไม่มีอาการ	CD4 ลดลงเหลือน้อยกว่า 200 เซลล์/มค.

หมายเหตุ - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาอาการหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
<b>1. GPO-VIR (d4T+3TC+NVP)</b>					
NVP	2 – 3 สัปดาห์แรก	ผื่นผิวหนังเล็กน้อยถึงปานกลาง	มีลักษณะเป็นจุดและตุ่มแดงเล็กๆ โดยมีหรือไม่มีอาการคันร่วมด้วย		- ผื่นอาจหายไปได้หลังได้ antihistamine โดยไม่ต้องหยุดยา - ให้ hydroxyzine(10) 1xprn, 0.1%triamcinolone cream ทาเช้าและเย็น
	หลายวันถึงหลายสัปดาห์ (ส่วนใหญ่เกิดภายใน 6 สัปดาห์แรก)	ผื่นรุนแรงเช่น SJS, TEN หรือ DRESS Eosinophilia	แพ้/ลอกที่เยื่อหู หรือระบบภายใน eosinophil สูง	เฝ้าระวังและติดตาม hypersensitivity reaction	- ต้องหยุดยาและห้ามใช้ยีก - ควรเปลี่ยนสูตร HAART - ควรเปลี่ยนสูตร HAART ถ้าเกิดผื่นรุนแรงด้วย
	2 สัปดาห์แรกถึง 18 สัปดาห์ (2/3 ของผู้ป่วยพบใน 12 สัปดาห์)	พิษต่อตับ / serum transaminase สูง / คีซ่าน	เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง ผื่น (มักพบถึงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย) ALT/AST > 3-5 เท่าของค่าปกติ bilirubin สูง	- ลดปัจจัยเสี่ยงเช่น หยุดดื่มสุรา - ติดตาม LFT ทุก 2 สัปดาห์ในเดือนแรก และทุกเดือนในเดือนที่ 2 - 3 จากนั้นทุก 3-6 เดือน	- รักษา HBV / HCV (ถ้ามี) - ถ้ามีอาการ ให้หยุดยา ARV และเมื่ออาการดีขึ้นและ ALT กลับสู่ค่าปกติให้พิจารณาเปลี่ยนสูตรยา - ถ้าไม่มีอาการ และ ALT >5-10 เท่าของค่าปกติ อาจหยุดยา ARV หรือให้ได้แต่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิดจนกลับสู่ค่าปกติ ให้พิจารณาเปลี่ยนสูตรยา
d4T (ส่วนใหญ่เพิ่ม TG มากกว่า LDL, TC)	หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน	ไขมันในเลือดสูง Peripheral neuropathy	hypertriglyceridemia ปวดร่วมกับชาปลายมือปลายเท้า, pain response ของขา/เท้า ลดลง, เดินลำบาก, มีปวดแสบปวดร้อนที่ฝ่าเท้า	- อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกนุหรี - ติดตาม TG ทุก 3-6 เดือน - หลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าคับ - อาจใช้การนวดหรือฟิงเจอร์	- TG > 500 ให้ fenofibrate 67-267 มก. วันละครั้ง หรือ gemfibrozil 300-600 มก. วันละครั้ง - หยุดยาอาการหายไปอย่างรวดเร็ว - ให้ amitriptyline (10) 1x1 hs และ B1-6-12 1x3 pc นาน 1 สัปดาห์และนัดประเมินอาการต่อ - ลดขนาดยาเป็น d4T 15-20 มก. วันละ 2 เวลา - ถ้าไม่ดีขึ้นหรืออาการรุนแรงให้เปลี่ยนเป็น AZT

ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาอาการหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
<b>1. GPO-VIR (d4T+3TC+NVP) (ต่อ)</b>					
d4T	หลายเดือนถึงปี	ตับอ่อนอักเสบ	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง(เสียว) ด้านซ้าย	ทดแทนด้วยสารน้ำ/ของเหลว, เสริมสารอาหาร	ยาบรรเทาปวด (ให้ตามอาการ)
		ภาวะไขมันฝ่อ	แก้มตอบ ไขมันใต้แขนขา คอลดลง ทำให้เห็นเส้นเลือดดำชัด	อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกนุหรี	- ถ้าผู้ป่วยยอมรับอาการ ได้ คงสูตรยาเดิมและให้ การปรึกษาเรื่อง ADR และผลจากการเปลี่ยนยา - ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ อาจเปลี่ยนเป็น AZT หรือ ABC (ถ้ามี) ซึ่งอาการอาจดีขึ้นหรือคงเดิมก็ได้ - rosiglitazone 4 มก. วันละ 2 ครั้ง
		ภาวะไขมันสะสม	หน้าอกโต พุงป่อง มีหนอกที่คอ (buffalo hump)	อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกนุหรี	- ถ้าผู้ป่วยยอมรับอาการ ได้ คงสูตรยาเดิมและให้ การปรึกษาเรื่อง ADR และผลจากการเปลี่ยนยา - ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ อาจเปลี่ยนเป็น AZT หรือ ABC (ถ้ามี) ซึ่งอาการอาจดีขึ้นหรือคงเดิมก็ได้
		ภาวะแลคติกสูง (hyperlactatemia)	น้ำหนักลด ไม่สบาย คลื่นไส้ อาเจียน , lactate > 2 mmol/L	- เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของ lactic acidosis และ ติดตามผล lactate และ HCO <sub>3</sub> ใน ระยะ 6 เดือน - ให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเอง	
		Lactic acidosis (เกิดบ่อยมาก) / Rapidly progressive ascending neuromuscular weakness	อ่อนเพลีย เมื่อยล้า เจ็บบริเวณชาย โครงขา ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ดับโต หายใจหอบเหนื่อย, lactate > 5 mmol/L, arterial pH ≤ 7.35, anion gap > 16, liver enz. สูง / ขา อ่อนแรงเริ่มมาจากปลายเท้า	- รักษาประคับประคองเช่น ให้สารน้ำ oxygen ถ้า จำเป็นอาจใช้เครื่องช่วยหายใจ - บางรายควรได้รับ IV bicarbonate infusion หรือ hemodialysis (หรือให้ dichloro acetate)	- หยุดยา - เปลี่ยนเป็นสูตร PI หรือใช้ NRTI เป็น ABC หรือ TDF (ถ้ามี)



ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาอาการหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
<b>2. d4T + 3TC + EFV</b>					
EFV (ทำให้เกิด false-positive test ได้)	2 สัปดาห์แรก	นอนหลับผิดปกติ/ Psychological distress	เวียนศีรษะ ชาตสมาริ สับสน วิดก กังวล กระวนกระวาย เสร้า อาการ หลอน ฝันร้าย	- งดเครื่องดื่มที่มี caffeine ตั้งแต่ช่วงเย็น - ถ้ามีภาวะซึมเศร้า อาการหลอน ควรให้ การรักษาทางจิตเวช	- อาการมักหายได้เองใน 2-4 สัปดาห์ แต่มีรายงานว่าพบ ได้แม้ทานยามา 18 เดือน - แนะนำให้ทาน EFV ก่อนนอน - ให้ lorazepam (0.5) 1x1 hs
ต่อ cannabinoid test ได้)	2 – 3 สัปดาห์แรก	ผื่นผิวหนังเล็กน้อยถึง ปานกลาง	มีลักษณะเป็นจุดและตุ่มแดงเล็กๆ โดย มีหรือไม่มีอาการคันร่วมด้วย		- ผื่นอาจหายไปได้หลังได้ antihistamine โดยไม่ต้อง หยุดยา - ให้ hydroxyzine(10) 1xprn, 0.1%TA cream
	หลายวันถึงหลายสัปดาห์	ผื่นรุนแรงเช่น SJS, TEN	แพ้/ลอกที่เยื่อหู หรือระบบภายใน		- ต้องหยุดยาและห้ามใช้ยีก - ควรเปลี่ยนสูตร HAART
EFV / d4T	หลายสัปดาห์ถึงหลาย เดือน	ไขมันในเลือดสูง	hypertriglyceridemia  hypercholesterolemia	- อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกนุหรี - ติดตาม triglyceride ทุก 3-6 เดือน  - อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกนุหรี - ติดตาม Cholesterol ทุก 3-6 เดือน	- TG > 500 ให้ fenofibrate 67-267 มก. วันละครั้ง หรือ gemfibrozil 300-600 มก. วันละครั้ง  - หากเพิ่ม TC, LDL และ TG 200-500 ให้ Pravastatin 40 มก.ก่อนนอนหรือ Atorvastatin 10 มก.ก่อนนอน
EFV	หลายเดือนถึงปี	serum transaminase สูง / ดีซ่าน	ปวดท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง bilirubin สูง ALT/AST > 3-5 เท่าของค่าปกติ	- ลดปัจจัยเสี่ยงเช่น หยุดดื่มสุรา - ติดตาม LFT ทุก 3-6 เดือน	- ถ้าไม่มีผล ALT ให้หยุดยา
d4T	หลายสัปดาห์ถึงหลาย เดือน	Peripheral neuropathy	ปวดร่วมกับชาปลายมือปลายเท้า, pain response ของขา/เท้า ลดลง, เดิน ลำบาก, มีปวดแสบปวดร้อนที่ฝ่าเท้า	- หยุดยาอาการหายไปอย่างรวดเร็ว - หลีกเลียงการใส่เสื้อผ้าคับ - อาจใช้การนวดหรือฝังเข็ม	- ให้ amitriptyline (10) 1x1 hs และ B1-6-12 1x3 pc นาน 1 สัปดาห์และนัดประเมินอาการต่อ - ลดขนาดยาเป็น d4T 15-20 มก. วันละ 2 เวลา - ถ้าไม่ดีขึ้นหรืออาการรุนแรงให้เปลี่ยนเป็น AZT

ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาอาการหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
<b>2. d4T + 3TC + EFV (ต่อ)</b>					
d4T	หลายเดือนถึงปี	ตับอ่อนอักเสบ	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง(เสียว) ด้านซ้าย	ทดแทนด้วยสารน้ำ/ของเหลว, เสริมสารอาหาร	ยาบรรเทาปวด (ให้ตามอาการ)
		ภาวะไขมันฝ่อ	แก้มตอบ ไขมันใต้แขนขา คอลดลง ทำให้เห็นเส้นเลือดดำชัด	อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกบุหรี่	- ถ้าผู้ป่วยยอมรับอาการได้ คงสูตรยาเดิมและให้การปรึกษาเรื่อง ADR และผลจากการเปลี่ยนยา - ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ อาจเปลี่ยนเป็น AZT หรือ ABC (ถ้ามี) ซึ่งอาการอาจดีขึ้นหรือคงเดิมก็ได้ - rosiglitazone 4 มก. วันละ 2 ครั้ง
		ภาวะไขมันสะสม	หน้าอกโต พุงป่อง มีหนอกที่คอ (buffalo hump)	อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกบุหรี่	- ถ้าผู้ป่วยยอมรับอาการได้ คงสูตรยาเดิมและให้การปรึกษาเรื่อง ADR และผลจากการเปลี่ยนยา - ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ อาจเปลี่ยนเป็น AZT หรือ ABC (ถ้ามี) ซึ่งอาการอาจดีขึ้นหรือคงเดิมก็ได้
		ภาวะแลคติกสูง (hyperlactatemia)	น้ำหนักลด ไม่สบาย คลื่นไส้ อาเจียน , lactate > 2 mmol/L	- เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของ lactic acidosis - ให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเอง - ติดตามผล lactate และ HCO <sub>3</sub> ในระยะ 6 เดือน	
		Lactic acidosis (เกิดบ่อยมาก) / Rapidly progressive ascending neuro muscular weakness	อ่อนเพลีย เมื่อยล้า เจ็บบริเวณชายโครงขวา ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตับโต หายใจหอบเหนื่อย, lactate > 5 mmol/L, arterial pH ≤ 7.35, anion gap > 16, liver enzyme สูง / ขาอ่อนแรง เริ่มมาจากปลายเท้า	- รักษาประคับประคองเช่น ให้สารน้ำ oxygen ถ้าจำเป็นอาจใช้เครื่องช่วยหายใจ - บางรายควรได้รับ IV bicarbonate infusion หรือ hemodialysis (หรือให้ dichloro acetate)	- หยุดยา - เปลี่ยนเป็นสูตร PI หรือใช้ NRTI เป็น ABC หรือ TDF (ถ้ามี)

ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาอาการหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
<b>3. d4T + 3TC + IND + RTV</b>					
IDV	เกิดเวลาใดก็ได้หลังเริ่มใช้ยา โดยเฉพาะช่วงที่คั่งน้ำลดลง	นิ่วในไต (Nephrolithiasis / urolithiasis / crystalluria)	ปวดเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะ กระปริบกระปรอย (ถ้ารุนแรงอาจปวดท้อง) pyuria, hematuria, crystalluria อาจพบ SCr สูงขึ้น (เล็กน้อย)	- ดื่มน้ำไม่น้อยกว่า 2-3 ลิตรต่อวัน - ติดตาม U/A และ SCr ทุก 3-6 เดือน	- ยาบรเทาปวด (ให้ตามอาการ)
	หลายเดือน	พิษต่อไต (Nephrotoxicity)	ไม่มีอาการ มักพบ SCr สูงขึ้น, pyuria	- ดื่มน้ำไม่น้อยกว่า 2-3 ลิตรต่อวัน - หลีกเลี่ยงการใช้ยาอื่นที่เป็นพิษต่อไต - ติดตาม U/A, SCr, K, PO <sub>4</sub>	- หยุดยา โดยทั่วไปจะหายได้ - รักษาประคับประคอง - ให้ electrolyte ทดแทน
	ไม่มีข้อมูล	ผิวหนัง		ทาครีมบำรุงผิว	
	ไม่มีข้อมูล	Hyperbilirubinemia			
All PIs (RTV, IDV)	2 – 3 สัปดาห์แรก	เพิ่มโอกาสเลือดออก (ในผู้ป่วยที่เป็น hemophilia)	เพิ่มโอกาสเลือดออกทางข้อต่อ กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่ออ่อน และเลือดออกในปัสสาวะ	ติดตามอาการเลือดออก	- เปลี่ยนใช้สูตร NNRTI (NVP หรือ EFV)
	ไม่มีข้อมูล	ผมร่วน/ ingrown nails		- ให้การรักษา	- เปลี่ยนสูตร HAART
	ไม่มีข้อมูล	เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ		- ให้การรักษา	Sildenafil
	ไม่แน่ชัด (เกิดได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคทั่วไป)	Osteonecrosis	ปวดรอบๆข้อต่อ มักพบที่กระดูกต้นขา อาจปวดข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง	- หยุดดื่มสุรา / ลดการใช้ steroid - ลดการไช้ท่าทางที่น้ำหนักลงข้อ	- ยาบรเทาปวด (ให้ตามอาการ)
หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน	Insulin resistance / DM	ปัสสาวะบ่อย คั่งน้ำบ่อย หิวบ่อย	- ออกกำลังกาย และควบคุมอาหาร - เจาะ FBS ทุก 1-3 เดือนหลังเริ่มยาสูตรใหม่ จากนั้นทุก 3-6 เดือน	- เปลี่ยนสูตรยาเป็น NNRTI - ให้ metformin / glitazone / sulfonylurea / insulin	

ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาอาการหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
<b>3. d4T + 3TC + IND + RTV (ต่อ)</b>					
All PIs (RTV, IDV)	หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน	พียต้อดับ / serum transaminase สูง	มักไม่มีอาการ อาจเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ตีชาน ALT/AST > 3-5 เท่าของค่าปกติ	- ลดปัจจัยเสี่ยงเช่น หยุดดื่มสุรา - ติดตาม LFT ทุก 3-6 เดือน	- รักษา HBV / HCV (ถ้ามี) - ถ้ามีอาการ ให้หยุดยา ARV และเมื่ออาการดีขึ้น และ ALT กลับสู่ค่าปกติให้พิจารณาเปลี่ยนสูตรยา - ถ้าไม่มีอาการ และ ALT > 5-10 เท่าของค่าปกติ อาจหยุดยา ARV หรือให้ได้แต่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด จนกลับสู่ค่าปกติ ให้พิจารณาเปลี่ยนสูตรยา
d4T / All PIs (RTV, IDV)	หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน	ไขมันในเลือดสูง * (d4T เพิ่ม TG มากกว่า LDL, TC) * All PIs เพิ่ม LDL, TC, TG (RTV > IDV)	hypertriglyceridemia  hypercholesterolemia	- อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกบุหรี่ - ติดตาม triglyceride ทุก 3-6 เดือน - อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกบุหรี่ - ติดตาม Cholesterol ทุก 3-6 เดือน	- TG > 500 ให้ fenofibrate 67-267 มก. วันละครั้ง หรือ gemfibrozil 300-600 มก. วันละครั้ง - เพิ่ม TC, LDL และ TG 200-500 ให้ Pravastatin 40 มก. ก่อนนอนหรือ Atorvastatin 10 มก. ก่อนนอน
	หลายเดือนถึงปี	ภาวะไขมันพอก	แก้มตอ ไขมันใต้แขนขา คอ ลดลง ทำให้เห็นเส้นเลือดดำชัด	อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกบุหรี่	- ถ้าผู้ป่วยยอมรับอาการได้ คงสูตรยาเดิมและให้การรักษาเรื่อง ADR และผลจากการเปลี่ยนยา - ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ อาจเปลี่ยนเป็น AZT หรือ ABC (ถ้ามี) ซึ่งอาการอาจดีขึ้นหรือคงเดิมก็ได้ - rosiglitazone 4 มก. วันละ 2 ครั้ง
		ภาวะไขมันสะสม	หน้าอกโต พุงป่อง มีหนอกที่คอ (buffalo hump)	อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกบุหรี่	- ถ้าผู้ป่วยยอมรับอาการได้ คงสูตรยาเดิมและให้การรักษาเรื่อง ADR และผลจากการเปลี่ยนยา - ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับ อาจเปลี่ยนเป็น AZT หรือ ABC (ถ้ามี) ซึ่งอาการอาจดีขึ้นหรือคงเดิมก็ได้

ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาอาการหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
<b>3. d4T + 3TC + IND + RTV (ต่อ)</b>					
RTV (ritonavir) / d4T	หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน	Peripheral neuropathy	RTV: ชารอบปาก ปลายมือปลายเท้า  d4T : ปวดร่วมกับชาปลายมือปลายเท้า, pain response ของขา/เท้า ลดลง, เดินลำบาก, มีปวดแสบปวดร้อนที่ฝ่าเท้า	- หลีกเลียงการใส่เสื้อผ้าคับ - อาจใช้การนวดหรือฟุ้งเข็ม	- หยุดยาอาการหายไปอย่างรวดเร็ว - ให้ amitriptyline (10) 1x1 hs และ B1-6-12 1x3 pc นาน 1 สัปดาห์และนัดประเมินอาการต่อ - ลดขนาดยาเป็น d4T 15-20 มก. วันละ 2 เวลา - ถ้าไม่ดีขึ้นหรืออาการรุนแรงให้เปลี่ยนเป็น AZT
d4T	หลายเดือนถึงปี	ตับอ่อนอักเสบ	คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง(เสียว) ด้านซ้าย	ทดแทนด้วยสารน้ำ/ของเหลว, เสริมสารอาหาร	ยาบรรเทาปวด (ให้ตามอาการ)
		ภาวะแลคติกสูง (hyperlactatemia)	น้ำหนักลด ไม่สบาย คลื่นไส้ อาเจียน , lactate > 2 mmol/L	- ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของ lactic acidosis - ให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อการสังเกตตนเอง - ติดตามผล lactate และ HCO <sub>3</sub> ใน ระยะ 6 เดือน	
		Lactic acidosis (เกิดบ่อยมาก) / Rapidly progressive ascending neuromuscular weakness	อ่อนเพลีย เมื่อยล้า เจ็บบริเวณชายโครงขวา ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตับโต หายใจหอบ เหนื่อย, lactate > 5 mmol/L, arterial pH ≤ 7.35, anion gap > 16, liver enzyme สูง / ขาอ่อนแรงเริ่มมาจากปลายเท้า	- รักษาประคับประคองเช่น ให้สารน้ำ oxygen ถ้าจำเป็นอาจใช้เครื่องช่วยหายใจ - บางรายควรได้รับ IV bicarbonate infusion หรือ hemodialysis (หรือให้ dichloro acetate)	- หยุดยา - เปลี่ยนเป็นสูตร PI หรือใช้ NRTI เป็น ABC หรือ TDF (ถ้ามี)

ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาอาการหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / Lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
<b>4. AZT + 3TC + NVP</b>					
NVP	2 – 3 สัปดาห์แรก	ผื่นผิวหนังเล็กน้อยถึงปานกลาง	มีลักษณะเป็นจุดและตุ่มแดงเล็กๆ โดยมีหรือไม่มีอาการคันร่วมด้วย		- ผื่นอาจหายไปได้หลังได้ antihistamine โดยไม่ต้องหยุดยา - ให้ hydroxyzine(10) 1xprn, 0.1%TA cream
หลายวันถึงหลายสัปดาห์ (ส่วนใหญ่เกิดภายใน 6 สัปดาห์แรก)	ผื่นรุนแรงเช่น SJS, TEN หรือ DRESS	Eosinophilia	eosinophil สูง	เฝ้าระวังและติดตาม hypersensitivity reaction	- ต้องหยุดยาและห้ามใช้อีก - ควรเปลี่ยนสูตร HAART
2 สัปดาห์แรกถึง 18 สัปดาห์ (2/3 ของผู้ป่วยพบใน 12 สัปดาห์)	พิษต่อตับ / serum transaminase สูง / ดีซ่าน	เมื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง ผื่น (มักพบถึงครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย) ALT/AST > 3-5 เท่าของค่าปกติ bilirubin สูง	- ลดปัจจัยเสี่ยงเช่น หยุดดื่มสุรา - ติดตาม LFT ทุก 2 สัปดาห์ในเดือนแรก และทุกเดือนในเดือนที่ 2 - 3 จากนั้นทุก 3-6 เดือน	- รักษา HBV / HCV (ถ้ามี) - ถ้ามีอาการ ให้หยุดยา ARV และเมื่ออาการดีขึ้นและ ALT กลับสู่ค่าปกติให้พิจารณาเปลี่ยนสูตรยา - ถ้าไม่มีอาการ และ ALT > 5-10 เท่าของค่าปกติ ควรหยุดยา ARV และติดตามอย่างใกล้ชิด จนกลับสู่ค่าปกติ ให้พิจารณาเปลี่ยนสูตรยา	
AZT	ช่วงแรกของการใช้ยา	GI intolerance	คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร	- ทานพร้อมอาหารจะช่วยลดอาการ - อาการจะดีขึ้นเองภายใน 2 - 3 สัปดาห์	- ให้ dimenhydrinate (50) 1xprn , Metoclopramide
2-8 สัปดาห์แรก	Anemia	CBC (Hgb < 10 g/dl, Hct ต่ำ)	- ให้เลือด - หยุดยาอื่นที่กดไขกระดูก เช่น co-trimoxazole - ตรวจ CBC ทุก 3 เดือน	- ลดขนาดยา AZT เป็น 200 มก. วันละ 2 เวลา - ถ้าเป็น macrocytic anemia ให้ folic acid(5) 1x1 OD และ B 1-6-12 1x3 pc - ถ้าซีดมากให้เปลี่ยนเป็น NRTI ตัวอื่น (d4T)	
3-6 เดือนแรก	Neutropenia	Absolute neutrophil count < 750 ตัว/มม. <sup>3</sup>	- ตรวจ CBC ทุก 3 เดือน	- หยุดยาอื่นที่กดไขกระดูก - อาจเปลี่ยนเป็น NRTI ตัวอื่น (d4T)	

ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาที่มักเกิดหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
4. AZT + 3TC + NVP (ต่อ)					
AZT	หลายเดือนถึงปี	Lactic acidosis (เกิดบ่อยมาก) / hepatic steatosis +/- pancreatitis (severe mitochondrial toxicities)	อ่อนเพลีย เมื่อยล้า เจ็บบริเวณชายโครงขวา ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตับโต หายใจหอบเหนื่อย, lactate > 5 mmol/L, arterial pH < 7.35, anion gap > 16, liver enzyme สูง	- รักษาประคับประคองเช่น ให้สารน้ำ oxygen ถ้าจำเป็นอาจใช้เครื่องช่วยหายใจ - บางรายควรได้รับ IV bicarbonate infusion หรือ hemodialysis (หรือให้ dichloro acetate)	- หยุดยา - เปลี่ยนเป็นสูตร PI หรือใช้ NRTI เป็น ABC หรือ TDF (ถ้ามี)
	ไม่มีข้อมูล	ตับ / ตับมีสีคล้ำ		- ให้การปรึกษา	
	ไม่มีข้อมูล	Myopathy	ปวดกล้ามเนื้อที่ขาและ gluteal muscles, CPK/LDH สูง	- ติดตามผล CPK/LDH	- หยุดยาคะดึขึ้นใน 2-4 สัปดาห์ - เปลี่ยนเป็น NRTI ตัวอื่น (d4T)

ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาอาการหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
<b>5. AZT + 3TC+ EFV</b>					
EFV	2 สัปดาห์แรก	นอนหลับผิดปกติ/ Psychological distress	เวียนศีรษะ ขาดสมาธิ สับสน วิตกกังวล กระวนกระวาย เศร้า อาการหลอน ฝันร้าย	- งดเครื่องดื่มที่มี caffeine ตั้งแต่ช่วงเย็น - ถ้ามีภาวะซึมเศร้า อาการหลอน ควรให้การ ปรึกษาทางจิตเวช	- อาการมักหายได้เองใน 2-4 สัปดาห์ แต่มีรายงาน ว่าพบได้แม้ทานยามา 18 เดือน - แนะนำให้ทาน EFV ก่อนนอน - ให้ lorazepam (0.5) 1x1 hs
	2 – 3 สัปดาห์แรก	ผื่นผิวหนังเล็กน้อยถึง ปานกลาง	มีลักษณะเป็นจุดและตุ่มแดงเล็กๆ โดยมีหรือไม่มีอาการคันร่วมด้วย		- ผื่นอาจหายไปได้หลังได้ antihistamine โดยไม่ ต้องหยุดยา - ให้ hydroxyzine(10) 1xprn, 0.1%TA cream
	หลายวันถึงหลายสัปดาห์	ผื่นรุนแรงเช่น SJS, TEN	แพ้/ลอกที่เชื่อบุ หรือระบบภายใน		- ต้องหยุดยาและห้ามใช้อีก - ควรเปลี่ยนสูตร HAART
	หลายสัปดาห์ถึงหลาย เดือน	ไขมันในเลือดสูง	hypertriglyceridemia  hypercholesterolemia	- อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เล็กน้อย - ติดตาม triglyceride ทุก 3-6 เดือน - อาหารไขมันต่ำ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เล็กน้อย - ติดตาม Cholesterol ทุก 3-6 เดือน	- TG > 500 ให้ fenofibrate 67-267 มก. วันละครั้ง หรือ gemfibrozil 300-600 มก. วันละครั้ง - หากเพิ่ม TC, LDL และ TG 200-500 ให้ Pravastatin 40 มก.ก่อนนอนหรือ Atorvastatin 10 มก.ก่อนนอน
	หลายเดือนถึงปี	serum transaminase สูง / ต่ำ	ปวดท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง bilirubin สูง ALT/AST > 3-5 เท่าของค่าปกติ	- ลดปัจจัยเสี่ยงเช่น หยุดดื่มสุรา - ติดตาม LFT ทุก 3-6 เดือน	- ถ้าไม่มีผล ALT ให้หยุดยา



ภาคผนวก ท คู่มือการแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกตามสูตรยา

สูตรยาที่ได้รับ	ช่วงเวลาอาการหลังได้ยา	อาการไม่พึงประสงค์	อาการและอาการแสดง / lab.	การรักษาด้วยวิธีอื่น	การรักษาด้วยยา
<b>5. AZT + 3TC + EFV (ต่อ)</b>					
AZT	ช่วงแรกของการใช้ยา	GI intolerance	คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร	- ทานพร้อมอาหารจะช่วยลดอาการ - อาการจะดีขึ้นเองภายใน 2 - 3 สัปดาห์	Metoclopramide
	2-8 สัปดาห์แรก	Anemia	CBC (Hgb < 10 g/dl, Hct ต่ำ)	- ให้เลือด - หยุดยาอื่นที่กดไขกระดูก เช่น co-trimoxazole - ตรวจ CBC ทุก 3 เดือน	- ลดขนาดยา AZT เป็น 200 มก. วันละ 2 เวลา - ถ้าเป็น macrocytic anemia ให้ folic acid(5) 1x1 OD และ B 1-6-12 1x3 pc - ถ้าซีดมากให้เปลี่ยนเป็น NRTI ตัวอื่น (d4T)
	3-6 เดือนแรก	Neutropenia	Absolute neutrophil count < 750 ตัว/มม. <sup>3</sup>	- ตรวจ CBC ทุก 3 เดือน	- หยุดยาอื่นที่กดไขกระดูก - อาจเปลี่ยนเป็น NRTI ตัวอื่น (d4T)
	หลายเดือนถึงปี	Lactic acidosis (เกิดบ่อยมาก) / hepatic steatosis +/- pancreatitis (severe mitochondrial toxicities)	อ่อนเพลีย เมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บบริเวณชาย โครงขนา ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ตับโต หายใจหอบ เหนื่อย, lactate > 5 mmol/L, arterial pH ≤ 7.35, anion gap > 16, liver enzyme สูง	- รักษาประคับประคองเช่น ให้สารน้ำ oxygen ถ้า จำเป็นอาจใช้เครื่องช่วยหายใจ - บางรายควรได้รับ IV bicarbonate infusion หรือ hemodialysis (หรือให้ dichloro acetate)	- หยุดยา - เปลี่ยนเป็นสูตร PI หรือใช้ NRTI เป็น ABC หรือ TDF (ถ้ามี)
	ไม่มีข้อมูล	เล็บ / ผิวมีสีคล้ำ		- ให้การปรึกษา	
	ไม่มีข้อมูล	Myopathy	ปวดกล้ามเนื้อที่ขาและ muscles, CPK/LDH สูง	- ติดตามผล CPK/LDH	- หยุดยาจะดีขึ้นใน 2-4 สัปดาห์ - เปลี่ยนเป็น NRTI ตัวอื่น (d4T)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรวดี บุรณะกุล เกิดเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2520 ที่อำเภอเบตง จังหวัดยะลา สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2541 หลังจากนั้นเข้ารับราชการในตำแหน่งเภสัชกรโรงพยาบาลประจำโรงพยาบาล กุดบาก จังหวัดสกลนครในปีพ.ศ. 2542 โรงพยาบาลหนองโคน จังหวัดสระบุรีในปีพ.ศ. 2543 และโรงพยาบาลเมืองชะเชิงเทราตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 - 2547 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2547 ในปัจจุบันรับราชการตำแหน่งเภสัชกร 6 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเมืองชะเชิงเทรา จังหวัดชะเชิงเทรา



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย