

ระยะเวลาในการกินยากับวินัยในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี ในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ธนิตฐา อุดมพานิช¹, ภพ โกศลารักษ์², สมใจ รัตนมณี³

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ²หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

³งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Duration of Antiretroviral Therapy and Adherence in HIV-Infected Children at Srinagarind Hospital

Thanitta Udompanich¹, Pope Kosalaraksa², Somjai Ratanamane³

¹Department of Pharmacy, Srinagarind Hospital ²Infectious Disease Division, Department of Pediatrics

³Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

หลักการและเหตุผล: การดูแลรักษาการติดเชื้อ เอช ไอ วี ด้วยยาต้านไวรัสให้ได้ผลดี ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอตลอดไป ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจาก ผู้ปกครอง ตัวเด็กและทีมงานสหวิชาชีพ การกินยาเป็นเวลานานทำให้เกิดการเบื่อหน่าย เมื่อเด็กโตขึ้น การศึกษานี้ ต้องการทราบถึงวินัยในการกินยาต้านไวรัสของเด็กที่มารับการ รักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อวางแผนในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน และแบบบันทึกติดตามการรักษา ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยการรวบรวมข้อมูลจาก แหล่งข้อมูลต่างๆ โดยคำนวณความสม่ำเสมอหรือวินัยในการกินยาจากสูตร

$\% \text{ Adherence} = \frac{(\text{initial stock} + \text{refilled amount}) - \text{final stock}}{\text{numbers of pill/day} \times \text{number of days in follow up}} \times 100$

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญโดยใช้ โคสควอร์ ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการศึกษา: จากการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2548 ถึง 31 พฤษภาคม 2550 ในเด็กที่มาติดตามการรักษา จำนวน 125 ราย เป็นเด็กหญิง 71 ราย เด็กชาย 54 ราย มีข้อมูลเด็กที่มาติดตามการรักษาทั้งสิ้น 808 ครั้ง เป็นข้อมูล ของกลุ่มเด็กเล็ก 395 ครั้ง เด็กโต 413 ครั้ง โดยกลุ่มเด็กโต และกลุ่มเด็กเล็ก สามารถมีวินัยในการกินยาได้ร้อยละ 73.1

Background: HIV-infected patients need a long-term good adherence the regimen of antiretroviral therapy to achieve the maximal response. Therefore, parents, patients and multidisciplinary team have a cooperatively essential role to maintain drug adherence. However, children become fed up with in take of drugs. This study aimed to explore the effect of duration of antiretroviral treatment with the adherence to treatment and to develop strategy in taking care of these patients in HIV-infected children in Srinagarind Hospital in the future.

Methods: Demographic data of HIV- infected children and treatment information of retroviral drugs were collected retrospectively during June 01, 2005 to May 31, 2007 at Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Adherence was calculated by standard formula.

$\% \text{ Adherence} = \frac{(\text{initial stock} + \text{refilled amount}) - \text{final stock}}{\text{Number of pill/day} \times \text{Number of follow-up days}} \times 100$

Data were analyzed by using mean, standard deviation and Chi square (95% confidence).

Results: One hundred and twenty five HIV infected children, 71 girls and 54 boys, included in the study. There was a total of 808 visits; young age group of 395 visits and older age group of 413 visits. Young and older age group achieved good adherence by 73.1% and 77.0% respectively, $p=0.21$. Despite no difference in the percentage of good adherence between these 2 groups,

และ 77.0 ตามลำดับ ($p = 0.21$) เมื่อติดตามไประยะหนึ่งพบว่ากลุ่มเด็กโตมีวินัยการกินยาที่ดีลดลง โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาที่กินยามานาน 288-322 สัปดาห์ และกินยามาเกิน 322 สัปดาห์ ซึ่งต่างจากกลุ่มเด็กเล็ก อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เด็กโตที่ต้องดูแลเรื่องการกินยาเองมีวินัยในการกินยาที่ต่ำร้อยละ 65.1 ต่างกับกลุ่มเด็กโตที่มีผู้ปกครองดูแลเรื่องการกินยามีวินัยในการกินยาที่ดี เท่ากับร้อยละ 86.5 การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของวินัยในการกินยาของปัจจัยอื่นๆ

สรุป: เด็กที่กินยาด้านไวรัส ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีวินัยในการกินยาที่ดี ระยะเวลากินยาที่ยาวนานมีผลต่อวินัยในการกินยาในกลุ่มเด็กโต อย่างไรก็ตามเด็กโตที่มีผู้ปกครองช่วยดูแลเรื่องการกินยา จะมีวินัยในการกินยาที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ต้องดูแลด้วยตนเอง

the older age group became less adherent by the follow-up period, especially during and after 288-322 weeks and more than 322 weeks. Good adherences were 65.1% and 86.5% of medication given by self-giving in older children and parents, respectively. No other factors affected the adherence to drug therapy.

Conclusion: Most of HIV-infected children in this study had good adherence. The duration of antiretroviral therapy affected the adherence in older age group. Care givers had role to improve the adherence.

Key word: Drug adherence, HIV-infected children, Antiretroviral drugs, Caregiver

ศรีนครินทร์เวชสาร 2551; 23(3): 258-64 • Srinagarind Med J 2008; 23(3): 258-64

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2548 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 34-46 ล้านคน จำแนกเป็นผู้ใหญ่ 31-43 ล้านคน เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.1-2.9 ล้านคน¹ ข้อมูลทางระบาดวิทยา จากสำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2527 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550 พบมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในเด็กโดยแบ่งตามกลุ่มอายุดังนี้ เด็กติดเชื้อแรกเกิดถึง 4 ปี จำนวน 7,878 ราย อายุ 5-9 ปีจำนวน 3,424 ราย อายุ 10-14 ปี จำนวน 1,007 ราย อายุ 15-19 ปีจำนวน 2,314 ราย²

แม้การรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอชไอวีชนิดที่มีประสิทธิภาพสูงที่เรียกว่า Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการตายจากโรคเอดส์ได้ แต่การรักษาที่สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้ลดต่ำลงมาก คือมีระดับ HIV-RNA น้อยกว่า 50 copies/mm³ นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวินัยในการกินยาด้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้อง คือ ถูกวิธี ครบทุกเม็ด ทุกมื้อ ตรงเวลา อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้เชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายมีปริมาณต่ำที่สุด เป็นระยะเวลาที่นานที่สุด ซึ่งส่งผลให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันดีขึ้น สามารถชะลอการดำเนินของโรคเอดส์และชะลอการลุกลามของเชื้อเอชไอวี มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่กินยาด้านไวรัสเอชไอวีได้น้อยกว่าร้อยละ 95 ของยาที่ต้อง

กินตามแผนการรักษา จะไม่สามารถลดเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{3,4} ความสม่ำเสมอ (adherence) ในการกินยาด้านไวรัส จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะพยากรณ์ถึงความสำเร็จในการรักษาในระยะยาวของผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านไวรัส⁵ ในผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการกินยาได้ร้อยละ 80-94.9 จะมีความล้มเหลวในการรักษาถึงร้อยละ 61 และผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการกินยาน้อยกว่าร้อยละ 80 พบความล้มเหลวในการรักษาถึงร้อยละ 80⁶ สาเหตุที่ทำให้การกินยาด้านไวรัสได้ไม่สม่ำเสมอมีหลายประการ เช่น เวลาในการกินยาไม่เหมาะสม เมื่อยาขนาดใหญ่มาก การต้องรอกินยาก่อนหลังอาหาร การเก็บรักษายา ลืม ซึ่งพบได้ร้อยละ 34-52 ส่วนสาเหตุจากการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันพบร้อยละ 40 และสาเหตุจากการเกิดจากอาการข้างเคียงจากยาพบร้อยละ 19-25⁶ เมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียน เด็กมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมภายนอก มีเพื่อนและกิจกรรมนอกบ้าน การกินยาด้านไวรัสทุกวัน อาจทำให้เด็กเบื่อหน่าย มีความแตกต่างจากเพื่อนฝูง ทำให้เด็กอาจหยุดยาเองหรือแอบทิ้งยาได้⁷ การดูแลเด็กและครอบครัวโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อาจช่วยให้วินัยในการกินยาของผู้ป่วยดีขึ้น⁸

ปัจจุบัน (กรกฎาคม 2549) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้บริการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวน 233 ราย โดยมีการดูแล

รักษาเด็กและครอบครัวแบบองค์รวม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มอาสาสมัครและองค์กรเอกชน โดยมุ่งหวังประโยชน์ เพื่อพัฒนาคุณภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของเด็ก และครอบครัวให้ครอบคลุมทุกด้าน

ในการดูแลรักษาผู้ป่วย จะมีทั้งการติดตามอาการในกลุ่ม ที่ยังไม่มีอาการและยังมีระดับภูมิคุ้มกันที่ดี และการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสเอชไอวี ร่วมกับการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและมีข้อบ่งชี้ในการเริ่มยา โดยให้ยา ต้านไวรัสเอชไอวีแบบ Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) ซึ่งประกอบด้วยสูตรยา 3 ชนิดขึ้นไป^{9,10} ซึ่งการรักษา แบบนี้สามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวี และลดอัตราการตาย จากเอดส์ได้ จากการศึกษาคพบว่าผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัส เอชไอวีได้น้อยกว่าร้อยละ 95^{3,4} ของยาที่ต้องกินตามแผนการ รักษา จะไม่สามารถลดเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดได้อย่างมี ประสิทธิภาพ มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการกินยาได้ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง¹¹

1. ปัจจัยด้านรูปแบบการให้ยาของผู้ป่วย (regimen related factors)
2. ปัจจัยเรื่องโรคและสภาวะการเจ็บป่วย (illness related factors)
3. ปัจจัยทางด้านตัวของผู้ป่วย (patient related factors)
4. ปัจจัยทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ (provider related factors)
5. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก (healthcare context related factors)

นอกจากปัจจัยเหล่านี้ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้และการดูแลเอาใจใส่ จากครอบครัว ภาวะจิตใจของผู้ป่วย ความเชื่อและทัศนคติ ของผู้ป่วยยังส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยา^{6,12,13} จากปัจจัยเหล่านี้การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม โดย ทีมสหสาขาวิชาชีพจึงมุ่งส่งเสริมวินัยในการกินยาของผู้ป่วย และพยายามช่วยลดอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อวินัยในการกินยา แต่เนื่องจากการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้นต้องกินทุกวัน ตรงเวลา และต้องกินไปตลอดชีวิต การกินมาเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้วินัยในการกินยาของผู้ป่วยลดลงได้ การทราบ ถึงวินัยในการกินยาอาจทำได้โดยการสอบถามเด็กหรือผู้ดูแล อย่างไรก็ตามวิธีนับจำนวนยาที่กินไปยังเป็นวิธีที่น่าจะได้ข้อมูลที่ ถูกต้องกว่า และวัดออกมาเป็นตัวเลขได้ การศึกษานี้ จึงทำการวัดวินัยในการกินยาของเด็กโดยวิธีคำนวณยาที่กิน เข้าไปในแต่ละช่วงเวลาที่แพทย์นัด โดยมีวัตถุประสงค์ของ การศึกษา เพื่อศึกษาวินัยในการกินยาต้านไวรัสของผู้ป่วย

เด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี และเพื่อศึกษา ผลของระยะเวลาใน การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ต่อวินัยในการกินยาต้านไวรัส เอชไอวี ในผู้ป่วยเด็ก โดยมีสมมติฐานว่าการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสเป็นเวลานาน จะส่งผลให้วินัยในการกินยา ต้านไวรัสเอชไอวี ของผู้ป่วยเด็กลดลง

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ระยะเวลาในการกินยา หมายถึง เวลาที่นับจากผู้ป่วย เริ่มกินยาต้านไวรัสเอชไอวี ครั้งแรกจนถึงวันที่มาตรวจและ รับยาในครั้งที่เก็บข้อมูล

เด็กเล็ก หมายถึง ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่มีอายุน้อยกว่า 10 ปี ในวันที่มารับยาและเก็บข้อมูล

เด็กโต หมายถึง ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัส เอชไอวี ที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ในวันที่มารับยาและเก็บข้อมูล

วินัยในการกินยาที่ดี หมายถึงความร่วมมือและสม่ำเสมอ ในการกินยาของผู้ป่วย ตั้งแต่ร้อยละ 95 ขึ้นไป

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยการเก็บข้อมูล พื้นฐานของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลคือ เวชระเบียนและ แบบบันทึกติดตามการรักษา (follow-up chart) เก็บข้อมูล ย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2548 ถึง 31 พฤษภาคม 2550 โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เพศ อายุ ผู้ดูแล การกินยา (กิน ยาเอง หรือผู้ปกครองป้อน) ข้อมูลด้านยา ได้แก่ วันที่เริ่มยา ต้านไวรัสเอชไอวีครั้งแรก วันที่ได้รับยา ชนิดของยา ขนาดยา ที่กิน จำนวนยาที่ได้รับ จำนวนยาที่เหลือ แล้วทำการคำนวณ วินัยในการกินยาจากสูตร⁵

$$\% \text{ Adherence} = \frac{(\text{initial stock} + \text{refilled amount}) - \text{final stock}}{\text{number of pill/day} \times \text{number of days of follow-up}} \times 100$$

โดยหา % adherence จากการกินยาแต่ละครั้งจากค่าเฉลี่ย ของ % adherence ของยาต้านไวรัสทุกตัวที่กินในครั้งนั้น โดยมีเกณฑ์ในการคัดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คือเด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวี อายุ 1- 18 ปี และยังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในวันที่เก็บข้อมูล และมีเกณฑ์ในการคัดตัวอย่างออกจาก การวิจัยคือ เด็กที่ได้รับยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลอื่น นอกจากคลินิกโรคติดเชื้อเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ หรือ เด็กที่ไม่ได้นำยาที่เหลือมาเมื่อมาติดตาม ผลการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช่วิธีแบบพรรณนา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ ความแตกต่างด้วยไควสแคว ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการศึกษา

จากข้อมูลของผู้ป่วยจำนวน 125 ราย เป็นเด็กหญิง 71 ราย และเด็กชาย 54 ราย มีการเก็บข้อมูลการติดตามการรักษาทั้งสิ้น 808 ครั้ง เป็นข้อมูลจากกลุ่มเด็กเล็ก 395 ครั้ง และเป็นข้อมูลจากกลุ่มเด็กโต 413 ครั้ง พบว่าเด็กเล็กส่วนใหญ่ จะมีผู้ปกครองดูแลในการกินยา คิดเป็นร้อยละ 83.3 ในขณะที่เด็กโตมักจะกินยาเองหรือผู้ปกครองไม่ดูแลใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 62.5 (ตารางที่ 1)

พบว่าเด็กทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยของวินัยการกินยาที่ดี เป็นร้อยละ 75 โดยกลุ่มเด็กโตและกลุ่มเด็กเล็ก สามารถมีวินัยในการกินยาได้ดีร้อยละ 73.1 และ 77.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

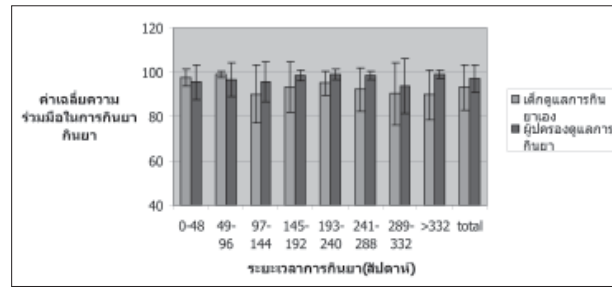
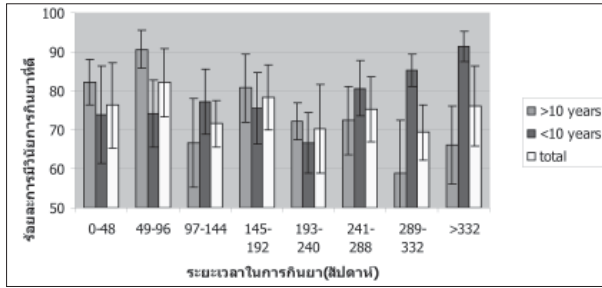
จากการศึกษาผลของระยะเวลาในการกินยาโดยแบ่งออกเป็นช่วงๆ ละ 48 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยร้อยละของวินัยในการกินยาที่ดีของผู้ป่วยที่กินยามานาน 0-48 สัปดาห์ กลุ่มเด็กโตและกลุ่มเด็กเล็กคือร้อยละ 82.3 และ 73.8 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่กินยามานานเกิน 332 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยร้อยละของวินัยในการกินยาร้อยละ 66.0 และ 91.4 สำหรับเด็กเล็กและเด็กโตตามลำดับ (ตารางที่ 2) นอกจากนี้ พบว่ามีค่าเฉลี่ยร้อยละของวินัยในการกินยาของกลุ่มเด็กโตลดลง เมื่อกินยาไปเป็นเวลานานขึ้น แตกต่างจากกลุ่มเด็กเล็ก (แผนภูมิที่ 1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกลุ่มที่กินยามานาน 288-332 สัปดาห์ และกินยามานานเกิน 332 สัปดาห์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การดูแลการกินยาของเด็ก

กลุ่มเด็ก	กินยาเอง		ผู้ปกครองดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เด็กเล็ก	258	79.6	155	32.0
เด็กโต	66	20.4	329	68.0
รวม	324	100.0	484	100.0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละของวินัยในการกินยาระหว่างกลุ่มเด็กเล็กและเด็กโต

Duration of ARV therapy (weeks)	Age group 10-18 years				Age group < 10 years				p-value	χ^2	95%CI
	Good adherence		Poor adherence		Good adherence		Poor adherence				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
0-48	51	82.3	11	17.7	104	73.8	37	26.2	0.19	1.7	0.7-3.9
49-96	29	90.6	3	9.4	26	74.3	9	25.7	0.08	3.0	0.7-20.9
97-144	34	66.7	17	33.3	34	77.3	10	22.7	0.07	3.2	0.8-20.2
145-192	42	80.8	10	19.2	34	75.6	11	24.4	0.53	0.4	0.5-4.0
193-240	39	72.2	15	27.8	20	66.7	10	33.3	0.59	0.3	0.4-3.8
241-288	42	72.4	16	27.6	25	80.7	6	19.4	0.39	0.7	0.2-2.0
289-332	30	58.8	21	41.2	29	85.3	5	14.7	0.01	6.7*	0.06-0.08
> 332	35	66.0	18	34.0	32	91.4	3	8.6	0.01	7.5*	0.03-0.7
Total	302	73.1	111	26.9	304	77.0	91	23.0	0.21	1.6	0.6-1.1



รูปที่ 1 ระยะเวลาในการกินยา และร้อยละการมีวินัยในการกินยาที่ดี

รูปที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของวินัยในการกินยาของกลุ่มเด็กโตที่ดูแลการกินยาด้วยตนเองกับกลุ่มเด็กโตที่มีผู้ปกครองดูแล

จากการศึกษาข้อมูลในส่วนของการดูแลการกินยาของเด็ก พบว่าในกลุ่มเด็กเล็กผู้ปกครองจะมีส่วนในการดูแลการกินยาอย่างใกล้ชิด ส่วนกลุ่มเด็กโต ผู้ปกครองจะคอยกำกับในการกินยาแต่เด็กต้องจัดการในการกินยาเอง โดยพบว่ามีกลุ่มเด็กโตที่ต้องดูแลการกินยาเอง ร้อยละ 62.5 ส่วนเด็กเล็กที่ดูแลการกินยาด้วยตนเอง ร้อยละ 16.7 กลุ่มเด็กโตที่กินยาเอง มีวินัยในการกินยาดี ร้อยละ 65.1 ส่วนเด็กโตที่ผู้ปกครองดูแล มีวินัยในการกินยาดีร้อยละ 86.5 ซึ่งมีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกช่วงระยะเวลา

การกินยา ยกเว้นในช่วงการกินยาช่วง 0-48 สัปดาห์ 49-96 สัปดาห์ และ 288-332 สัปดาห์ (ตารางที่ 3)

ผู้ป่วยร้อยละ 45.3 ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี โดยส่วนใหญ่เป็นเด็กโต โดยพบว่าเด็กโตร้อยละ 70.9 จะรับรู้ว่าคุณเองติดเชื้อ ส่วนเด็กเล็กเพียงร้อยละ 18.5 เท่านั้นที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อเปรียบเทียบวินัยในการกินยาที่ดีในเด็กที่ทราบและไม่ทราบผลการติดเชื้อ พบว่าโดยเด็กที่รับรู้ว่าคุณเองติดเชื้อ มีวินัยในการกินยาที่ดี ร้อยละ 70.2 ส่วนเด็กที่ไม่รับรู้การติดเชื้อของตนเอง มีวินัยในการกินยาที่ดีร้อยละ 79.0

ตารางที่ 3 วินัยในการกินยาของกลุ่มเด็กโตที่ดูแลการกินยาด้วยตนเองกับกลุ่มที่มีผู้ปกครองดูแลใกล้ชิด

Duration of ARV therapy (weeks)	กินยาเอง				ผู้ปกครองดูแล				p-value	χ ²	95%CI
	Good adherence ≥ 95%		Poor adherence < 95%		Good adherence ≥ 95%		Poor adherence < 95%				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
0-48	33	86.8	5	13.2	18	75.0	6	25.0	0.23	1.4	0.5-10.4
49-96	19	95.0	1	5.0	10	83.3	2	16.7	0.27	1.2	0.2-23.5
97-144	14	51.9	13	48.2	20	83.3	4	16.7	0.01*	5.7	0.04-0.9
145-192	19	70.4	8	29.6	23	92.0	2	8.0	0.05*	3.9	0.02-1.2
193-240	18	58.1	13	41.9	21	91.3	2	8.7	0.01*	7.3	0.01-0.7
241-288	26	63.4	15	36.6	16	94.1	1	5.9	0.02*	5.7	0.0-0.9
289-332	23	56.1	18	43.9	7	70.0	3	30.0	0.42	0.6	0.1-2.9
> 332	16	48.5	17	51.5	19	95.0	1	5.0	0.00*	12.0	0.0-0.4
Total	168	65.1	90	34.9	134	86.5	21	13.6	0.00*	22.4	0.2-0.5

* p < 0.05

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีชนิดที่มีประสิทธิภาพสูง (HAART) ประกอบด้วยยาอย่างน้อย 3 ชนิด ในการศึกษานี้พบว่าเด็กที่กินยาต้านไวรัส วันละ 3, 4 และ 2 รายการ (combine pill) เป็นร้อยละ 45.3, 29.2 และ 14.9 ตามลำดับ และพบว่าจำนวนขนานยาที่กินในแต่ละวันไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยของวินัยในการกินยาต้านไวรัสทั้งในผู้ปกครองกลุ่มเด็กเล็กและเด็กโต (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

เมื่อดูค่าเฉลี่ยทั้งหมดของเด็กที่มีวินัยการกินยาที่ดีพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มเด็กเล็กและเด็กโต (ตารางที่ 2) ในเรื่องของระยะเวลาในการกินยากับวินัยในการกินยา แต่เมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มเด็กเล็กและกลุ่มเด็กโตพบว่ากลุ่มเด็กโตจะมีวินัยการกินยาที่ลดลงเมื่อกินยาไปเป็นเวลานาน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Ostrop และคณะ⁹ ต่างจากกลุ่มเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากการเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องกินยาเป็นเวลานาน ประกอบกับเด็กโตจะมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น ไม่ชอบการบังคับ ต้องการเหมือนเพื่อน มีกิจกรรมนอกบ้านมากขึ้น¹⁰ ต้องดูแลการกินยาเอง รวมทั้งผู้ดูแลโดยเฉพาะญาติที่สูงอายุไม่สามารถบอกหรือช่วยให้เด็กกินยาได้เหมือนกลุ่มเด็กเล็ก เมื่อดูเรื่องวินัยในการกินยาของกลุ่มเด็กเล็ก จะพบว่าไม่ค่อยดีในช่วงแรก ซึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลยังไม่เข้าใจวิธีการให้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งเด็กยังไม่เคยชินกับการกินยา การให้คำปรึกษาและข้อมูลในการใช้ยาแก่เด็ก และผู้ดูแลในช่วงแรกของการเริ่มยาจึงมีความสำคัญ ซึ่งต้องติดตามอย่างใกล้ชิดพร้อมทั้งประเมินความเข้าใจด้วย

แม้พบว่ากลุ่มเด็กโตจะมีวินัยในการกินยาที่ลดลงเมื่อกินยาเป็นเวลานานขึ้นจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาแล้วนั้น แต่ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มเด็กโตที่มีผู้ปกครองช่วยเหลือในการกินยา จะมีวินัยในการกินยาที่ดีกว่ากลุ่มเด็กโตที่ต้องรับผิดชอบการกินยาเองอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 4) ซึ่งจากการที่มีผู้ดูแลช่วยเหลือและเตรียมยาให้ ทำให้เด็กไม่ลืมนอกจากนี้เด็กโตที่ยอมให้ผู้ดูแลช่วยเหลือในการกินยาอาจเป็นเด็กที่มีบุคลิกภาพเชื่อฟังผู้ดูแล อายุยังไม่มาก หรือมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีกว่า ซึ่งต้องทำการศึกษาต่อไป และควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมวินัยในการกินยารวมทั้งการให้ความรู้ต่างๆ ในเรื่องโรคกับเด็ก

แม้จะเชื่อว่าการบอกเด็กให้รับทราบภาวะการณเจ็บป่วยของตนเอง (disclosure) อาจทำให้วินัยในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีดีขึ้น¹⁴ แต่การศึกษานี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กโตกับวินัยการกินยาที่ดี เนื่องจากการดูแลรักษาตัวเองของเด็กจะเกิดเมื่อเด็กมีความเข้าใจเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีอย่างถ่องแท้ทั้งความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง การเตรียมพร้อมในด้านต่างๆ เหล่านี้จึงมีความสำคัญกว่าการบอกผลเพื่อคาดหวังว่าเด็กจะเกิดความกลัว และมีวินัยในการกินยาดีขึ้น

ด้านจำนวนขนานยาที่เด็กต้องกินในแต่ละวันนั้นไม่พบว่าทำให้วินัยการกินยามีความแตกต่าง ไม่ว่าจะเป็น 4, 3 หรือ 2 ขนาน ซึ่งอาจเกิดจากมีการเลือกขนานยาให้เหมาะสมแก่เด็กแต่ละคน และมีการอธิบาย สอนวิธีการเตรียมยาและติดตามการกินยาโดยทีมสหวิชาชีพอยู่ด้วย อย่างไรก็ตาม พบว่าเด็กและผู้ใหญ่ทั่วไปมักไม่ชอบการกินยาหลายขนาน ปัจจุบันมียาสูตรผสมมากขึ้น จึงควรพิจารณา

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของวินัยในการกินยาต้านไวรัสของเด็กแต่ละกลุ่ม ที่ได้รับจำนวนขนานยาต่างๆ กันในแต่ละวัน

จำนวนขนานยาต้านไวรัสที่กินในแต่ละวัน	ค่าเฉลี่ย ของ adherence (%)			จำนวนครั้งในการติดตามข้อมูล		
	เด็กโต	เด็กเล็ก	รวม	เด็กโต	เด็กเล็ก	รวม
1	94.7	93.7	94.2	23	27	50
2	93.9	95.3	94.4	76	44	120
3	94.9	96.4	95.5	214	152	366
4	94.8	94.6	94.6	87	149	236
5	97.7	98.1	97.9	13	19	32
6	-	93.7	93.7	-	4	4
ผลรวมทั้งหมด	94.7	95.4	95.1	413	395	808

ปรับสูตรยา เพื่อความสะดวกในการกินยาและการพกพา หลังจากการพูดคุยกับเด็กและผู้ดูแล

การใช้ประโยชน์

ผลจากการศึกษานี้ ทำให้ทราบถึงปัญหาที่จะเกิดมากขึ้นในอนาคต เมื่อเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์เติบโตเข้าสู่กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่นมากขึ้น ทีมสหวิชาชีพสามารถนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนางานในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยวางรูปแบบกิจกรรม การให้ความรู้ความเข้าใจ ให้เด็กโตและวัยรุ่นสามารถดูแลการกินยาและดูแลตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น

นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ อาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อหาสาเหตุต่างๆ ที่มีผลต่อวินัยในการกินยาของเด็กแต่ละกลุ่ม และเครื่องมือต่างๆ ที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กเหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2549. [ค้นเมื่อ 30/06/2550]; จาก http://www.aidsthai.org/sathana_050131.html
2. สถิติผู้ติดเชื้อเอดส์ตั้งแต่ กันยายน 2527 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2550. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถิติเอดส์, 2550. [ค้นเมื่อ 13/07/2550] จาก <http://www.aidsbangkok.cjb.net.2550>.
3. Moatti JP, Spire B, Kazatchkine M. Drug resistance and adherence to HIV/AIDS antiretroviral treatment against a double standard between north and south . AIDS. 2004; 18:s55-61
4. Peterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 2000; 133:21-30.
5. อรรถนพ หิรัญดิษฐ์. ความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence). ใน: พีระมณ นิงสานนท์, สัตยชัย ชาสมบัติ, ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล, และคณะ, บรรณาธิการ. สรุปบทเรียนการส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2547:21-35.

6. เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล, กิตติกร นิลมานัต, ประณีต ส่งวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารโรคเอดส์ 2549; 19:18-62.
7. นภาพรรณ วิริยะศิริกุล, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, วันธนี วิรุฬห์พานิช. อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์ 2549; 18:150-9.
8. Ostrop N, Hallett K, Gill M . Long - term patient adherence to antiretroviral therapy. Ann Pharmacotherapy 2000; 34:703-9.
9. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, 2006. [Accessed 24/05/2006]; Available from : <http://www.hivpositive.com/f-treatment/NIH-AntiViral/GuLnsKids/>.
10. Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. Guidelines for the use of antiretroviral agents in Pediatric HIV Infection, 2006. [Accessed 24/03/2006]; Available from : <http://aidsinfo.nih.gov>
11. Fielding D, Duff A. Compliance with treatment protocols; intervention for children with chronic illness. Arch Dis Child 1999; 80:196-200.
12. เพณณินาท์ โอเบอร์ดอร์เฟอร์. การช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นให้มีวินัยในการกินยาด้านไวรัสเอชไอวี. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2548; 45:159-64.
13. Mehta S, Moore RD, Graham NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. AIDS1997; 11:1165-70.
14. Bikaako-Kajura W, Luyirika E, Purcell DW, Downing J, Kaharuzza F, Mermin j, et al. Disclosure of Hiv status and adherence to daily drug regimens among HIV infected children in Uganda. Aids and Behavior 2006; 10:S85-93.

